

Die Hilfsmittelrichtlinie

Die Hilfsmittelrichtlinie regelt die Verordnung von Hilfsmitteln. Sie legt verbindlich fest, was ein Hilfsmittel ist (und damit kein Produkt des täglichen Gebrauchs), wer einen Anspruch auf Versorgung hat und berücksichtigt dabei die Regeln der ärztlichen Kunst und den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Auch wenn sie kein Gesetz ist, sind die Inhalte der Hilfsmittelrichtlinie für Versicherte, Krankenkassen, die an der GKV-Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlichen geleiteten Einrichtungen sowie den Leistungserbringer verbindlich. Immer wieder finden sich in Entscheidungen der Krankenkassen und auch bei Entscheidungen der Sozialgerichte der Hinweis darauf.



Rechtliche Grundlage: Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBa) - gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) - beschlossene Hilfsmittelrichtlinie dient der Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln.

Die Richtlinie ist für die Versicherten, die Krankenkassen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen sowie die Leistungserbringer verbindlich.

Zu Hilfsmitteln gehören Sehhilfen, Hörhilfen, orthopädische und andere Hilfsmittel inkl. der Zubehörteile, ohne die das Basisprodukt nicht oder nicht zweckentsprechend genutzt bzw. betrieben werden kann. Hilfsmittel werden entweder serienmäßig gefertigt oder individuell hergestellt und im unveränderten Zustand oder durch handwerkliche Zurichtung, Ergänzung oder Abänderung von Leistungserbringern abgegeben (notwendige Änderungen, Instandsetzung, Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen eingeschlossen).

Gesetzlich wird der Versorgungsanspruch in den Sozialgesetzbüchern V, IX und XI geregelt. Die Richtlinie definiert die Umsetzung des Versorgungsanspruchs durch die Krankenkassen. Die Krankenkassen befinden über die Übernahme der Leistung und legen z.B. auch fest, ob oder dass sich die oder der Versicherte das Hilfsmittel anpassen und/oder sich in seinem Gebrauch ausbilden lässt. Die Krankenkasse kann in geeigneten Fällen vor Bewilligung eines Hilfsmittels durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MdK) prüfen lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist.

Die Hilfsmittelrichtlinie legt fest, wer ein Hilfsmittel verordnen kann und dass die Vertragsärzte sich vom Zustand des Patienten und seiner Lebensumstände zu überzeugen bzw. zu informieren haben. Eine Verordnung muss neben der Diagnose eine Gesamtbetrachtung nach ICF (siehe Infoblatt ICF) beinhalten und ein alltagsrelevante Versorgungsziel (Anforderung). Hierbei wird neben der Diagnose der Bedarf des Patienten, seine Fähigkeit zur Nutzung, die Prognose und das Ziel der Versorgung auf der Grundlage einer realistischen Anforderung ermittelt. Die individuellen Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt sind dabei zu berücksichtigen.

Bemerkung: Bei der Verordnung kann der Vertragsarzt von der reinen Produktart über die 7stellige Produktnummer bis hin zum konkreten Einzelprodukt, der 10stelligen Positionsnummer verordnen. Hierfür ist eine entsprechende Begründung notwendig