

2 Hilfsmittelverzeichnis

Das Hilfsmittelverzeichnis umfasst alle Hilfsmittel, die unter die Leistungspflicht der Krankenkassen fallen. Nicht gelistete Produkte können ausschließlich auf Antrag als Einzelfallentscheidung erstattet werden. Da der Sicherstellungsauftrag bei Hilfsmitteln bei den Krankenkassen liegt, können nur sie eine Aussage zur Leistungspflicht im Einzelfall treffen. Die GKV übernimmt den Kostenaufwand und die Bereitstellung gemäß den Regelungen im Hilfsmittelverzeichnis, aber auch gemäß den vereinbarten Lieferverträgen. Um die für den Apothekenalltag nützlichen Erstinformationen im Hilfsmittelverzeichnis zu finden, soll dieses Kapitel die Struktur des Verzeichnis aufzeigen, Einblick in die einzelnen Verknüpfungen zu den Hilfsmittelprodukten und Anleitung für die Produktsuche bieten.

2.1 GKV-Hilfsmittelverzeichnis

Der GKV-Spitzenverband, also der bundesweite Verband aller gesetzlichen Krankenkassen und der Pflegekassen, hat ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis erstellt. Der Verband gestaltet den Rahmen für die gesundheitliche Versorgung der gesetzlich Versicherten in Deutschland. Außerdem vertritt der GKV-Spitzenverband die Kranken- und Pflegekassen gegenüber der Politik und den Leistungserbringern.

Das Hilfsmittelverzeichnis entfaltet keine Bindung im rechtlichen Sinne, jedoch liefert es umfassende Informationen zur Leistungspflicht der Krankenkassen sowie über die Art und Qualität der am Markt erhältlichen Produkte. Es hat somit durchaus eine Markt steuernde Wirkung. Die Erstellung und Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses ist festgeschrieben in:

§ 139 SGB V **Hilfsmittelverzeichnis**, Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln: In diesem Verzeichnis werden Produkte gelistet, die prinzipiell unter die Leistungspflicht der gesetzlichen Kranken- oder Pflegeversicherung fallen. Dabei handelt es sich keinesfalls um eine abschließende oder verbindliche Positivliste! Es ist vielmehr als Orientierungs- und Auslegungshilfe zu sehen. Somit können auch darin nicht aufgeführte Hilfsmittel unter die Leistungspflicht nach § 33 SGB V fallen.

Das GKV-Hilfsmittelverzeichnis ist systematisch in Hilfsmittel-Produktgruppen (01–33 und 99) sowie in Pflegehilfsmittel-Gruppen (50–54) gegliedert. Jede **Produktgruppe** enthält:

- Gliederung,
- Definition mit Indikationen, die eine Versorgung rechtfertigen,
- Produktuntergruppen, in welchen Qualitätsmindest- und Dienstleistungsanforderungen geregelt werden,
- Produktartbeschreibungen,
- Produktübersicht.

Gemäß § 139 SGB V Abs. 2 finden sich im Hilfsmittelverzeichnis auch **besondere Qualitätsanforderungen** an die Hilfsmittel, sowie evtl. Anforderungen an die zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels **zu erbringenden Leistungen bei der Versorgung**. Entsprechende Angaben finden sich im Hilfsmittelverzeichnis je nach Produktgruppe in einem **Info-Fenster**:

- Info Produktgruppe: Definition und Indikation,
- Info Untergruppe: Anforderungen an die Beratung,
- Info Produktart: Beschreibung der Produktart.

Das Verzeichnis wird vom GKV-Spitzenverband regelmäßig fortgeschrieben. Neu aufgenommene Produkte und Änderungen an bestehenden Produkteinträgen sowie Fortschreibungen von Produktgruppen werden über den Bundesanzeiger etwa alle 4–6 Wochen bekannt gegeben. Die Aufnahme von Produkten in das Hilfsmittelverzeichnis erfolgt auf Antrag der Hersteller. Es werden nur die Produkte in das Verzeichnis aufgenommen, die die dort aufgeführten Qualitätsanforderungen erfüllen. Für Medizinprodukte im Sinne des § 3 Nr. 1 Medizinproduktegesetz (MPG) gilt der Nachweis der Funktionstauglichkeit und der Sicherheit durch die CE-Kennzeichnung grundsätzlich als erbracht. Über die Aufnahme in das Hilfsmittel- oder Pflegehilfsmittelverzeichnis entscheidet der GKV-Spitzenverband. Auf den Seiten des GKV-Spitzenverbands sind ausführliche Informationen rund um das Hilfsmittelverzeichnis veröffentlicht (www.gkv-spitzenverband.de). Hier findet sich auch eine Onlineversion des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V. Mithilfe dieser webbasierten Anwendung können alle Informationen des Hilfsmittelverzeichnisses aufgerufen werden.

Unter www.datenaustausch.de wird das Hilfsmittelverzeichnis als XML-Datei zum Download angeboten. Dieses Format kann von Abrechnungsdienstleistern und Krankenkassen genutzt werden, um die Daten des Hilfsmittelverzeichnisses in die jeweils eigenen Systeme zu integrieren.

Beachte: Rücksprache mit Arzt vermerken

§ 5 Abgabe Ersatzkassen Hilfsmittelliefervertrag

(6) Hilfsmittel, die im Hilfsmittelverzeichnis nicht aufgeführt sind, sollen nur abgegeben werden, wenn der Apotheker den Arzt darüber informiert hat, dass das Hilfsmittel nicht im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt ist, der Arzt auf der Abgabe besteht und der Apotheker dies auf dem Verordnungsblatt vermerkt. Die Abgabebeschränkung nach Satz 1 gilt nicht für Hilfsmittel aus Produktgruppen, für die noch keine Hilfsmittelnummern aufgeführt und bekannt gemacht sind.

2.2 Hilfsmittelpositionsnummer

Mit der Aufnahme eines Produkts in das Hilfsmittelverzeichnis bekommt das Produkt eine **10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer**. Diese dient als Ordnungskriterium im Hilfsmittelverzeichnis. Die Nummer gliedert sich in fünf Abschnitte auf (● Abb. 2.1):

- Produktgruppe,
- Anwendungsort,
- Untergruppe,
- Produktart,
- Bezeichnung des Einzelprodukts.

Produktgruppe 1–33: Sie sind alphabetisch sortiert und fortlaufend besetzt, von „01 Absauggeräte“ bis „33 Toilettenhilfen“.

Produktgruppe 50–54: Sie umfassen Pflegehilfsmittel und dienen ausschließlich der Versorgung von Pflegebedürftigen. Die Pflegehilfsmittel werden in folgende Gruppen unterschieden:

- zur Erleichterung der Pflege,
- zur Körperpflege bzw. Hygiene,
- zur selbstständigen Lebensführung bzw. Mobilität,
- zur Linderung von Beschwerden,
- zum Verbrauch bestimmte und sonstige Pflegehilfsmittel.

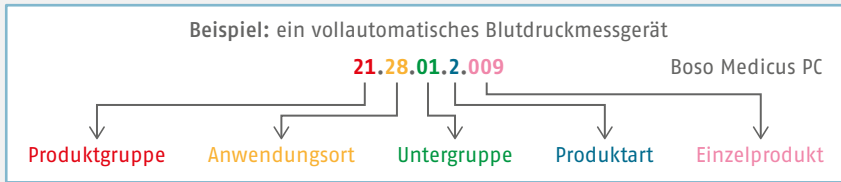
Eine Sonderstellung nehmen zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel ein, z. B. Krankenpflegeartikel wie saugende Bettschutzeinlagen. Deren Kosten hierfür werden nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern von der Pflegeversicherung übernommen. Einige Produkte haben eine Doppelfunktion, d. h. diese Hilfsmittel werden in Pflegeeinrichtungen und im häuslichen Umfeld genutzt und daher anteilig durch die Krankenkasse wie auch die Pflegekasse erstattet.

Produktgruppe 98–99: Die Produktgruppe 98 enthält sonstige Pflegehilfsmittel, Produktgruppe 99 enthält Verschiedenes.

Pseudo-Hilfsmittelnummer: Es gibt Einzelfälle, in denen für die Hilfsmittelabrechnung weder eine PZN noch eine Hilfsmittelnummer vorhanden ist. Die ABDATA versieht unter bestimmten Bedingungen Hilfsmittel, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind, mit einer Pseudo-Hilfsmittelnummer. Nach Angaben von ABDATA geschieht dies in den Fällen, in denen eine 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer (noch) nicht vorliegt, der Artikel aber gleichwohl den Kriterien der Produktart (Stellen 1–7 der Hilfsmittelnummer) entspricht.

- **MERKE** Ein Hilfsmittel ist durch die 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer gekennzeichnet, ähnlich wie ein Arzneimittel durch die Pharmazentralnummer.

Die Hilfsmittelpositionsnummer hat folgenden Aufbau: **XX.XX.XX.X.XXX**



Produktgruppe

- 01 Absauggeräte
 - 02 Adaptionshilfen
 - 03 Applikationshilfen
 - 04 Badehilfen
 - 05 Bandagen
 - 06 Bestrahlungsgeräte
 - 07 Blindenhilfsmittel
 - 08 Einlagen
 - 09 Elektrostimulationsgeräte
 - 10 Gehhilfen
 - 11 Hilfsmittel Dekubitus
 - 12 Hilfsmittel Tracheostoma
 - 13 Hörhilfen
 - 14 Inhalationsgeräte
 - 15 Inkontinenzartikel
 - 16 Kommunikationshilfen
 - 17 Kompressionsmittel
 - 18 Krankenfahrzeuge
 - 19 Krankenpflegeartikel
 - 20 Lagerungsmittel
 - 21 **Messgeräte**
 - 22 Mobilitätshilfen
 - 23 Orthesen
 - 24 Prothesen
 - 25 Sehhilfen ...
 - 29 Stomaartikel
- rot** = apothekenrelevante Gruppen

Einzelprodukt

- 001 Primus Home Art. 50 73 187
- ...
- 003 Hartmann Digital HG 160 Comfort
Art. 900 145/7
- ...
- 009 Boso medicus PC Art. 434 0 143

Produktart

- 0 Manuelle
- 1 Halbautomatische
- 2 Vollautomatische

Untergruppe

- 01 Blutdruckmessgeräte

Anwendungsort

- 24 Atmungsorgane
- 28 Peripherer Kreislauf
- 30 Haut
- 34 Blut / Blutbildende Organe ...

• **Abb. 2.1** Struktur der Hilfsmittelpositionsnummer am Beispiel der Hilfsmittelnummer eines Blutdruckmessgeräts

10 Hilfsmittelversorgung in der Pflege

Wer krank bzw. pflegebedürftig ist, hat Anspruch auf Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, unabhängig davon, ob er in der häuslichen Umgebung, in einem Pflegeheim oder einem betreuten Wohnen gepflegt wird. Um Leistungen aus der Pflegekasse zu erhalten, ist die Zuteilung eines Pflegegrades vorausgesetzt. Im Apothekenalltag werden wir nicht selten von pflegenden Angehörigen als fachliche Beratungsstelle oder Infocenter für Pflegefragen gesehen. Selbst wenn wir nur in wenigen Fällen die entsprechenden Produkte liefern, können wir uns mit wenigen Informationen doch als Fachpersonal profilieren. Siehe auch Krankenpflegeartikel (► Kap. 22.2).



Fragen aus dem Apothekenalltag

- ① Können mehrmals monatlich Abrechnungen für Pflegehilfsmittel zum Verbrauch gestellt werden?
- ② Sind Urinflaschen erstattungsfähig?
- ③ Wie und wo wird ein Pflegebett beantragt?
- ④ Gibt es Unterschiede in der Beantragung bzw. wer beantragt die Hilfsmittel für Heimbewohner?
- ⑤ Wie ist die Hilfsmittelversorgung im Pflegeheim gesichert?
- ⑥ Bekommen Pflegeheimbewohner Hilfsmittel verordnet oder sind die Kosten an die Einrichtung zu entrichten?
- ⑦ Darf eine Apotheke ihren Patienten mit Aufnahme in ein Pflegeheim weiterhin mit Hilfsmitteln beliefern?

10.1 Pflegehilfsmittel

Gemäß **SGB XI §40 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen** haben Pflegebedürftige:

(1)... Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind.

Um Leistungen aus der Pflegekasse in Anspruch zu nehmen, wendet sich der Versicherte zunächst an die seiner Krankenkasse angeschlossene Pflegekasse. Die Pflegekasse leitet die Anträge zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit an den Medizinischen Dienst der

Krankenversicherung (MDK) weiter. Der MDK prüft, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. Er begutachtet die Versicherten im Wohnbereich und erstellt ein sozialmedizinisches Gutachten. Auf dessen Grundlage erlässt die Krankenkasse einen Bescheid mit Einstufung des Pflegegrads. Aktuell existiert die Einteilung in 5 Pflegegrade. Pflegegutachter des MDK können seit 1. Januar 2017 direkt Hilfsmittel empfehlen. Das heißt, die Krankenkasse erstattet auch dann die notwendigen Kosten für ein Hilfsmittel, wenn keine ärztliche Verordnung auf einem rosa Muster 16 vorliegt. Infolge des Gutachtens des MDK kann seitens der Pflegekasse ein Bestätigungsschein über genehmigungsfreie bzw. genehmigungspflichtige Hilfsmittel an den Versicherten ausgestellt werden (► Kap. 24.4.4).

Voraussetzungen für Leistungen aus der Pflegeversicherung

Um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten, sind

- ein schriftlicher Antrag bei der Krankenkasse und
- die Einstufung in einen Pflegegrad erforderlich.

Hat der zu Pflegenden einen Betreuer oder Bevollmächtigten, sind dem Antrag darüber hinaus entsprechende Nachweise (Vollmacht, Betreuerausweis) beizulegen.

Dem Leistungsempfänger stehen **Pflegehilfsmittel** zur Verfügung, die gemäß Produktgruppenzuordnung unterschiedlich gehandelt werden:

- technische Pflegehilfsmittel,
- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel,
- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege bzw. Körperhygiene.

Im Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sind in den Produktgruppen 50–54 Produkte gelistet, die zur Leistungspflicht der Kassen gehören. Die Pflegehilfsmittel der Produktgruppen 50, 52 und 53 gelten als technische Hilfsmittel, die die Pflegekasse bevorzugt leihweise zum Gebrauch überlässt. Die Pflegehilfsmittel der Produktgruppe 51 enthalten Hygieneprodukte und die Produktgruppe 54 die Pflegehilfsmittel zum Verbrauch.

§ 78 SGB XI Verträge über Pflegehilfsmittel

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen schließt mit den Leistungserbringern oder deren Verbänden Verträge über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln, soweit diese nicht nach den Vorschriften des Fünften Buches über die Hilfsmittel zu vergüten sind. Abweichend von Satz 1 können die Pflegekassen Verträge über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln schließen, um dem Wirtschaftlichkeitsgebot verstärkt Rechnung zu tragen. Die §§ 36, 126 und 127 des Fünften Buches gelten entsprechend.

(2) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erstellt als Anlage zu dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 des Fünften Buches ein systematisch strukturiertes Pflegehilfsmittelverzeichnis. Darin sind die von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfassten Pflegehilfsmittel aufzuführen, soweit diese nicht bereits im Hilfsmittelverzeichnis enthalten sind. Pflegehilfsmittel, die für eine leihweise Überlassung an die Versicherten geeignet sind, sind gesondert auszuweisen. Im Übrigen gilt § 139 des Fünften Buches entsprechend mit der Maßgabe, dass die Verbände der Pflegeberufe

und der behinderten Menschen vor Erstellung und Fortschreibung des Pflegehilfsmittelverzeichnisses ebenfalls anzuhören sind.

- **CAVE** Für privat versicherte Patienten gilt bei Pflegehilfsmitteln das Pflegehilfsmittelverzeichnis des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)!

10.1.1 Pflegehilfsmittel zum Verbrauch

Siehe auch Checkliste Pflegehilfsmittelbelieferung (► Kap. 24).

SGB XI § 40 Abs. 1 **Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen** regelt den Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln. Abs. 2 des Gesetzes bestimmt für Pflegehilfsmittel zum Verbrauch: „Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 40 € nicht übersteigen. Die Leistung kann auch in Form einer Kostenerstattung erbracht werden.“

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind Produkte, die wegen der Beschaffenheit ihres Materials oder aus hygienischen Gründen nur einmal benutzt werden können. Sie nehmen einen Sonderstatus unter den Hilfsmitteln ein, da sie Personen mit einer Pflegestufe zustehen und nicht jedes Mal neu beantragt werden müssen. **Pflegehilfsmittel zum Verbrauch** sind (PG 54):

- saugende Bettschutzeinlagen zum einmaligen Gebrauch,
- Schutzbekleidung bzw. Schutzschürzen,
- Einmalhandschuhe,
- Desinfektionsmittel für Hände,
- Desinfektionsmittel für Flächen,
- Mundschutz und Fingerlinge.

Die Pflegekasse übernimmt **jeden Monat bis zu 40 €** für die zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel komplett, **sofern eine Pflegestufe bzw. ein Pflegegrad vorliegt**.

Die Corona-Pandemie führt im Jahr 2020 zu höheren Preisen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel. Die Krankenkassen übernehmen daher seit April 2020 zunächst begrenzt bis 31. März 2021 monatlich bis zu 60 Euro.

Die Abrechnung erfolgt in der Regel direkt zwischen dem Leistungserbringer und der Pflegekasse. Zum 01.01.2006 trat der Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln § 78 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI in Kraft, zwischen DAV und den Spitzenverbänden der Pflegekassen (Stand 2/2020). Dieser Vertrag und seine 4 Anlagen regeln die Modalitäten im Umgang mit der Versorgung von zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln. Pflegehilfsmittel zum Verbrauch muss der Arzt nicht verschreiben. In der Regel stellt der Pflegebedürftige bzw. ein bevollmächtigter Angehöriger **einmalig** bei der Pflegekasse einen **Antrag auf Kostenübernahme** (◉ Abb. 24.7). Auch die Apotheke kann die Beantragung der Pflegehilfsmittel bei der Kasse vor der ersten Belieferung und die Verrechnung mit der Pflegekasse übernehmen.

Die benötigten Pflegehilfsmittel bestellt der Patient bzw. sein Bevollmächtigter gemäß Bedarf in der Apotheke und quittiert den Erhalt der Hilfsmittel bei Abholung. Die Verrechnung erfolgt monatlich durch die Apotheke an die entsprechende Pflegekasse bzw. an ein Verrechnungszentrum – Quartalsbelege können nicht abgerechnet werden!

■ **Tab. 10.1** Höchstpreisvereinbarung der Pflegehilfsmittel-Preise inklusive 19 % MwSt.
(Stand 04/2020)

Produkt	Menge	Preis
Saugende Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch	50 Stück	21,54 €
Fingerlinge	100 Stück	5,64 €
Einmalhandschuhe	100 Stück	7,18 €
Mundschutz	50 Stück	7,18 €
Schutzschürzen zum Einmalgebrauch	100 Stück	13,34 €
Schutzschürzen, wiederverwendbar	Pro Stück	25,65 €
Händedesinfektionsmittel	500 ml	8,21 €
Flächendesinfektionsmittel	500 ml	6,16 €
Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar	Pro Stück	26,16 €

① Pflegehilfsmittel sind auch mehrmals pro Monat bis zum Maximalbetrag von 40,00 € mittels Anlage 2 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1 SGB XI in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI über die VSA abrechenbar.

Anlage 1 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1 SGB XI in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI **regelt die Höchstpreise** für die zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel. (Die Höchstpreise sind in der Regel durch die Apothekensoftware bei Anwahl Pflegekassenabrechnung hinterlegt, bei vorübergehender Pauschalerhöhung kann hier manuelle Anpassung nötig sein!) Bei Überschreitung der Monatspauschale von 40 € muss der Versicherte die darüberhinausgehenden Kosten selbst tragen. (Aufgrund der Corona-Pandemie ist die Monatspauschale vorübergehend auf 60 € erhöht.)

Mittels Anlage 3 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1 SGB XI in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI müssen die Apotheken die Erklärung abgeben, ob sie Betreiber eines Pflegediensts mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI und/oder § 132 a SGB V sind. Diese Erklärung muss einmalig von der teilnehmenden Apotheke zu Beginn des Vertrags abgegeben werden (● Abb. 24.9).

Voraussetzung der Abgabe von zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln ist, dass eine entsprechende Kostenübernahmeerklärung nach Anlage 4 (● Abb. 24.7) zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit der zuständigen Pflegekasse vorliegt, in welcher Art und Menge der abzugebenden Hilfsmittel bestimmt sind. Auf dem Antrag kann der Versicherte ankreuzen, welche Pflegehilfsmittel er zukünftig in Anspruch nehmen möchte. Sollte er zu einem späteren Zeitpunkt weitere Artikel benötigen, können diese problemlos nachträglich genehmigt werden.

Die Kostenübernahmeerklärung (Anlage 4) verbleibt in der Regel beim Versicherten und als Kopie in der Apotheke (● Abb. 24.7).

Der Empfang, der Tag der Lieferung und die erfolgte Einweisung in den Gebrauch sind vom Versicherten oder einer von ihm beauftragten Person durch Unterschrift auf Anlage 2 zu bestätigen.

Anlage 2 des Vertrags wird abschließend über das Apothekenabrechnungszentrum als rechnungsbegründende Unterlage eingereicht. Eine Kopie der Anlage 2 sollte in der Apotheke aufbewahrt werden (● Abb. 24.8).

- **CAVE** Die Pflegehilfsmittel dürfen nicht später als 3 Monate vor Ablauf des Haltbarkeitsdatums abgegeben werden. Außerdem ist die Apotheke verpflichtet, die Patienten im Gebrauch mit den Pflegehilfsmitteln einzuweisen. Nur die auf dem Abgabeformular aufgeführten Pflegehilfsmittel zum Verbrauch werden von der Pflegekasse übernommen – Spuckbeutel beispielsweise sind nicht aufgeführt und werden daher auch nicht erstattet.

Der Vertrag und die Anlagen sind beim zuständigen Landesapothekerverband, der jeweiligen Krankenkasse direkt zu erhalten oder können unter www.vsa.de heruntergeladen werden.

- **MERKE** Die Abrechnungsmodalitäten dieser speziellen Hilfsmittel sind im Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln geregelt (§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI).

§ 6 Abrechnungsverfahren

[...]

(2) [...] müssen die Abrechnungen folgende Angaben enthalten:

- a) Institutionskennzeichen (IK) der Pflegekasse (Kassennummer),
- b) Name der Pflegekasse,
- c) Krankenversichertennummer, Pflegeversichertennummer,
- d) Rechnungsnummer (Sammelrechnungsnummer, Einzelrechnungsnummer),
- e) eindeutige Belegnummer (Nummerierung je abgerechneter Einzelrechnung je Versicherten),
- f) Gesamtbruttobetrag, ggf. inklusive gesetzlicher Zuzahlungsbetrag je Abrechnungsfall und ggf. inklusive der jeweils gesetzlich geltenden Umsatzsteuer je Abrechnungsfall,
- g) gesetzlicher Zuzahlungsbetrag je Abrechnungsfall,
- h) Institutionskennzeichen (IK) der Apotheke gemäß § 103 Absatz 1 SGB XI,
- i) Art der abgegebenen Leistung (Abrechnungspositionsnummer entsprechend dem Pflegehilfsmittelverzeichnis gemäß § 78 Absatz 2 SGB XI in Verbindung mit § 128 SGB V),
- j) bundeseinheitliche Pflegehilfsmittelpositionsnummer (10-stellig; ist anzugeben, soweit vollständig vorhanden, ansonsten mindestens aber die 2-stellige Nummer der Pflegehilfsmittelproduktgruppe angeben),
- k) Bezeichnung des Pflegehilfsmittels (angeben, wenn noch keine bundeseinheitliche Pflegehilfsmittelpositionsnummer vergeben ist),
- l) Positionsnummer für Produktbesonderheiten von Pflegehilfsmitteln,
- m) reduzierte Gesamtsumme (Beihilfeberechtigung gemäß § 28 Absatz 2 SGB XI),

- n) Währung,
- o) Anzahl der Pflegehilfsmittel/Menge der abgegebenen Leistungen (Faktor),
- p) Einzelbetrag der Leistung,
- q) ggf. die jeweils gesetzlich geltende Mehrwertsteuer je Einzelbetrag,
- r) Datum/Daten der Leistungserbringung.

Sofern keine Krankenversicherungs- bzw. Pflegeversicherungsnummer vorliegt, sind Name u. Vorname, Anschrift und Geburtsdatum des Pflegebedürftigen anzugeben.

[...]

(4) Die Rechnungslegung erfolgt je Apotheke für alle Versorgungs-/Abrechnungsfalle monatlich einmal.

(5) Die rechnungsbegrundenden Unterlagen, wie z. B. die Empfangsbestätigung des Versicherten, sind bei der Abrechnung im Original an die Pflegekasse oder eine von ihr benannte Stelle zu liefern.

Voraussetzungen für die Kostenerstattung:

- Der Pflegebedürftige hat eine anerkannte Pflegestufe bzw. einen anerkannten Pflegegrad.
- Der Pflegebedürftige lebt zu Hause, in einer WG oder in einer Einrichtung für Betreutes Wohnen.
- Der Pflegebedürftige wird (auch) von Angehörigen, Freunden oder Bekannten gepflegt.
- **CAVE Für privat versicherte Patienten gilt bei Pflegehilfsmitteln das Pflegehilfsmittelverzeichnis des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV). Den Vorab-Antrag auf Kostenübernahme durch die Pflegeversicherung können nur Versicherte der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen einreichen. Privat versicherte Patienten erhalten vom Dienstleister eine Rechnung und reichen diese bei der privaten Versicherung ein.**

§ 7 Zahlungsweise

(1) Die Bezahlung der Rechnung erfolgt innerhalb von 30 Tagen nach Eingang bei der Pflegekasse oder einer von ihr benannten Abrechnungsstelle. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde. Sollten Rechnungen später als 12 Monate nach Leistungserbringung eingereicht werden, kann die Pflegekasse die Zahlung verweigern.

(2) Die Apotheke ist berechtigt die Abrechnung einer Abrechnungsstelle zu übertragen. Der Pflegekasse ist der Beginn und das Ende der Abrechnung und der Name der benannten Abrechnungsstelle mitzuteilen [...].

10.1.2 Pflegehilfsmittel zur Körperpflege bzw. -hygiene

Da Produkte der PG 51 nicht zum Verbrauch, sondern wiederverwendbar sind, unterliegen diese nicht den Regelungen des § 40 Abs. 2 SGB XI. Dementsprechend gilt hier die 40-€-Pauschalregelung zur Vergütung nicht! Für die Versorgung ist eine Genehmigung mittels Anlage 4 (Abb. 24.7) einzuholen. Unter PG 51 fallen auch wiederverwendbare Bettschutzeinlagen.

18 Sehhilfen

Die Verordnung von Hilfsmitteln aus der Produktgruppe Sehhilfen (PG 25) ist in der Apotheke auf wenige Produkte beschränkt. Hierzu zählen Augenpflaster gegen Schielen oder auch Uhrglasverbände bei mangelndem Lidschluss.

18.1 Augenpflaster



Fragen aus dem Apothekenalltag

- ① Was ist bei der Bestellung zu beachten?
- ② Was muss aufs Rezept?
- ③ Ist ein Kostenvoranschlag nötig?

Okklusionspflaster: HiMi-Nr. 25.21.36.4900. Rund fünf Prozent aller Babys, Kleinkinder und Kinder schielen. Hier kann der Augenarzt meist mit einer Okklusionstherapie helfen. Da Schielen häufig mit einer Sehschwäche verbunden ist, ist die augenärztliche Untersuchung der erste Schritt. Neben einer Brille wird der Arzt in der Regel eine Okklusionstherapie verordnen: Das bedeutet, dass das gesunde Auge abgeklebt wird (okkludere = abdecken). Bei dieser Schielbehandlung schaut das Kind nur noch mit seinem schielenden Auge, das dadurch trainiert wird. Verordnungsfähig sind Okklusionspflaster vorrangig als Amblyopietherapeutika. Die Größe der Pflaster bestimmt der Verordner, die Motivwahl obliegt dem Patienten. Hier stehen seitens der Hersteller Motivmusterbestellzettel zur Auswahl bereit.

- ① Die Bestellung erfolgt i. d. R. über ein Bestellformular eines Herstellers nach einer Designauswahl des Anwenders.

Abrechnungsmodalitäten

Mittels PZN, aber nach § 302 SGB V somit zwingend nötig:





























- ② Angabe von Diagnose, Versorgungszeitraum, Abrechnungskennzeichen (00 Neu, 06 höherwertig oder 10 Folgeversorgung),
- ③ i. d. R. keine Genehmigung nötig,
- Abgabe mittels Unterschrift des Kunden quittieren lassen.
- Augenpflaster sind zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel und für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren grundsätzlich zuzahlungsfrei!
- TK: 0,82 € pro Stück + MwSt., Versorgungsanzeige notwendig, Genehmigungsfreigrenze 250 €.
- AOK: AEP + 13 % + MwSt.
- BKK: AEP + 15 % + MwSt.
- BARMER: AEP + 15 % + MwSt.
- DAK und BARMER: 0,82 € pro Stück + MwSt.
- IKK: 0,84 € pro Stück + MwSt.

Präparatebeispiele: Piratoplast[®], Opticlude[®]

Bestellformular für die Apotheke

Bitte insgesamt 100 Stück auswählen

Bitte faxen an 0231 28666-950

 01 x 10 Stück	 02 x 10 Stück	 03 x 10 Stück	 04 x 10 Stück	 05 x 10 Stück	 06 x 10 Stück	 07 x 10 Stück
 08 x 10 Stück	 09 x 10 Stück	 10 x 10 Stück	 11 x 10 Stück	 12 x 10 Stück	 13 x 10 Stück	 14 x 10 Stück
 15 x 10 Stück	 16 x 10 Stück	 17 x 10 Stück	 18 x 10 Stück	 19 x 10 Stück	 20 x 10 Stück	 21 x 10 Stück
 22 x 10 Stück	 23 x 10 Stück	 24 x 10 Stück	 25 x 10 Stück	 26 x 10 Stück	 27 x 10 Stück	 28 x 10 Stück

Für Augenarztpraxen:

Bitte kreuzen Sie die gewünschte **Klebervariante** und **Größe** an!

NEUE PZN

<input type="checkbox"/> klein PZN: 14037531	<input type="checkbox"/> klein PZN: 14306726
<input type="checkbox"/> groß PZN: 14037548	<input type="checkbox"/> groß PZN: 14306719
<input type="checkbox"/> extragroß PZN: 14037564	<input type="checkbox"/> extragroß PZN: 14306702

Standardkleber Silikonkleber

Bitte ein **Rezept** mit einer Verordnung für Piratoplast MIX Extra Soft oder Piratoplast MIX in der entsprechenden Größe ausstellen und PZN mit angeben. Das Rezept gemeinsam mit diesem Bestellformular an die Eltern weitergeben. Nach Auswahl von 100 Pflastern geben die Eltern das ausgefüllte Bestellformular gemeinsam mit dem Rezept in der Apotheke ab.

Entverordnung inkl. Elternbeschränkung

Für Kinder und Eltern:

Junge Mädchen

Vorname (optional): _____

Bitte wählen Sie gemeinsam mit Ihrem Kind die gewünschte **Designs** aus. Die **Gesamt-Anzahl** der Pflaster muss genau **100 Stück** ergeben. Wählen Sie dafür 10 Päckchen à 10 Stück aus. Sie können auch mehrere Päckchen per Design auswählen. Geben Sie das Bestellformular zusammen mit dem Rezept in einer Apotheke Ihrer Wahl ab.

Augenpflaster sind Hilfsmittel und werden von der gesetzlichen Krankenkasse voll erstattet!

*2


Für Apotheken:

Bitte das vollständig ausgefüllte Bestellformular mit Auswahl von **100 Stück** Augenpflastern an Praxepost faxen.

Apothekenname / Kundennummer: _____


Die Lieferung erfolgt nach spätestens 2 Werktagen portofrei und Sie können Ihre Probleme über die Anrufung informieren. Das Preis entnehmen Sie bitte anhand der PZN der Lieferliste. Das Rezept rechnen Sie, wie gewohnt, über die jeweilige Krankenkasse ab.
Vollständige Hilfsmittelnummer: 25.21.36.4.100

Für Piratenkinder ab Januar 2020



PIRATOPLAST

Sanft zur Kinderhaut



• Abb. 18.1 Augenpflaster, Onlinebestellformular



● **Abb. 18.2** Beispiel für einen Uhr-glasverband: Pro-ophta® Augenverband S

18.2 Augenverband

Uhr-glasverbände: Die Verbände mit der HiMi-Nr 25.21.37.00 sind luftdicht abschließende Augenverbände mit einer durchsichtigen Kunststoffscheibe. Sie können bei unvollständigem Lidschluss, z. B. infolge einer Gesichtslähmung, in Betracht kommen, um das Austrocknen der Hornhaut zu vermeiden. Uhr-glasverbände sollten nur unter augenärztlicher Kontrolle zum Einsatz kommen (● Abb. 18.2).

Abrechnungsmodalitäten

Es muss eine Verordnung vom Augenarzt vorliegen. Eine Genehmigung ist bei Einhaltung der Preisvorgaben nicht notwendig:

- TK: AEK + 20 % + MwSt., Versorgungsanzeige notwendig, Genehmigungsfreigrenze 250 €.
- IKK: AEP + 15 % + MwSt.
- AOK Baden-Württemberg: AEP + 13 % + MwSt.
- BARMER: AEP + 15 % + MwSt.
- BKK: AEP + 15 % + MwSt.

18.3 Lupen

Eine Lupe besteht aus einer einfachen oder zusammengesetzten Sammellinse mit kurzer Brennweite, die den Sehwinkel vergrößert, unter dem ein Betrachter ein Objekt sieht. Sie erzeugt somit vergrößerte virtuelle (Schein-)Bilder nahegelegener Gegenstände.

Abrechnungsmodalitäten

Lupen sind verordnungsfähig bei bestehender Sehbehinderung (Visus ab 0,3 mit Korrektur auf dem besseren Auge) bzw. bei einem Vergrößerungsbedarf, bei dem das Lesen von Zeitungsdruck nicht mehr möglich ist und sofern durch die Anpassung einer korrigierenden Brille oder von Kontaktlinsen keine ausreichende Sehschärfe erzielt werden kann.