

**Empfehlungen
des GKV–Spitzenverbandes
zur Sicherung der Hilfsmittelversorgung
während der Ausbreitung des
Coronavirus SARS–CoV2**

Stand: **04.05.2020**

Gültig bis zum: **30.06.2020¹**

Version: **1.3**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–3140
hilfsmittel@gkv-spitzenverband.de

¹ Gilt nicht für die Regelung im Abschnitt „Vergütung für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel“

1 Präambel

In Deutschland wie auch weltweit werden immer mehr Infektionsfälle aufgrund des Coronavirus (SARS-CoV2) gemeldet. Die erforderlichen Isolations- und Quarantänemaßnahmen zur Verlangsamung der Verbreitung des Virus und die dadurch ausgelöste Lungenerkrankung Covid-19 führen zu Einschränkungen im täglichen Leben. Der GKV-Spitzenverband gibt daher folgende Empfehlungen zur Sicherung der Versorgung mit Hilfsmitteln bzw. Pflegehilfsmitteln (im Folgenden: Hilfsmittel). Ziel ist es, die Versorgung in dieser außerordentlichen Situation zu erleichtern und aufrechtzuerhalten. Die Empfehlungen gelten zunächst bis zum 30. Juni 2020; sie stellen kein Präjudiz für die darauffolgende Zeit dar.

Angesichts der Dynamik der Pandemie mit ihren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit der Unternehmen und der damit verbundenen Detailprobleme ist vorgesehen, diese Empfehlungen um weitere Hinweise zu ergänzen und jeweils an die aktuelle Lage anzupassen.

Im Übrigen wird darauf hingewiesen, dass die Verbreitung des Coronavirus ebenfalls zu Problemen in der operativen Bearbeitung bei den Krankenkassen und/oder bei den Abrechnungsdienstleistern führen kann.

2 Handlungsempfehlungen

Der GKV-Spitzenverband empfiehlt seinen Mitgliedskassen in Abstimmung mit den Kassenartenvertretern folgende Vorgehensweise, um einen reibungslosen Versorgungsprozess sicherzustellen. Die Empfehlungen gelten für Hilfsmittel und zusätzliche Leistungen wie Reparaturen.

Kontaktreduzierung bei der Versorgung

Angesichts der erforderlichen Kontaktreduzierung sollen persönliche Kontakte zwischen Versicherten und Leistungserbringern vermieden werden. Hilfsmittel können daher vorrangig per Versand an die Versicherten abgegeben werden, sofern ein persönlicher Kontakt zum Beispiel zur Anpassung des Hilfsmittels nicht zwingend erforderlich ist.

Gemäß den Bund-Länder-Leitlinien vom 22. März 2020 (Anlage 1) bleiben medizinisch notwendige Behandlungen (hier: Hilfsmittelversorgungen), bei denen eine körperliche Nähe unabdingbar ist (z. B. notwendige Anpassungen, bei denen die Mitwirkung der Versicherten erforderlich ist), weiter möglich. Bei der Abwägung, wann ein dringender, medizinisch notwendiger Versorgungsfall vorliegt, und welche Schutzmaßnahmen vor Infektionen zu treffen sind, sind die Anordnungen der Bundesländer, des Bundes und der zuständigen Behörden maßgeblich. Es ist auch zu prüfen, ob Versorgungsleistungen aufschiebbar sind.

Ist eine Versorgung des diabetischen Fußes nicht aufschiebbar, kann die Dauer des persönlichen Kontaktes und die Entfernung zum Versicherten reduziert werden, indem anstelle einer Pedographie andere geeignete Messverfahren angewendet werden, die entsprechend von den Krankenkassen akzeptiert werden.

Beratungen oder Hinweise zur Einweisung in den Gebrauch der Hilfsmittel sollen telefonisch, per E-Mail, per Verweis auf Videoeinweisungen oder durch digitale Medien erfolgen, soweit dies aufgrund der Art des Hilfsmittels vertretbar ist (z. B. müssen lebenserhaltende Systeme vor Ort erläutert und eingestellt werden).

Auf Lagerbegehungen der Krankenkassen, die im Rahmen der Prüfung des Kasseneigentums durchgeführt werden, ist zu verzichten.

Administrative Prozesse

Auf die Erbringung von Unterschriften durch die Versicherten (Empfangsbestätigung, Beratungsdokumentation, Lieferschein etc.) soll bei Versorgungsleistungen ohne oder mit persönlichem Kontakt ebenfalls verzichtet werden.

Der Leistungserbringer unterzeichnet die Dokumente an den Stellen, wo im Normalfall die Unterschrift der Versicherten vorgesehen ist und macht deutlich, dass die Unterzeichnung durch ihn aufgrund der Corona-Pandemie notwendig war. Bei der Empfangsbestätigung kann auch die zustellende Person unterzeichnen, ohne dass der Leistungserbringer dies bei der Abrechnung kenntlich macht. Es richtet sich nach den vertraglichen Regelungen, ob und wann die Unterlagen bei der Krankenkasse einzureichen sind.

Auf Fortbildungsnachweise, die gemäß einer vertraglichen Verpflichtung von den Leistungserbringern beizubringen sind, wird bis auf Weiteres verzichtet.

Fristen

Sofern – bezogen auf die erteilte Genehmigung oder bei genehmigungsfreien Hilfsmitteln – vertraglich vereinbarte Liefer-, Fertigungs-, Rückhol- und Abgabefristen aus triftigem Grund nicht eingehalten werden können (z. B. aufgrund von Lieferengpässen oder befristeten Quarantänemaßnahmen beim Versicherten oder beim Leistungserbringer), sieht die Krankenkasse von Vertragsstrafen bzw. Sanktionen ab. Dies gilt auch für die nicht fristgerechte Erfüllung vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten wie Wartungen oder sicherheitstechnische Kontrollen. Die vertraglichen Verpflichtungen bleiben weiterhin bestehen.

Mehrmonatslieferungen anstelle der vertraglich vereinbarten Lieferzyklen werden bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln wie Inkontinenzhilfen oder Stomaartikeln erforderlichenfalls akzeptiert, sofern es dadurch nicht zu Lieferengpässen bei anderen Versicherten kommt. Bezüglich der Abrechnung gelten die vertraglichen Regelungen.

Ärztliche Verordnung

Nicht aufschiebbare (Erst-)Versorgungen können im Ermessen des Leistungserbringers auch ohne Vorliegen einer vertragsärztlichen Verordnung begonnen werden. Für die Abrechnung bleibt die Vorlage der Verordnung unverzichtbar. Bei der Abrechnung wird nicht geprüft, ob die Verordnung erst nach dem Lieferdatum ausgestellt wurde. Dies gilt auch, wenn Genehmigungsfreiheit vertraglich vereinbart wurde; diese bleibt bestehen. Verordnungen, die per Fax übermittelt werden, sind im Abrechnungsprozess als Original anzuerkennen.

Auf eine Folgeverordnung wird bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln wie Inkontinenzhilfen oder Stomaartikel verzichtet, sofern die Erstversorgung bereits von der Krankenkasse genehmigt oder Genehmigungsfreiheit vertraglich vereinbart wurde. Dies gilt auch für laufend notwendiges Verbrauchsmaterial für Hilfsmittel (z. B. für Beatmungs- und Sauerstoffgeräte) und für benötigten Sauerstoff.

Bei Fallpauschalen kann während der Zeit der Gültigkeit der Empfehlungen ebenfalls für evtl. Verlängerungszeiträume (Folgefallpauschalen) auf die ggf. vertraglich vorgesehene erneute Verordnung verzichtet werden. Hier reicht eine Bestätigung des Leistungserbringers, dass nach Rücksprache mit dem Versicherten die weitere Versorgung erforderlich ist. Der Leistungserbringer hat die Rücksprache zu dokumentieren und der Krankenkasse spätestens mit der Abrechnung vorzulegen.

Auf die Vorlage einer ärztlichen Verordnung kann bei Ersatzlieferungen verzichtet werden, sofern

- keine Abweichungen zur vorherigen Versorgung besteht,
- das bisherige Produkt nicht mehr einsetzbar/defekt ist,
- die Erbringung des Hilfsmittels unaufschiebbar ist und
- der Versicherte keine Möglichkeit hat, eine ärztliche Verordnung einzuholen.

Es reicht eine Bestätigung des Leistungserbringers, dass nach Rücksprache mit dem Versicherten die zuvor genannten Punkte erfüllt sind. Die Rücksprache hat der Leistungserbringer zu dokumentieren und auf Verlangen der Krankenkasse vorzulegen. Beispiele solcher Versorgungsleistungen sind ein zerbrochener Gehstock, eine gerissene Bandage oder ein defektes Hörgerät nach Ablauf des vertraglichen Versorgungszeitraums.

Sofern eine Verordnung im Krankenhaus ausgestellt wurde, wird für die Weiterversorgung nach der Entlassung keine ärztliche Verordnung eines niedergelassenen Vertragsarztes von der Krankenkasse für die Dauer der Versorgung verlangt. Die Krankenhausverordnung hat den Stellenwert einer vertragsärztlichen Verordnung.

Die Prüfung der gemäß § 8 Absatz 2 der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten Frist von 28 Kalendertagen, innerhalb derer die Hilfsmittelversorgung nach Ausstellung der Verordnung aufgenommen werden muss, wird ausgesetzt. Eine derartige Frist wird von den Krankenkassen auch dann nicht geprüft, wenn sie sich aus den Verträgen ergibt.

Abrechnung

Vertraglich vereinbarte Fristen, in denen eine Abrechnung spätestens einzureichen ist, werden für sechs Monate nach Ende der Gültigkeit dieser Empfehlungen ausgesetzt. Zudem kann der Leistungserbringer bei der Abrechnung das Verordnungsdatum auf das Lieferdatum zurücksetzen, wenn die Abrechnung bei korrekter Angabe aus softwaretechnischen Gründen nicht möglich ist. Das Lieferdatum muss dem Datum der tatsächlichen Abgabe entsprechen.

Präqualifizierung

Die Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkkS) hat Handlungsanweisungen für die Präqualifizierungsstellen herausgegeben, in denen Maßnahmen beim Umgang mit Verzögerungen bei den Präqualifizierungsverfahren aufgrund der Corona-Pandemie beschrieben sind (Anlage 2). Die Krankenkassen machen die Berechtigung zur Versorgung bei bestehenden Verträgen nicht von einer zeitlich evtl. nicht rechtzeitig vorliegenden Folge-Präqualifizierung abhängig.

Vergütung für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

Gemäß der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung² dürfen Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel ab dem 1. April 2020 abweichend von § 40 Absatz 2 Satz 1 SGB XI monatlich den Betrag von 60 Euro nicht übersteigen.

Der Betrag von 60 Euro stellt zugleich die Vergütung dar, die ein Leistungserbringer für die Versorgung eines Pflegebedürftigen mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln monatlich höchstens beanspruchen kann, ohne dass es insoweit einer Änderung der Verträge nach § 78 Absatz 1 SGB XI bedarf. Die Leistungserbringer können also vorübergehend gegenüber den Pflegekassen auch Preise oberhalb der aktuellen Vertragspreise abrechnen oder abweichend von den Mengenangaben im Vertrag kleinere Mengen zu den Vertragspreisen abgeben, sofern die tatsächlichen Preise die Vertragspreise übersteigen.

Vorbehaltlich des Fortbestehens der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag ist diese Regelung zunächst so lange anzuwenden, wie § 150 SGB XI auch in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach § 152 SGB XI gilt, d. h. bis 30. September 2020. Maßgeblich für die Feststellung, ob eine Versorgung in diesem Zeitraum erfolgt, ist der Tag der Leistungserbringung, im Falle einer Kostenerstattung im Sinne von § 40 Absatz 2 Satz 2 SGB XI das Kaufdatum.

Ausgesprochene Genehmigungen behalten hinsichtlich des Genehmigungszeitraumes und ggf. der genehmigten Produkte ihre Gültigkeit. Einer erneuten Genehmigung bedarf es daher nicht,

² Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Zahnärztinnen und Zahnärzte, der Heilmittelerbringer und Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen sowie zur Pflegehilfsmittelversorgung vom 30. April 2020, veröffentlicht im Bundesanzeiger am 04.05.2020 – BAnz AT 04.05.2020 V1

weil der gesetzliche Höchstbetrag angehoben wurde oder die Vertragspreise in dieser Zeit nicht angewendet werden können.

Anlage 1: Bund-Länder-Beschluss vom 22. März 2020

Anlage 2: Handlungsanweisungen der DAkKS für Präqualifizierungsstellen