



Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg - Vorpommern

Körperschaft des öffentlichen Rechts

- Abrechnungsabteilung -

KV Mecklenburg - Vorpommern | Postfach 16 01 45 | 19091 SCHWERIN

Ihr Ansprechpartner:
Frau Gläser

--

An alle Mitglieder der
Kassenärztlichen Vereinigung,
ermächtigten Ärzte und Einrichtungen
in Mecklenburg-Vorpommern

Neumühler Strasse 22
19057 SCHWERIN

Telefon: (0385) 7431 - 0

Durchwahl: (0385) 7431 - 299

Telefax: (0385) 7431 - 461

eMail: aschaarschmidt@kvmv.de

Ihre Zeichen

--

Ihre Nachricht vom

--

Unsere Zeichen

GI/Schaa

Datum

17. Juni 2003

R U N D S C H R E I B E N N R . 0 7 / 2 0 0 3

zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen im II. Quartal 2003

Sehr geehrte Damen und Herren,

seit Wochen und Monaten wird im Zuge der Einführung des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes zur Reform des Gesundheitswesens in Deutschland an allen Fronten hart diskutiert. Dennoch ist eine eindeutige Richtung, die Ihnen Sicherheit und Klarheit für die Zukunft gibt, nicht in Sicht.

Der 106. Deutsche Ärztetag in Köln warnte davor, unüberlegte Schritte in Richtung Auflösung der eigenständigen Selbstverwaltung in Kassenärztlichen Vereinigungen zuzulassen, da dann eine gesicherte ambulant ärztliche Versorgung der Patienten nicht mehr gewährleistet ist. Es wird abzuwarten sein, inwieweit notwendige Reformen auf den Weg gebracht werden, hoffentlich im Konsens zwischen Politik und Ärzteschaft.

Derzeit wird in den Arbeitsausschüssen mit dem EBM 2000 plus durch die KBV und die Kassenverbände die Neuordnung der ambulanten Vergütungsstrukturen weiter vorangetrieben. Nach neuestem Terminplan soll am 30.07.2003 im Erweiterten Bewertungsausschuss eine Entscheidung über die Einführung des neuen EBM voraussichtlich zum 01.04.2004 getroffen werden.

Darüber hinaus hat der Bewertungsausschuss in seiner 80. Sitzung und der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses in seiner 207. Sitzung noch zum alten EBM eine Reihe von Veränderungen beschlossen.

Überwiegend handelt es sich um redaktionelle Ergänzungen und Korrekturen zur Klarstellung der Abrechnungsmodalitäten einiger Leistungen bzw. es mussten durch die Aufhebung der Praxis- und Zusatzbudgets zum 01.07.2003 Interpretationsbeschlüsse geändert bzw. gestrichen werden. Sie treten zum 1. Juli 2003 in Kraft und sind im Deutschen Ärzteblatt Heft 22 vom 30. Mai 2003 veröffentlicht worden.

Krankenhäuser, die gemäß § 115 b SGB V ambulante Operationen als vertragsärztliche Leistungen durchführen und direkt mit den Krankenkassen abrechnen, werden ab 01.07.2003 hinsichtlich der Ordinationsgebühr nicht mehr den Institutionen mit Einzelleistungsabrechnung (180 Pkt.), sondern dem Fachgebiet, in dem die ambulante Operation durchgeführt wurde, zugeordnet.

Neue Zuordnung der Ordinationsgebühr bei ambulanten Operationen an Krankenhäusern

Kosten für Einmalsklerosierungsnadeln, die bei Polypentfernungen im Zusammenhang mit einer endoskopischen Untersuchung des Gastrointestinaltraktes entstehen, können ab 01.07.2003 nach Ziffer 7153 (15,00 €) zusätzlich zu den Ziffern 163, 746 und 765 berechnet werden.

Neuaufnahme der Pos. 7153 für Kosten von Einmalsklerosierungsnadeln

Alle weiteren Änderungen, vorrangig im Laborbereich, entnehmen Sie bitte dem vorgenannten Deutschen Ärzteblatt.

Abrechnungshinweise zum 2. Quartal 2003

Ein halbes Jahr nach Einführung der Vorsorgekoloskopie möchten wir Sie im Ergebnis der sachlich-rechnerischen Prüfung Ihrer Abrechnungen auf folgendes hinweisen.

- Ärzte, die eine Koloskopie per Überweisungsschein veranlassen, müssen den Auftrag dahingehend klar definieren, ob es sich um eine präventive oder kurative Koloskopie handelt. Dementsprechend sind die Aufträge durch den koloskopierenden Arzt auszuführen.
Die koloskopische Untersuchung eines Patienten mit diagnostiziertem Darmkrebs stellt keine Vorsorgeleistung dar, sondern ist unumstritten eine kurative Untersuchung, die zur Abrechnung der Ziffer 764 berechtigt, nicht aber der Ziffer 156.
- Die im Zusammenhang mit der Vorsorgekoloskopie notwendigen Laboruntersuchungen (Gerinnungsstatus) sind nicht durch den Hausarzt oder einen anderen Facharzt als Überweiser zu erbringen, sondern durch den koloskopierenden Arzt. Entsprechende Leistungsbestandteile sind in der Vorsorgekoloskopie berücksichtigt, so dass eventuell durchgeführte Laborleistungen durch den Zuweiser nur im Innenverhältnis geregelt werden können.
In diesem Zusammenhang möchten wir darauf hinweisen, dass die erforderlichen Abführmittel zur Vorbereitung auf den diagnostischen Eingriff ebenso entsprechend der Leistungslegenden zur Ziffer 156 und 764 durch den koloskopierenden Arzt abzugeben sind.
- Wird ein Patient ab dem 56. Lebensjahr vom Haus- oder Facharzt zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms beraten, besteht ein Anspruch auf die Abrechnung der Ziffer 154. Mit der Überweisung zur Vorsorgekoloskopie sollte für den ausführenden Arzt klar sein, dass die Beratung des Patienten zur Früherkennung des Darmkrebses bereits stattgefunden hat. Der Ansatz der Ziffer 154 ist somit nicht gerechtfertigt. Vermeiden Sie bitte zukünftig Doppelabrechnungen.
Die Beratung zur bevorstehenden Untersuchung und die Aufklärung über eventuelle Komplikationen sind Bestandteile der Ziffer 156 und nicht zusätzlich berechnungsfähig.

Wir möchten auf ein BSG-Urteil B 6KA 5/02 R verweisen, wonach eine gezielte und kontrollierende Übungsbehandlung bei gestörter Gelenk- und/oder Muskelfunktion nach Ziffer 505 nicht neben einer am selben Tag durchgeführten Operation berechnungsfähig ist.

Die Mobilisierung des Gelenks stellt eine im Rahmen der postoperativen Nachsorge durchzuführende Teilleistung am Tag der Operation dar und ist somit weder belegärztlich noch ambulant in Ansatz zu bringen.

Ziffer 505/505 A nicht neben Operation berechnungsfähig

Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Psychiatrie oder Nervenheilkunde sind berechtigt, Patienten zur Durchführung von Soziotherapie zu überweisen, wenn eine Genehmigung durch die KVMV erteilt wurde. Entsprechende Informationen sind hierzu im Mai-Journal der KVMV gegeben.

**Verordnung von
Soziotherapie nach
Ziffer 830/831**

Seit langem bestand Dissens darüber, ob psychodiagnostische Leistungen während oder am Ende einer Psychotherapie berechnungsfähig sind. Nach nochmaliger Stellungnahme durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung muss darauf hingewiesen werden, dass die vertiefte Exploration nach Ziffer 861 neben der laufenden Psychotherapie nur dann berechnungsfähig ist, wenn sie in Verbindung mit einem Umwandlungs- oder Fortführungsantrag nach der Ziffer 868 erbracht wird. In allen anderen Fällen kann die Ziffer 861 nicht neben der laufenden Psychotherapie berechnet werden.

**Vertiefte Exploration
nach Ziffer 861 nicht
neben laufender
Psychotherapie**

Mit Wirkung zum 01.01.2003 wurden zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und dem IKK Landesverband Nord unter anderem Wegepauschalen neu vereinbart, die um 30 % höher sind als bei den übrigen Kassenverbänden. Wir werden in Ihrer Abrechnung für IKK-Versicherte hinter den Wegepauschalen nach 7160, 7161, 7180, 7181, 7234 – 7239, 9136 und 9139 automatisch ein A stellen. Die Abrechnung der Ziffer 9239 entfällt für die IKK. Impfleistungen sind mit den Ersatzkassenverbänden seit dem 17.02.2003 vertraglich vereinbart. Die Bewertung erfolgt im Gegensatz zu den Primärkassenverbänden nicht nach Punkten, sondern nach €-Beträgen.

**Wegepauschalen für
die IKK ab 01.01.2003**

Auch hier werden wir für Sie hinter die Impffizern der EK-Versicherten bzw. Sonstigen Kostenträgern, die nach EK-Grundsätzen abrechnen, ein A stellen.
Somit ist die Abrechnung der vorgenannten Leistungen für Sie im Honorarbescheid nachvollziehbar.

**Impfleistungen für
Ersatzkassen seit
17.02.2003**

In unserem letzten Rundschreiben haben wir Sie darüber informiert, dass Überweisungsscheine zur Vorsorgekoloskopie, bedingt durch weitläufige Termine zur Durchführung, auch quartalsübergreifend akzeptiert werden.

**Überweisungen werden
quartalsübergreifend
akzeptiert**

Aufgrund von Nachfragen räumen wir auch z.B. dem Angiologen, Radiologen, Kardiologen die Möglichkeit ein, die Überweisungsscheine quartalsübergreifend abzurechnen, wenn ein Termin zur Untersuchung erst nach Verlauf des Quartals vereinbart werden konnte.

Patienten werden vorrangig durch Hausärzte zu einem Facharzt überwiesen. Dabei ist gemäß § 24 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte und § 27 Abs. 3 des Ärzte-/Ersatzkassenvertrages nur die Überweisung an einen Arzt einer anderen Arztgruppe zulässig. Eine Überweisung an einen Arzt der gleichen Arztgruppe ist nur auszustellen, wenn dieser besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erbringen kann, nicht aber um in gleicher Sache eine Zweitmeinung einzuholen. Diese Leistung wäre nur im Rahmen einer Privatliquidation zu veranlassen.

**Überweisung eines
Patienten zu Fach-
ärzten der gleichen
Fachrichtung**

Das Modellvorhaben für stationersetzende ambulante Operationen mit der IKK Mecklenburg-Vorpommern wurde mit Datum vom 16.04.2003 verlängert und läuft bis zum 31.01.2008 unverändert weiter.

**Modellvorhaben
ambulantes Operieren
mit der IKK**

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben zwischenzeitlich den Abgrenzungskatalog zur Hilfsmittelversorgung in vollstationärer Pflege überarbeitet. Im wesentlichen betrifft es den Versorgungsanspruch bei Ernährungspumpen und Dekubitusmatrizen.

Den aktuellen Abgrenzungskatalog können Sie von unserer Homepage www.kvmv.de unter der Rubrik Abrechnung – Quartalsinformationen abrufen.

Zum 1. Juli 2003 wird der Bundesgrenzschutz seine Bediensteten mit Krankenversichertenkarten ausstatten, die ausschließlich für Zahnarztbehandlungen beim Vertragsarzt verwendet werden dürfen. Mit Wirkung zum 01.04.2000 hatten bereits ca. 20.000 von 30.000 Bedienstete des Bundesgrenzschutzes eine Krankenversichertenkarte zur unmittelbaren Inanspruchnahme von Vertragsärzten erhalten. Bitte achten Sie auf die Vorlage der richtigen Krankenversichertenkarte bzw. auf einen gültigen Behandlungsschein für Berechtigte, die keine Versichertenkarte für eine Behandlung im vertragsärztlichen Bereich erhalten haben.

Uns erreichen in der letzten Zeit Hinweise von Ärzten, die nach durchgeführter Notfallbehandlung als weiterbehandelnde Ärzte auf das ordnungsgemäße Ausfüllen des Notfallscheines angewiesen sind. Befunde, Therapien bzw. besondere Medikamentenverordnungen sind unbedingt auf Muster 19 b anzugeben, damit die ordnungsgemäße Weiterbehandlung durch den kontinuierlich betreuenden Arzt erfolgen kann.

Leistungen im organisierten Notfalldienst werden mit einem festen Punktwert für alle Haus- und Fachärzte einheitlich vergütet. Bitte beachten Sie, dass nur im Rahmen der Zeiten laut Notdienstordnung Leistungsansprüche auf den Punktwert im organisierten Notfalldienst bestehen.

Individuelle Änderungen der Notdienstzeiten in den Kreisstellen berechtigen Sie nicht, entsprechende Leistungen als organisierte Notfalleleistungen abzurechnen, sondern nur als Notfallbehandlungen. Für manuell abrechnende Ärzte ist im Muster 19 a das Feld Notfall anzukreuzen, bei mit Computer abrechnenden Ärzten ist die Scheinuntergruppe SUG 43 zu verwenden.

Der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften bittet uns, Sie darüber zu informieren, dass unter dem Gesichtspunkt des Gebotes der Wirtschaftlichkeit die Arzneimittelübersicht zur Verordnung über unwirtschaftliche Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung (Negativliste) auch für die Unfallversicherungsträger Anwendung finden muss.

Entsprechende Arzneimittel der Negativliste dürfen somit nicht verordnet werden. Nur im Einzelfall sind Ausnahmeregelungen zu treffen, wenn das Ziel der Heilbehandlung anders nicht erreicht werden kann.

Bei den Mutter-Kind-Kuren handelt es sich um sogenannte Vorsorgeleistungen im Sinne des § 24 SGB V, die im Zusammenhang mit der vertragsärztlichen Versorgung stehen.

Entsprechende Untersuchungen und Bescheinigungen der Kurfähigkeit sind nach Auskunft unseres Juristen Kassenleistungen, die inhaltlich den Anforderungen der Leistungen nach den Nummern 72 ff erfüllen und danach zu vergüten sind.

Eine Privatliquidation scheidet in diesen Fällen grundsätzlich aus.

Finanzierungszuständigkeit bei der Hilfsmittelversorgung in der vollstationären Pflege

Krankenversichertenkarten für Bundesgrenzschutzbeamte - Zahnarztbehandlungen-

Korrektes Ausfüllen des Notfallscheines für weiterbehandelnden Arzt zwingend notwendig

Abrechnung von Leistungen im organisierten Notfalldienst nur nach Zeiten der Notdienstordnung

Verordnung von Arzneimitteln bei Unfallversicherungsträgern

Ausstellung von Bescheinigungen im Zusammenhang mit Mutter-Kind-Kuren

Im letzten Rundschreiben haben wir Sie darüber informiert, dass Asylbewerber nur Leistungen in Anspruch nehmen können, wenn das Sozialamt einen originalen Behandlungsschein ausgestellt hat, ausgenommen Labor- und Röntgenleistungen.

Mit Wirkung vom 01.07.2003 tritt in Mecklenburg-Vorpommern ein neuer Erlass zur Durchführung des Asylbewerberleistungsgesetzes in Kraft. Nach Nummer XI Ziffer 4.1 dieses Erlasses bedürfen Überweisungen zu Frauen- oder Kinderärzten nicht mehr der vorherigen Zustimmung durch das jeweils zuständige Sozialamt.

In der Vergangenheit haben einige Sozialämter anstelle von originalen Behandlungsscheinen für Asylbewerber auch Überweisungsscheine abgestempelt und gezeichnet.

Der Einfachheit halber und aus Kostengründen akzeptieren wir zukünftig Überweisungsscheine mit Stempel und Unterschrift von der zuständigen Behörde als sogenannte originale Behandlungsscheine.

Wir möchten Sie darüber informieren, dass die verantwortliche Mitarbeiterin für Sprechstundenbedarf bei der AOK M/V Frau Jürn ist und in Rostock unter der Telefonnummer 0381 / 3642526 zu erreichen ist.

Die Zulassungsabteilung bittet uns, Sie noch auf folgendes hinzuweisen.

Freie Weiterbildungsstellen können ab sofort, in Kooperation mit der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern und dem Arbeitsamt Rostock, im INTERNET veröffentlicht werden. Vertragsärzte, die zur Weiterbildung ermächtigt sind und diese Möglichkeit des Stellenangebotes nutzen möchten, wenden sich bitte für weitere Absprachen an Frau Liborius, Abt. Sicherstellung, Tel. 0385 / 7431365.

Mit Schreiben der Abteilung Sicherstellung vom 04.06.2003 wurden die Gemeinschaftspraxen über die Kennzeichnung von genehmigungspflichtigen Leistungen ab 01.07.2003 informiert.

Diese Kennzeichnungspflicht wird nach einer erneuten Absprache in unserem Hause bis zur Einführung des neuen EBM 2000 plus wieder aufgehoben.

Zum gegebenen Zeitpunkt werden Sie unter Berücksichtigung eines entsprechenden Zeitrahmens zu dieser Problematik rechtzeitig informiert.

Ihre Abrechnung des 2. Quartals 2003 geben Sie bitte bis zum 10. Juli 2003 zu folgenden Zeiten bei uns ab:

01.07.2003 – 04.07.2003	07.00 Uhr bis 16.00 Uhr
05.07.2003	08.00 Uhr bis 16.00 Uhr
07.07.2003	07.00 Uhr bis 16.00 Uhr
08.07.2003 – 10.07.2003	07.00 Uhr bis 18.00 Uhr

Ich wünsche Ihnen, dass Sie in der bevorstehenden Urlaubszeit im Kreise Ihrer Familie oder Freunde etwas Entspannung und Ruhe finden.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre

Maren Gläser

RSI 1 2003.DOC / 2003-06-18 / 5.5 (js) / 01.02

Bankverbindung:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank Schwerin
BLZ : 120 906 40 Konto-Nr.: 0 003 053 393

**Überweisungen für
Asylbewerber ab
01.07.2003**

**Anfragen über
Sprechstundenbedarf
bei der AOK M/V**

**Veröffentlichung freier
Weiterbildungsstellen**

**Kennzeichnungspflicht
in Gemeinschafts-
praxen aufgehoben**

**Abgrenzungskatalog
der Spitzenverbände der Krankenkassen
- zugleich handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen -**

AOK-Bundesverband, Bonn-Bad Godesberg
BKK Bundesverband, Essen
IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
See-Krankenkasse, Hamburg
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
Bundesknappschaft, Bochum
Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg
AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg

**zur Hilfsmittelversorgung in
stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheimen)**

vom 14. März 2003

1. Ausgangslage

Es besteht die gesetzliche Verpflichtung, die Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Abs. 2 SGB XI (Pflegeheime) ausreichend und angemessen zu pflegen, sozial zu betreuen und mit medizinischer Behandlungspflege zu versorgen. Diese Voraussetzungen sind nur erfüllt, wenn die bauliche und technische Infrastruktur die Durchführung der Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse ermöglicht. Hierzu gehört auch der Einsatz und die Vorhaltung einer angemessenen Sachausstattung mit Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln. Gleichwohl haben die Heimbewohner gemäß § 33 SGB V einen Anspruch auf die individuelle Versorgung mit Hilfsmitteln zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Das Bundessozialgericht (BSG) hat am 10. Februar 2000 in vier Entscheidungen¹ dazu Stellung genommen, unter welchen Voraussetzungen Hilfsmittel bei vollstationärer Pflege grundsätzlich zur Ausstattung eines Pflegeheims zählen bzw. die Leistungspflicht der Krankenkasse nach § 33 SGB V besteht. Um eine einheitliche Rechtsanwendung in der Praxis sicherzustellen, hatte sich eine mit Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit, der Länder und der Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen besetzte Arbeitsgruppe mit den Auslegungsfragen befasst und in dem Abgrenzungskatalog vom 31. August 2001 die Finanzierungszuständigkeit für die verschiedenen Hilfsmittelarten bei stationärer Pflege abgestimmt. Das Gremium nach § 213 Abs. 2 SGB V hat am 22. März 2002 den Katalog zur Anwendung empfohlen.

Angesichts der zwischenzeitlich ergangenen weiteren BSG-Rechtsprechung² haben die Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen den Abgrenzungskatalog gemäß den nachstehenden Grundsätzen zur Hilfsmittelversorgung in Pflegeheimen überarbeitet. Das Gremium nach § 213 Abs. 2 SGB V hat diesen am 14. März 2003 verabschiedet. Dieser löst den Abgrenzungskatalog vom 31. August 2001 ab.

2. Grundsätze zur Hilfsmittelversorgung in Pflegeheimen

2.1 Allgemeines

Die Abgrenzung der Leistungspflicht für notwendige Hilfsmittel bei Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen kann nicht allgemeinverbindlich und rein produktspezifisch vorgenommen werden. Vielmehr ist in der Praxis jeder einzelne Versorgungsfall insbesondere auch unter Berücksichtigung der Einrichtungsstruktur und der Bewohnerklientel der stationären Pflegeeinrichtung individuell zu prüfen.

2.2 Zuständigkeit der stationären Pflegeeinrichtung

- Vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben die im Rahmen des üblichen Pflegebetriebs notwendigen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel bereitzustellen, weil sie aufgrund des Versorgungsauftrags verpflichtet sind, die Pflegebedürftigen nach dem allgemein anerkannten

¹ Vgl. BSG-Urteile vom 10. Februar 2000 - B 3 KR 24/99 R; B 3 KR 25/99 R; B 3 KR 26/99 R und B 3 KR 28/99 R

² Vgl. BSG-Urteile vom 6. Juni 2002 - B 3 KR 67/01 R und B 3 KR 5/02 R sowie BSG-Urteil vom 24. September 2002 - B 3 KR 15/02 R

Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse ausreichend und angemessen zu pflegen.

- Die Zuständigkeit der stationären Pflegeeinrichtung ist gegeben, sofern es sich um Produkte handelt, die zur üblichen Ausstattung (Inventar) eines Pflegeheims zählen und/oder der Erfüllung des Versorgungsauftrages entsprechend der konzeptionellen Ausrichtung des Pflegeheimes dienen.
- Hilfsmittel, die der Durchführung der Grundpflege oder der hauswirtschaftlichen Versorgung dienen, sind vom Pflegeheim vorzuhalten.
- Die Leistungspflicht der GKV entsteht nicht erst, wenn es um die Behandlung einer akuten Erkrankung bzw. den Ausgleich einer Behinderung geht, sondern - zeitlich begrenzt für die notwendige Dauer gemäß dem ärztlichen Behandlungskonzept - stets, wenn nach ärztlicher Einschätzung die Entstehung einer Erkrankung oder Behinderung ohne den Einsatz eines speziellen Hilfsmittels konkret und unmittelbar droht. Sofern allerdings Hilfsmittel allein zur Prophylaxe eingesetzt werden, steht der Aspekt der Pflege ganz im Vordergrund mit der Konsequenz, dass die Zuständigkeit der stationären Pflegeeinrichtung besteht. Hilfsmittel, die allgemein der Prophylaxe dienen, sind vom Pflegeheim vorzuhalten.
- Art und Umfang der Ausstattung mit Hilfsmitteln bzw. Pflegehilfsmitteln richten sich nach der Bewohnerstruktur und dem zu erwartenden Versorgungsbedarf. In diesem Sinne hat das BSG deutlich herausgestellt, dass der Heimträger dafür einzustehen hat, dass jedem Heimbewohner die für ihn erforderlichen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel vom Heim bereitgestellt werden müssen.
- Produkte, die von den Bewohnern gemeinsam genutzt werden, fallen regelmäßig in die Zuständigkeit der stationären Pflegeeinrichtung.

2.3 Zuständigkeit der GKV

- Die Leistungspflicht der GKV gemäß § 33 SGB V ist nicht bereits deshalb ausgeschlossen, weil sich der Versicherte in einem Pflegeheim befindet und dort stationär gepflegt wird. Die Leistung umfasst nicht alle Gegenstände, die dem Ausgleich der Behinderung dienen. Besteht der Verwendungszweck des Hilfsmittels ganz überwiegend darin, die Durchführung der Pflege zu ermöglichen oder zu erleichtern, so begründet der damit evtl. auch erreichbare Behinderungsausgleich noch nicht die Leistungspflicht der GKV.
- Individuell angepasste, nur für den Einzelnen bestimmte und verwendbare Hilfsmittel (z.B. Brillen, Hörgeräte, Prothesen) fallen in die Zuständigkeit der GKV. Dazu gehören nur als Einzelstück handwerklich angefertigte, auf die Krankheit bzw. Behinderung angepasste Hilfsmittel, also nicht Serienfabrikate, die auf bestimmte körperliche Gegebenheiten (z. B. die Körpergröße) einstellbar sind.
- Hilfsmittel, die der Durchführung der Behandlungspflege dienen, fallen grundsätzlich in die Leistungspflicht der GKV. Dies gilt zeitlich begrenzt auch für die unmittelbare Nachsorge.
- Hilfsmittel, die der Befriedigung eines allgemeinen Grundbedürfnisses (z. B. Kommunikation, Mobilität) dienen und regelmäßig außerhalb des Pflegeheims genutzt werden, fallen in die Zuständigkeit der GKV. Für Hilfsmittel die innerhalb des Heimes genutzt werden, gilt

dies nur, wenn Wege und Aufenthaltsorte selbst bestimmt und die Hilfsmittel vom Versicherten selbstständig genutzt werden.

- Für die im Pflegehilfsmittelverzeichnis gelisteten Produkte der Produktgruppen 50 bis 54 besteht keine Leistungspflicht der GKV.

2.4 Zuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung

Die Pflegekassen sind lediglich für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln im häuslichen Bereich zuständig, da der § 40 SGB XI in der Systematik des SGB XI den Leistungen bei häuslicher Pflege zugeordnet ist. Die Begrenzung auf die häusliche Pflege ist sachgerecht, weil Pflegehilfsmittel im Pflegeheim wegen der dort vorhandenen Ausstattung regelmäßig nicht mehr benötigt werden. Eine Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel durch die soziale Pflegeversicherung ist für Pflegeheimbewohner nicht möglich.

2.5 Folgekosten

Die ggf. entstehenden Kosten für Zubehörteile und Verbrauchsmaterialien zu Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln sowie für Reparaturen und Wartungen sind dem Leistungsträger zuzuordnen, der auch das Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel (Basisprodukt) finanziert hat.

2.6 Rückgabe

Die von der GKV leihweise zur Verfügung gestellten Hilfsmittel sind nach dem Wegfall der medizinischen Notwendigkeit unverzüglich für den Kostenträger bereitzustellen bzw. an den Kostenträger zurückzugeben.

3. Spezialisierte Einrichtungen

Bei der Beurteilung des Versorgungsumfangs der Pflegeheime wird von Einrichtungen ausgegangen, die einen Kreis von Heimbewohnern mit unterschiedlichen pflegebegründenden Krankheiten oder Behinderungen sowie entsprechend differenzierten Pflegeklassen versorgen. Einzelne Pflegeheime spezialisieren sich auf die Versorgung eines jeweils eng definierten Kreises von Pflegebedürftigen (z. B. Apalliker/Wachkomapatienten, Gehörlose, Blinde oder hochgradig Sehbehinderte, Suchtkranke, Beatmungspatienten, Multiple-Sklerose-Erkrankte) und vereinbaren dies in den Versorgungsverträgen nach § 72 SGB XI.

Aus diesem Grunde kann die Abgrenzung der Leistungspflicht für notwendige Hilfsmittel bei Heimbewohnern nicht allgemeinverbindlich und rein produktspezifisch vorgenommen werden. Vielmehr ist in der Praxis jeder einzelne Versorgungsfall insbesondere auch unter Berücksichtigung der Einrichtungsstruktur und Bewohnerklientel der stationären Einrichtung individuell zu prüfen. Hierbei sind die Versorgungsverträge bzw. die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen heranzuziehen. Die Leistungspflicht der GKV ist nicht gegeben, sofern es sich um Produkte handelt, die zur üblichen Ausstattung (Inventar) des Heims zählen und/oder der Erfüllung des Versorgungsauftrags entsprechend der konzeptionellen Ausrichtung des Heims und der dafür erforderlichen Sachausstattung dienen. So können z.B. in einem Pflegeheim für Blinde auch

Blindenhilfsmittel der Produktgruppe 07 des Hilfsmittelverzeichnisses wie Blindenleitgeräte oder Geräte zur Schriftumwandlung zur Heimausstattung gehören.

4. Vollstationäre Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Vollstationäre Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne der §§ 43a und 71 Abs. 4 SGB XI erfüllen sehr unterschiedliche Aufgaben, dienen unterschiedlichen Benutzerkreisen mit dementsprechenden Gestaltungskonzepten und haben daher auch in sächlicher Hinsicht eine sehr unterschiedliche Ausstattung. In der Regel steht im Vordergrund des Einrichtungszwecks die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen; die Pflege wird nur am Rande mit durchgeführt. Es ist daher bei derartigen Einrichtungen abhängig vom *Pflegeprofil* eine Beurteilung unter Anwendung der für stationäre Pflegeeinrichtungen/Pflegeheime geltenden Grundsätze vorzunehmen.

Hilfsmittelversorgung von Pflegeheimbewohnern

	GKV	Pflegeheim	Bemerkungen
Absauggeräte (Produktgruppe 01)			
Sekret-Absauggeräte, netzabhängig (01.24.01)	X	(X)	<p>Absauggeräte, die ausschließlich von einem Versicherten genutzt werden, dienen der Unterstützung und der Durchführung der Behandlungspflege. Für sie kommt eine Leistungspflicht der GKV in Betracht.</p> <p>(Für spezialisierte stationäre Pflegeeinrichtungen kann entsprechend dem Versorgungsvertrag die Finanzierungszuständigkeit des Heimes für Absauggeräte in Betracht kommen.)</p>
Sekret-Absauggeräte, netzunabhängig (01.24.02)	X	(X)	
Sekret-Absauggeräte mit Inhalator, netzabhängig (01.24.03)	X	(X)	
Sekret-Absauggeräte mit Inhalator, netzunabhängig (01.24.04)	X	(X)	
Adaptionshilfen (Produktgruppe 02)			
Anziehhilfen (02.40.01)		X	<p>Die Ernährung, das An- und Auskleiden und die Körperpflege sind primäre Verrichtungen im Rahmen der Grundpflege. Hilfsmittel zur Unterstützung dieser Maßnahmen dienen ganz überwiegend der Durchführung bzw. der Erleichterung der Pflege. Sie kommen daher als Leistung der GKV grundsätzlich nicht in Betracht.</p>
Ess-/Trinkhilfen (02.40.02)		X	
Rutschfeste Unterlagen (02.40.03)		X	<p>Die Nutzung von Greif-, Schreib- und Lesehilfen ausschließlich durch jeweils einen Versicherten dient dagegen überwiegend dem Krankheits- und Behinderausgleich und begründet daher grundsätzlich die Leistungspflicht der GKV.</p>
Greifhilfen (02.40.04)	X		
Halter/Halterungen/Greifhilfen für Produkte zur Körperhygiene (02.40.05)		X	

Hilfsmittelversorgung von Pflegeheimbewohnern

	GKV	Pflegeheim	Bemerkungen
Schreibhilfen (02.40.06)	X		Bedienungssensoren und Umfeldkontrollgeräte für elektrische Geräte passen das Wohnumfeld an die Bedürfnisse des Versicherten an, nicht aber den Versicherten an die Erfordernisse der Umwelt. Zur Durchführung einer adäquaten Pflege ist es Grundvoraussetzung, dass die baulichen und technischen Gegebenheiten die Erfüllung des Versorgungsauftrags ermöglichen. Daher kommt eine Leistungspflicht der GKV nicht in Betracht.
Lesehilfen (02.40.07)	X		
Druck-/Berührungssensible Bedienungssensoren für elektrische Geräte (02.99.01)		X	
Bewegungssensible Bedienungssensoren für elektrische Geräte (02.99.02)		X	
Lichtsensible Bedienungssensoren für elektrische Geräte (02.99.03)		X	
Schaltsensible Bedienungssensoren für elektrische Geräte (02.99.04)		X	
Umfeldkontrollgeräte für elektrische Geräte (02.99.05)		X	

Hilfsmittelversorgung von Pflegeheimbewohnern

	GKV	Pflegeheim	Bemerkungen
Applikationshilfen (Produktgruppe 03)	X	(X)	Applikationshilfen, die ausschließlich von einem Versicherten genutzt werden, dienen – sofern die medizinische Indikation vorliegt - der Unterstützung und der Durchführung der Behandlungspflege. Für sie kommt eine Leistungspflicht der GKV in Betracht. (Für spezialisierte stationäre Pflegeeinrichtungen kann entsprechend dem Versorgungsvertrag die Finanzierungszuständigkeit des Heimes für Applikationshilfen in Betracht kommen.)
Badehilfen (Produktgruppe 04)		X	
Bandagen (Produktgruppe 05)	X		
Bestrahlungsgeräte (Produktgruppe 06)	X		
Blindenhilfsmittel (Produktgruppe 07)	X	(X)	(Für spezialisierte stationäre Pflegeeinrichtungen kann entsprechend dem Versorgungsvertrag die Finanzierungszuständigkeit des Heimes für Blindenhilfsmittel in Betracht kommen.)
Einlagen (Produktgruppe 08)	X		
Elektrostimulationsgeräte (Produktgruppe 09)	X		

Hilfsmittelversorgung von Pflegeheimbewohnern

	GKV	Pflegeheim	Bemerkungen
Gehhilfen (Produktgruppe 10)			
Gehgestelle (10.46.01)	X	X	Die für den üblichen Betrieb notwendigen Gehhilfen (Nutzung durch mehrere Bewohner) gehören zur Ausstattung eines Pflegeheims.
Gehwagen (10.46.02)	X	X	Gehhilfen, die ausschließlich von einem Versicherten innerhalb des Pflegeheims genutzt werden, fallen in die Leistungspflicht der GKV, wenn dem Versicherten dadurch eine selbständige Mobilität ermöglicht wird.
Gehübungsgeräte (10.46.03)		X	Gehhilfen, die der Befriedigung eines allgemeinen Grundbedürfnisses außerhalb des Pflegeheims dienen, fallen in die Leistungspflicht der GKV.
Hand-/Gehstöcke (10.50.01)	X	X	
Unterarmgehstützen (10.50.02)	X	X	Gehübungsgeräte erleichtern die aktivierende Pflege und begründen daher keine Leistungspflicht der GKV.
Achselstützen (10.50.03)	X	X	
Fahrbare Gehhilfen (10.50.04)	X	X	
Sonstige Gehhilfen (10.99.02)	X	X	

Hilfsmittelversorgung von Pflegeheimbewohnern

	GKV	Pflegeheim	Bemerkungen
Hilfsmittel gegen Dekubitus (Produktgruppe 11)			
Fersenschützer (11.03.01)	X	X	Der Entstehung eines Druckgeschwürs kann nach medizinisch-pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen in der Regel durch bewegungsfördernde Maßnahmen entgegen gewirkt werden.
Ellenbogenschützer (11.08.01)	X	X	Aufgrund ihres Versorgungsauftrags hat die stationäre Pflegeeinrichtung eine qualifizierte Pflege sicherzustellen und Dekubitalgeschwüre soweit wie möglich zu verhindern.
Sitzhilfen zur Vorbeugung (11.11.01)		X	
Sitzhilfen zur Be- und Nachbehandlung (11.11.02)	X		Hilfsmittel gegen Dekubitus gleichen in einem bestimmten Umfang eine Behinderung aus oder beugen dem Eintritt von Dekubitalgeschwüren vor. Sie begründen aber keine Leistungspflicht der GKV, wenn sie zur Prophylaxe oder zur Weichlagerung eingesetzt werden.
Liegehilfen zur Vorbeugung (11.11.03)		X	Die Leistungspflicht der GKV tritt ein, sobald nach ärztlicher Feststellung ein Dekubitalgeschwür akut bzw. im Rahmen der Nachsorge behandelt wird oder ohne den Einsatz des Hilfsmittels dessen Eintritt konkret oder unmittelbar droht. Der Einsatz von – Hilfsmitteln gegen Dekubitus erfolgt zeitlich begrenzt im Rahmen des ärztlichen Behandlungskonzepts.
Liegehilfen zur Be- und Nachbehandlung (11.11.04)	X		

Hilfsmittelversorgung von Pflegeheimbewohnern

	GKV	Pflegeheim	Bemerkungen
Hilfsmittel bei Tracheostoma (Produktgruppe 12)	X	(X)	(Für spezialisierte stationäre Pflegeeinrichtungen kann entsprechend dem Versorgungsvertrag die Finanzierungszuständigkeit des Heimes für Hilfsmittel bei Tracheostoma in Betracht kommen.)
Hörhilfen (Produktgruppe 13)	X		
Inhalations- und Atemtherapiegeräte (Produktgruppe 14)	X	(X)	<p>Inhalations- und Atemtherapiegeräte, die ausschließlich von einem Versicherten genutzt werden, dienen der Unterstützung und der Durchführung der Behandlungspflege. Für sie kommt eine Leistungspflicht der GKV in Betracht.</p> <p>(Für spezialisierte stationäre Pflegeeinrichtungen kann entsprechend dem Versorgungsvertrag die Finanzierungszuständigkeit des Heimes für Inhalations- und Atemtherapiegeräte in Betracht kommen.)</p>

Hilfsmittelversorgung von Pflegeheimbewohnern

	GKV	Pflegeheim	Bemerkungen
Inkontinenzhilfen (Produktgruppe 15) Außer: Sonstige Hilfsmittel zur Inkontinenztherapie (15.25.19)	X X	X	<p>Die Leistungspflicht der GKV ist gegeben, wenn der Einsatz der Inkontinenzhilfen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ medizinisch indiziert (in der Regel ärztliche Feststellung) und ▪ im Einzelfall erforderlich ist und ▪ den Versicherten in die Lage versetzt, Grundbedürfnisse des täglichen Lebens zu befriedigen. <p>Erfolgt der Einsatz der Inkontinenzhilfen aus anderen Gründen, z.B. zur Pflegeerleichterung, hat das Pflegeheim die Kosten zu tragen.</p>
Kommunikationshilfen (Produktgruppe 16) Außer: Signalanlagen (16.99.09)	X	X	
Hilfsmittel zur Kompressionstherapie (Produktgruppe 17)	X		

Hilfsmittelversorgung von Pflegeheimbewohnern

	GKV	Pflegeheim	Bemerkungen
Krankenfahrzeuge (Produktgruppe 18)			
Zimmerrollstühle (18.46.01)	X	X	Die für den üblichen Betrieb erforderlichen Krankenfahrzeuge (Nutzung durch mehrere Bewohner) oder die der Durchführung der Grundpflege (z. B. Maßnahmen zur Unterstützung der Ausscheidung und Körperhygiene) oder Transportmaßnahmen innerhalb des Pflegeheims dienen, gehören zur Ausstattung eines Pflegeheims. Krankenfahrzeuge, die ausschließlich von einem Versicherten innerhalb des Pflegeheims genutzt werden, fallen in die Leistungspflicht der GKV, wenn dem Versicherten dadurch eine selbständige Mobilität ermöglicht wird. Krankenfahrzeuge, die der Befriedigung eines allgemeinen Grundbedürfnisses außerhalb des Pflegeheims dienen, fallen in die Leistungspflicht der GKV. Treppenfahrzeuge passen das Wohnumfeld an die Bedürfnisse des Versicherten an, nicht aber den Versicherten an die Erfordernisse der Umwelt. Zur Durchführung einer adäquaten Pflege ist es Grundvoraussetzung, dass die baulichen und technischen Gegebenheiten die Erfüllung des Versorgungsauftrags ermöglichen. Daher kommt eine Leistungspflicht der GKV nicht in Betracht.
Toilettenrollstühle (18.46.02)		X	
Duschrollstühle (18.46.03)		X	
Schieberollstühle (18.50.01)		X	
Rollstühle mit Greifreifenantrieb (18.50.02)	X	X	
Aktivrollstühle (18.50.03)	X		
Rollstühle mit Hebelantrieb (18.51.01)	X		
Treppenfahrzeuge (18.65.01)		X	
Krankenpflegeartikel (Produktgruppe 19)		X	Krankenpflegeartikel ermöglichen die Grundpflege bzw. erleichtern die Pflege. Sie gehören somit zur Ausstattung eines Pflegeheims.
Lagerungshilfen (Produktgruppe 20)	X	X	Bei der fachgerechten Lagerung zur Vermeidung von

Hilfsmittelversorgung von Pflegeheimbewohnern

	GKV	Pflegeheim	Bemerkungen
			<p>Sekundärerkrankungen (z. B. durch Lagerungskissen) handelt es sich um eine primäre Verrichtung im Rahmen der Grundpflege bzw. der allgemeinen Prophylaxe. Lagerungshilfen zur Unterstützung dieser Maßnahmen dienen ganz überwiegend der Durchführung bzw. der Erleichterung der Pflege. Sie kommen daher als Leistung der GKV grundsätzlich nicht in Betracht.</p> <p>Lagerungshilfen, die ausschließlich von einem Versicherten genutzt werden, dienen – sofern die medizinische Indikation vorliegt - der Unterstützung und der Durchführung der Behandlungspflege. Die Leistungspflicht der GKV ist daher gegeben, wenn der Einsatz der Lagerungshilfe</p> <ul style="list-style-type: none">▪ medizinisch indiziert (in der Regel ärztliche Feststellung) und▪ im Einzelfall erforderlich ist und▪ therapeutischen Zwecken dient.

Hilfsmittelversorgung von Pflegeheimbewohnern

	GKV	Pflegeheim	Bemerkungen
Messgeräte für Körperzustände/-funktionen (Produktgruppe 21)			Die für den üblichen Betrieb (routinemäßige Pflegemaßnahmen) notwendigen Messgeräte gehören zur Ausstattung einer stationären Pflegeeinrichtung.
Blutdruckmessgeräte (21.28.01)	X	X	
Blutzuckermessgeräte (21.34.02)	X	X	Bei einer Nutzung von Messgeräten ausschließlich jeweils durch einen Versicherten - z.B. zur ständigen Anpassung der Medikation - kommt die Leistungspflicht der GKV Betracht.
Personenwaagen (21.99.01)		X	
Mobilitätshilfen (Produktgruppe 22)		X	Mobilitätshilfen ermöglichen die Grundpflege (Lagern, Transfer, Mobilisation) bzw. erleichtern die Pflege. Sie gehören somit zur Ausstattung einer stationären Pflegeeinrichtung.
Orthesen (Produktgruppe 23)	X		
Prothesen (Produktgruppe 24)	X		
Sehhilfen (Produktgruppe 25)	X		
Sitzhilfen (Produktgruppe 26)	X		
Sprechhilfen (Produktgruppe 27)	X		
Stehhilfen (Produktgruppe 28)		X	
Stomaartikel (Produktgruppe 29)	X		

Hilfsmittelversorgung von Pflegeheimbewohnern

	GKV	Pflegeheim	Bemerkungen
Schienen (Produktgruppe 30)	X		
Schuhe (Produktgruppe 31)	X		
Therapeutische Bewegungsgeräte (Produktgruppe 32)	X		
Toilettenhilfen (Produktgruppe 33)		X	Toilettenhilfen ermöglichen die Grundpflege (Ausscheidung, Körperpflege und Hygiene) bzw. erleichtern die Pflege. Sie gehören somit zur Ausstattung eines Pflegeheims.
Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege (Produktgruppe 50)		X	Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege zählen zur Ausstattung eines Pflegeheims.
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege (Produktgruppe 51)		X	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege ermöglichen die Grundpflege (Körperpflege und Hygiene) bzw. erleichtern die Pflege. Sie gehören somit zur Ausstattung eines Pflegeheims.
Pflegehilfsmittel zur selbständigen Lebensführung/Mobilität (Produktgruppe 52)		X	Zur Durchführung einer adäquaten Pflege ist es Grundvoraussetzung, dass die baulichen und technischen Gegebenheiten die Erfüllung des Versorgungsauftrags ermöglichen. Nach den Vorschriften des Heimrechts müssen Räume, in denen Pflegebedürftige untergebracht sind, mit einer Rufanlage ausgestattet sein, die von jedem Bett aus bedient werden kann. Sie gehören somit zur Ausstattung eines Pflegeheims.

Hilfsmittelversorgung von Pflegeheimbewohnern

	GKV	Pflegeheim	Bemerkungen
Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden (Produktgruppe 53)		X	Lagerungsrollen dienen der Unterstützung von Entlastungslagerungen und Lageveränderungen sowie der Stabilisierung von Lagepositionen immobiler Versicherter. Hierdurch wird die Pflege erleichtert. Sie zählen zur Ausstattung eines Pflegeheims.
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 54)		X	Diese Produkte zählen aus hygienischen Gründen zur Ausstattung einer stationären Pflegeeinrichtung.