

**Rahmenempfehlungen
zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der
Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln
gemäß § 127 Absatz 9 SGB V
vom 19.11.2019**

des

Spitzenverbands Bund der Krankenkassen, Berlin

– im Folgenden GKV-Spitzenverband genannt –

und

der für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene*

- Bundesfachverband Elektronische Hilfsmittel für Behinderte e. V., Hamm
- Bundesinnung der Hörakustiker KdÖR, Mainz
- Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik, Dortmund
- Bundesverband der Rehabilitationslehrer/-lehrerinnen für Blinde und Sehbehinderte e. V., Kernen-Stetten, Leipzig
- Bundesverband der Zweithaar-Spezialisten e. V., Rosenfeld
- Bundesverband Medizintechnologie e. V., Berlin
- Deutscher Apothekerverband e. V., Berlin
- SPECTARIS - Deutscher Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien e. V., Berlin
- Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen, Bundesinnungsverband, Düsseldorf
- Zentralverband Orthopädieschuhtechnik, Hannover

– im Folgenden Leistungserbringerverbände genannt –

* Es handelt sich hierbei um die in der Verfügung der Schiedsperson vom 28. Februar 2019 als für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene anerkannten Verbände im Sinne des § 127 Absatz 9 Satz 1 SGB V.

Inhalt

§ 1 Präambel	3
§ 2 Inhalte und Partner der Rahmenempfehlungen	3
§ 3 Datenschutz	3
§ 4 Elektronischer Kostenvoranschlag	4
§ 5 Beratungsdokumentation nach § 127 Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V	4
§ 6 Mehrkostendokumentation nach § 127 Absatz 5 Satz 5 SGB V	4
§ 7 Vereinheitlichung von vertraglich geforderten Erhebungsbögen	5
§ 8 Vertragssauschuss Rahmenempfehlungen	6
§ 9 Kündigung	6
§ 10 Salvatorische Klausel	7
§ 11 Inkrafttreten	7
Anhang: Rechtsgrundlage und Gesetzesbegründung	8
Anlagen 1 und 2	9/10

§ 1

Präambel

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene (Leistungserbringerverbände) vereinbaren gemeinsam diese Rahmenempfehlungen mit dem Ziel, die Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln zu vereinfachen und zu vereinheitlichen. Die Regelungen der Rahmenempfehlungen sind den Verträgen nach § 127 Absätze 1 – 3 SGB V zu Grunde zu legen.

§ 2

Inhalte und Partner der Rahmenempfehlungen

- (1) Zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln sind Empfehlungen zu folgenden Themen enthalten:
 - Datenschutz
 - Elektronischer Kostenvoranschlag
 - Beratungsdokumentation nach § 127 Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V
 - Mehrkostendokumentation nach § 127 Absatz 5 Satz 5 SGB V
 - Vereinheitlichung von vertraglich geforderten Erhebungsbögen
 - Vertragsausschuss Rahmenempfehlungen
 - Kündigung
 - Salvatorische Klausel
 - Inkrafttreten

- (2) Rahmenempfehlungspartner sind der GKV-Spitzenverband und die Gesamtheit der für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene.

§ 3

Datenschutz

Die gesetzlichen Vorschriften für den Datenschutz sind zu beachten. Soweit aus datenschutzrechtlichen Gründen die Notwendigkeit besteht, produktspezifisch besondere Regelungen zum Datenschutz zu treffen, kann dies in den Verträgen nach § 127 Absatz 1 und 3 SGB V ergänzend einvernehmlich vereinbart werden.

§ 4

Elektronischer Kostenvoranschlag

Die Krankenkassen sehen maximal drei Jahre nach Inkrafttreten der Rahmenempfehlungen eine offene Schnittstelle für die Abwicklung eines elektronischen Kostenvoranschlags vor, für den sich Dienstleister zulassen lassen können. Die Leistungserbringer verpflichten sich, maximal drei Jahre nach Inkrafttreten der Rahmenempfehlung Kostenvoranschläge nur noch elektronisch abzugeben.

§ 5

Beratungsdokumentation nach § 127 Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V

Für die Dokumentation der Beratung nach § 127 Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V wird das als Anlage 1 beigefügte Formular verwendet, soweit in Verträgen nichts Anderes geregelt ist. Insbesondere können die Vertragspartner in Verträgen nach § 127 Absatz 1 und 3 SGB V miteinander vereinbaren, bei der Versorgung innerhalb des Sachleistungssystems auf die schriftliche Dokumentation der Beratung und die Bestätigung durch den Versicherten in bestimmten Fällen zu verzichten. Dies können zum Beispiel Versorgungsleistungen unterhalb bestimmter Wertgrenzen, Versorgungsleistungen aufgrund von Folgeverordnungen oder auch Versorgungsleistungen sein, bei denen die Krankenkasse auf eine Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet hat. Die Anlage 1 ist Bestandteil dieser Rahmenempfehlungen.

§ 6

Mehrkostendokumentation nach § 127 Absatz 5 Satz 5 SGB V

Für die Dokumentation der Information nach § 127 Absatz 5 Satz 5 SGB V wird das als Anlage 2 beigefügte Formular verwendet, soweit in Verträgen nichts Anderes geregelt ist. Die Anlage 2 ist Bestandteil dieser Rahmenempfehlungen.

§ 7

Vereinheitlichung von vertraglich geforderten Erhebungsbögen

- (1) Zu folgenden Produktgruppen (PG) oder Versorgungsbereichen sind/werden einheitliche Bedarfserhebungsbögen erstellt:
- PG 07 „Blindenhilfsmittel
 - PG 11 „Hilfsmittel gegen Dekubitus“
 - PG 14 „Inhalations- und Atemtherapiegeräte“, ohne Schlafapnoetherapieversorgung
 - PG 16 „Kommunikationshilfen“
 - PG 15 „Inkontinenzhilfen“
 - PG 17 „Hilfsmittel zur Kompressionstherapie“, nur Narben- und lymphatische Versorgung
 - PG 18 „Kranken-/Behindertenfahrzeuge inkl. Pflegerollstühle der PG 50 „Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege“
 - PG 23 „Orthesen/Schienen“
 - PG 24 „Beinprothesen“
 - PG 26 „Sitzhilfen“
 - PG 29 „Stoma-Artikel“
 - PG 31 „Schuhe“, nur Diabetikerversorgung
 - PG 38 „Armprothesen“
- (2) Die Erhebungsbögen werden im Rahmen von Fortschreibungsverfahren gemäß § 139 SGB V des Hilfsmittelverzeichnisses erstellt. Ergänzungen zu den Bedarfserhebungsbögen können zwischen den Vertragspartnern nach § 127 Absatz 1 und 3 SGB V einvernehmlich vereinbart werden. Bei Produktgruppen/Versorgungsbereichen, für die keine Bedarfserhebungsbögen ins Hilfsmittelverzeichnis eingestellt sind, können bei Bedarf einvernehmlich entsprechende Bedarfserhebungsbögen vereinbart werden.

§ 8

Vertragsausschuss Rahmenempfehlungen

- (1) Zur Weiterentwicklung der Rahmenempfehlungen bilden die Rahmenempfehlungspartner (§ 1 Absatz 2) einen „Vertragsausschuss Rahmenempfehlungen“.
- (2) Der Vertragsausschuss behandelt Fragen der Auslegung und Anpassung der Rahmenempfehlungen und erstellt Vorschläge für die Rahmenempfehlungspartner. Das schließt die in § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 SGB V geregelten Fragen der Abrechnung mit ein. Die Vorschläge des Vertragsausschusses werden den Rahmenempfehlungspartnern zur weiteren Entscheidung vorgelegt.
- (3) Der „Vertragsausschuss Rahmenempfehlungen“ besteht aus Vertretern des GKV-Spitzenverbandes und Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene (§ 127 Absatz 9 Satz 1 SGB V) in gleicher Zahl. Es kann sich dabei um alternierende Mitglieder handeln.
- (4) Der Vertragsausschuss tritt auf Einladung eines Rahmenempfehlungspartners innerhalb von sechs Wochen nach der Einladung zusammen. Der Einladung sind eine Beratungsunterlage mit Sachverhaltsdarstellung, Begründung und Lösungsvorschlag sowie drei Terminvorschläge beizufügen. Alternative Sitzungsformen (z. B. Telefon- oder Videokonferenz) sind möglich. Die Rahmenempfehlungspartner streben nicht mehr als drei Sitzungen pro Jahr an. Ein Ergebnisprotokoll wird in der Sitzung erstellt und abgestimmt.

§ 9

Kündigung

- (1) Die Regelungen können von jedem Rahmenempfehlungspartner mit einer Frist von sechs Monaten gekündigt werden. Haben sich seit Inkrafttreten des Vertrages mindestens 50 % der ursprünglichen Rahmenempfehlungspartner auf Leistungserbringerseite durch Kündigung von der Vereinbarung gelöst, gelten diese Empfehlungen insgesamt als aufgekündigt.
- (2) Die gekündigten Regelungen gelten bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung, maximal jedoch sechs Monate weiter. Nachdem ein Rahmenempfehlungspartner nach oder zeitgleich mit der Kündigung schriftlich zu Verhandlungen aufgefordert hat, verpflichten sich alle Rahmenempfehlungspartner, unverzüglich Verhandlungen aufzunehmen.

§ 10

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Rahmenempfehlungen nichtig sein, oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der Rahmenempfehlungen im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Rahmenempfehlungspartner unverzüglich über die notwendigen Neuregelungen.

§ 11

Inkrafttreten

Diese Rahmenempfehlungen treten am 01.02.2020 in Kraft. Die in diesen Rahmenempfehlungen getroffenen Festlegungen und Regelungen gelten für die Hilfsmittelverträge nach § 127 Absätze 1 – 3 SGB V, die nach Inkrafttreten dieser Rahmenempfehlungen geschlossen oder angepasst werden oder denen beigetreten wird.

Anhang: Rechtsgrundlage und Gesetzesbegründung

Anlage 1: Beratungsdokumentation nach § 127 Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V

Anlage 2: Mehrkostendokumentation nach § 127 Absatz 5 Satz 5 SGB V

Anhänge: Rechtsgrundlage und Gesetzesbegründung

§ 127 Absatz 9 SGB V

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene geben bis zum 31. Dezember 2017 gemeinsam Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln ab. Kommt eine Einigung bis zum Ablauf der nach Satz 1 bestimmten Frist nicht zustande, wird der Empfehlungsinhalt durch eine von den Empfehlungspartnern nach Satz 1 gemeinsam zu benennende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Empfehlungspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene je zur Hälfte. In den Empfehlungen können auch Regelungen über die in § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 genannten Inhalte getroffen werden. § 139 Absatz 2 bleibt unberührt. Die Empfehlungen nach Satz 1 sind den Verträgen nach den Absätzen 1 und 3 zugrunde zu legen.

Gesetzesbegründung zu § 127 Absatz 6 SGB V a. F. (BT-Drucks. 17/6906, S. 85)

Die vorgesehenen Rahmenempfehlungen dienen dem Bürokratieabbau. Sie betreffen die Modalitäten der Durchführung² und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln und sollen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung insbesondere der administrativen Verfahren, einschließlich der erforderlichen Unterlagen, Formulare, Erklärungen und Bestätigungen, und zur Vermeidung unvermeidbarer Verzögerungen beitragen. Zukünftig können in den Empfehlungen (statt in den allein vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 festzulegenden Richtlinien) auch Regelungen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens und die Voraussetzungen und das Verfahren der Teilnahme an einer Abrechnung im Wege der elektronischen Datenübertragung getroffen werden. Dies betrifft zum Beispiel die Frage, ob in bestimmten Fällen neben der EDV-Abrechnung weitere Unterlagen zu übermitteln sind. Ein sinnvoller Leistungs- und Preiswettbewerb soll hierdurch im Übrigen nicht verhindert werden. Damit das angestrebte Ziel erreicht wird, müssen die Rahmenempfehlungen für die Versorgungsverträge nach den Absätzen 1, 2 und 3 maßgeblich sein.

² Durchführung bezieht sich hier nur auf formale bzw. administrative Aspekte und nicht auf die Dienstleistungs- und Qualitätsaspekte der Hilfsmittelversorgung, wie aus der Begründung des Änderungsantrages Nr. 29 (Nach Absatz 6 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt: „§ 139 Absatz 2 bleibt unberührt.“) hervorgeht: Um mögliche Überschneidungen mit dem Auftrag des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses auszuschließen, wird klargestellt, dass § 139 Absatz 2 unberührt bleibt. Regelungen zur Qualität der Versorgung, die im Hilfsmittelverzeichnis zu treffen sind, sollen nicht Gegenstand der Rahmenempfehlungen sein.

Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V Beratung des Versicherten vor Versorgung mit Hilfsmitteln

Versorgender Leistungserbringer:

Firmenstempel und IK

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Versicherte/r:

Name, Vorname

Versichertennummer oder Geburtsdatum

ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/ gesetzlicher Vertreter

Datum der Beratung:

Form des Beratungsgesprächs:

- persönliche Beratung in den Geschäftsräumen
 telefonische Beratung
 vor Ort Beratung (z. B. Hausbesuch, Krankenhaus, Pflegeheim)

Der o. g. Leistungserbringer hat

- mich persönlich und/oder
 meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)

vor der Übergabe des Hilfsmittels/der Hilfsmittel umfassend beraten, insbesondere darüber

- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und medizinisch notwendig sind,
- die ich ohne Mehrkosten erhalten kann und
- welche zusätzliche/n Leistung/en (die mit Versorgung im Zusammenhang stehenden Leistungen) wie z. B. notwendige Änderungen, Reparaturen des Hilfsmittels, Hinweise zum Gebrauch, für mich geeignet und notwendig sind.

Konkret für mich notwendig ist/sind folgende Hilfsmittel:

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Eine Kopie des Nachweises der Beratung habe ich auf meinen Wunsch hin erhalten.

Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r*

Beratende/r Mitarbeiter/in

Dokumentation gemäß § 127 Absatz 5 Satz 5 SGB V Mehrkostenerklärung des Versicherten zur Versorgung mit Hilfsmitteln

Versorgender Leistungserbringer:

Firmenstempel und IK

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Versicherte/r:

Name, Vorname

Versichertennummer oder Geburtsdatum

ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/ gesetzlicher Vertreter

Der o. g. Leistungserbringer hat mich persönlich und/oder
 meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)

vor der Übergabe des Hilfsmittels/der Hilfsmittel umfassend beraten.

Obwohl ich eine hinreichende Auswahl mehrkostenfreier individueller Versorgungsangebote erhalten habe, entscheide ich mich für folgendes Produkt und übernehme die Mehrkosten:

Bezeichnung: _____ Hilfsmittelpositionsnummer: _____

Die Mehrkosten betragen: _____ EUR

Mir ist bekannt, dass

- eine nachträgliche Erstattung der gezahlten Mehrkosten durch meine Krankenkasse nicht erfolgen kann und
- ich dadurch bedingte höhere Folgekosten, z. B. bei Reparaturen und Wartungen, selbst trage.

Ein Exemplar der Erklärung habe ich auf meinen Wunsch hin erhalten. Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r*

Beratende/r Mitarbeiter/in

*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben