Gemeinsamer Bundesausschuss

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie: Hilfsmittelversorgung für Menschen mit Behinderungen und spezifischen Bedarfen, Verordnungen im Rahmen der Fernbehandlung und weitere Änderungen

Vom 20. Februar 2025

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 20. Februar 2025 beschlossen, die Hilfsmittel-Richtlinie in der Fassung vom 21. Dezember 2011/15. März 2012 (BAnz AT 10.04.2012 B2), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 18. März 2021 (BAnz AT 15.04.2021 B3) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I. Die Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. § 1 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

   a) In Satz 1 wird die Angabe „Nr.“ durch das Wort „Nummer“ ersetzt.

   b) Folgende Sätze werden angefügt:

   „Dabei wird den besonderen Erfordernissen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung getragen. Gleiches gilt gemäß §§ 2a und 2b SGB V für die besonderen Belange chronisch kranker Menschen sowie geschlechts- und altersspezifischen Besonderheiten bei der Versorgung der Versicherten.“

2. In § 2 wird die Angabe „bzw.“ durch das Wort „beziehungsweise“ und die Angabe „z. B.“ durch die Wörter „zum Beispiel“ sowie die Spiegelstriche durch Nummern ersetzt.

3. § 3 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „können“ die Wörter „unbeschadet des § 33 Absatz 5a Satz 1 und Satz 3 SGB V“ und nach dem Wort „Krankenkassen“ die Wörter „durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte“ eingefügt.

      bb) Die Spiegelstriche werden durch Nummern ersetzt.

      cc) In der neuen Nummer 2 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt.

      dd) Die neue Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

      „3. eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen und dadurch auch die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe zu fördern, soweit es sich nicht um Leis-

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

tungen handelt, die anderen Leistungsträgern zuzuordnen sind (zum Beispiel Leistungen zur sozialen Teilhabe oder zur Teilhabe am Arbeitsleben),“.

ee) In der neuen Nummer 6 wird das Komma durch das Wort „oder“ ersetzt.

ff) In Satz 2 wird die Angabe „§ 26“ durch die Angabe „§ 42“ ersetzt.

gg) Folgende Sätze werden angefügt:

„Eine Behinderung, die einen Anspruch nach Satz 1 begründen kann, liegt nach § 2 Absatz 1 SGB IX vor, wenn Versicherte körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe im Sinne von Satz 1 Nummer 3 mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können und der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Versicherte sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 3 zu erwarten ist.“.

b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Eine Prüfung der Zuständigkeit erfolgt im Rahmen der Zuständigkeitsklärung durch den Leistungsträger, bei dem der Antrag gestellt wird.“.

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Die Spiegelstriche werden durch Nummern ersetzt.

bb) In der neuen Nummer 1 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt.

cc) Der neuen Nummer 2 wird das Wort „oder“ angefügt.

dd) Es wird folgende Nummer 3 angefügt:

„Leistungen nach dem SGB XIV (Soziale Entschädigung)“.

d) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Gemäß § 33 Absatz 1 Satz 3 SGB V hängt der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich bei stationärer Pflege nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist; die Pflicht der stationären Pflegeeinrichtungen zur Vorhaltung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die für den üblichen Pflegebetrieb jeweils notwendig sind, bleibt hiervon unberührt.“.

4. § 4 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird die Angabe „bzw.“ durch das Wort „beziehungsweise“ ersetzt.

b) In Absatz 3 wird die Angabe „z. B.“ durch die Wörter „zum Beispiel“ ersetzt.

5. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Der Überschrift werden die folgenden Wörter angefügt: „und Zusammenwirken weiterer Beteiligter“

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Gemäß § 275 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V kann die Krankenkasse in geeigneten Fällen vor Bewilligung eines Hilfsmittels durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist (§ 33 SGB V). Lässt die Krankenkasse den Medizinischen Dienst prüfen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist, hat dieser hierbei die Versicherte oder den Versicherten zu beraten.“.

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

c) Folgende Absätze 4 bis 7 werden angefügt:

„(4) Gemäß § 277 Absatz 1 Satz 2 SGB V hat der Medizinische Dienst der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt das Ergebnis seiner Begutachtung mitzuteilen, sofern dieses von der Verordnung abweicht.

(5) Gemäß § 277 Absatz 1 Satz 3 SGB V kann die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt nach der Mitteilung nach Absatz 4 mit Einwilligung der Versicherten die wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst anfordern; der Medizinische Dienst ist dann zur Übermittlung dieser Gründe verpflichtet.

(6) Die Vorgaben für das Zusammenwirken zwischen Vertragsärztin oder Vertragsarzt, der Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst gemäß Bundesmantelvertrag-Ärzte sind darüber hinaus zu beachten.

(7) Gemäß § 275 Absatz 5 SGB V sind die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes bei der Wahrnehmung ihrer fachlichen Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen. Sie sind nicht berechtigt, in die Behandlung und pflegerische Versorgung der Versicherten einzugreifen.“

6. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Regelungen dieser Richtlinie gelten entsprechend für Verordnungen in elektronischer Form.“.

b) Dem Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Zur Ermittlung des Bedarfs können Fremdbefunde oder, sofern vorhanden, ein Teilhabeplan herangezogen werden. Die Verordnung von Hilfsmitteln kann im Rahmen einer unmittelbar persönlichen oder mittelbar persönlichen Konsultation erfolgen. Eine mittelbar persönliche Konsultation kann nur per Videosprechstunde erfolgen. Die mittelbar persönliche Konsultation ist nur dann zulässig, wenn dies aus ärztlicher Sicht unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben vertretbar ist. Dies setzt insbesondere voraus, dass

1. der Gesundheitszustand der oder des Versicherten und die Feststellungen nach § 6 Absatz 3 der Vertragsärztin, dem Vertragsarzt oder einer anderen verordnungsberechtigten Person, die mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt gemeinschaftlich unter Zugriff auf die gemeinsame Patientendokumentation die oder den Versicherten behandelt, unmittelbar persönlich bekannt sind und

2. die Erkrankung eine Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde nicht ausschließt.

Sofern der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt eine hinreichend sichere Beurteilung der Verordnungsvoraussetzungen im Rahmen der Videosprechstunde nicht möglich ist, ist von einer Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde abzusehen und auf die Erforderlichkeit einer unmittelbar persönlichen Untersuchung durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt zu verweisen. Die oder der Versicherte ist im Vorfeld der Videosprechstunde über die eingeschränkten Möglichkeiten der Befunderhebung zum Zweck der Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde aufzuklären. Ein Anspruch auf die Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde besteht nicht. Die Verordnung nach einem vorherigen telefonischen Kontakt zwischen der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt und der oder dem Versicherten ist abweichend von

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Satz 4 ausnahmsweise zulässig, wenn die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt den aktuellen Gesundheitszustand sowie die Feststellungen nach § 6 Absatz 3 bereits im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Behandlung oder einer Videosprechstunde erhoben hat und keine weitere Ermittlung verordnungsrelevanter Informationen erforderlich ist. Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt hat sowohl im Rahmen der Videosprechstunde als auch im Rahmen des telefonischen Kontaktes die Authentifizierung der oder des Versicherten sicherzustellen.“.

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Die Angaben „(Fähigkeitsstörungen),“ werden durch die Angaben „und der Teilhabe gemäß § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sowie“ ersetzt.

bb) Die Spiegelstriche werden durch Nummern ersetzt und wie folgt neu sortiert:

„1. der Bedarf,
2. das Ziel,
3. die Prognose und
4. die Fähigkeit zur Nutzung“.

cc) In Satz 3 wird das Wort „Behandlungsziel“ durch das Wort „Versorgungsziel“ ersetzt.

d) In Absatz 5 werden nach dem Wort „Synergie“ die Angaben „oder eine relevante Verbesserung der Teilhabe im Sinne von § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3“ eingefügt.

e) In Absatz 8 werden nach dem Wort „wirtschaftlich“ die Angaben „oder zur Ermöglichung oder Verbesserung der Teilhabe im Sinne von § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 erforderlich“ eingefügt.

7. In § 6b Absatz 2 werden die Spiegelstriche durch Nummern ersetzt.

8. § 7 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 wird die Angabe „u. ä.“ durch die Wörter „und Ähnlichem“ ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Verordnung kann durch weitere, die Verordnung konkretisierende Unterlagen ergänzt werden.“.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Die Spiegelstriche werden durch Nummern ersetzt.

bb) Die neue Nummer 3 wird wie folgt geändert:

aaa) Die Angabe „z. B.“ wird durch die Wörter „zum Beispiel“ ersetzt.

bbb) Nach den Angaben „Zweckbestimmung,“ werden die Wörter „Funktionalität des Hilfsmittels“ sowie ein Komma eingefügt.

ccc) Nach dem Wort „funktionsgerechte“ wird das Wort „Auswahl“ und ein Komma eingefügt.

cc) Die neue Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

„erforderlichenfalls entsprechend der Gesamtbetrachtung nach § 6 Absatz 3 Satz 2 und 3 ergänzende versorgungsbegründende Hinweise auf spezifische Bedarfe (unter anderem die maßgeblichen Versorgungsziele, relevante Kontextfaktoren und Synergien sowie Ausführungen zu Funktionalitäten und wesentlichen Gebrauchsvorteilen und deren Auswirkungen auf die Versorgungsziele)“.

dd) Dem Satz 3 wird folgender Halbsatz angefügt:

„, damit diese bei der Entscheidung durch die Krankenkassen berücksichtigt werden können“.

c) In Absatz 3 werden die Angabe „7-stellige“ durch das Wort „siebenstellige“, die Angabe „10-stellige“ durch das Wort „zehnstellige“, die Wörter „verordnende Ärztin“ durch das Wort „Vertragsärztin“, die Wörter „verordnende Arzt“ durch das Wort „Vertragsarzt“ sowie die Angabe „10-stelligen“ durch das Wort „zehnstelligen“ ersetzt.

9. In § 8 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „ggf.“ durch das Wort „gegebenenfalls“ ersetzt.

10. Dem § 10 wird folgender Absatz angefügt:

„Handelt es sich bei der Hilfsmittelversorgung um eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation, kann die oder der Versicherte entsprechend der Voraussetzungen in § 19 Absatz 2 Satz 3 SGB IX die Erstellung eines Teilhabeplanes durch die Krankenkasse, wenn diese leistender Rehabilitationsträger ist, wünschen. In dem Teilhabeplanverfahren können auf Grund der festgestellten Bedarfe die Erforderlichkeit von Hilfsmitteln und soweit möglich die Eigenschaften des Hilfsmittels festgestellt und die Zuständigkeit der Rehabilitationsträger geklärt werden.“.

11. § 11a wird aufgehoben.

12. § 12 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Spiegelstriche durch Nummern ersetzt.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Die Buchstaben werden durch Nummern ersetzt.

bb) In Nummer 2 werden die Wörter „zweiter Spiegelstrich“ durch die Angabe „Nummer 2“ ersetzt.

cc) In Satz 6 wird die Angabe „3“ durch das Wort „drei“ und die Angabe „a) und b)“ durch die Angabe „Nummer 1 und 2“ ersetzt.

13. In § 13 Absatz 1 werden die Spiegelstriche durch Nummern ersetzt.

14. § 14 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird die Angabe „ggf.“ durch das Wort „gegebenenfalls“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Die Buchstaben werden durch Nummern ersetzt.

bb) In Nummer 1, 2, 3 und 7 wird jeweils die Angabe „z. B.“ durch die Wörter „zum Beispiel“ ersetzt.

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Die Buchstaben werden durch Nummern ersetzt.

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

bb) In Nummer 2 wird die Angabe „ggf.“ durch das Wort „gegebenenfalls“ ersetzt.

d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 11 wird die Angabe „Buchstabe b“ durch die Angabe „Nummer 2“ ersetzt.

bb) In Nummer 12 wird die Angabe „z. B.“ durch die Wörter „zum Beispiel“ ersetzt.

15. § 15 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Nummer 5 wird die Angabe „bzw.“ durch das Wort „beziehungsweise“ ersetzt.

b) In Absatz 4 wird die Angabe „7“ durch das Wort „sieben“ ersetzt.

c) In Absatz 6 Nummer 1 wird die Angabe „GKV“ durch die Wörter „gesetzlichen Krankenversicherung“ ersetzt.

16. § 16 wird wie folgt geändert:

a) Die Angabe „ggf.“ wird jeweils durch das Wort „gegebenenfalls“ und die Angabe „z. B.“ jeweils durch die Wörter „zum Beispiel“ ersetzt.

b) In Absatz 4 wird die Angabe „6fach“ durch das Wort „sechsfach“ ersetzt.

c) In Absatz 6 werden die Spiegelstriche durch Nummern ersetzt.

17. § 17 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Die Angabe „z. B.“ wird jeweils durch die Wörter „zum Beispiel“ und die Angabe „ggf.“ jeweils durch das Wort „gegebenenfalls“ ersetzt.

b) In Nummer 5 und Nummer 15 werden die Spiegelstriche durch Buchstaben ersetzt.

c) In Nummer 14 und Nummer 17 wird jeweils die Angabe „GKV“ durch die Wörter „gesetzlichen Krankenversicherung“ ersetzt.

18. In § 18 werden die Spiegelstriche durch Nummern ersetzt.

19. In § 19 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Die Buchstaben werden durch Nummern ersetzt

b) In der neuen Nummer 3 wird nach der Angabe „§ 6 Absatz 3 Satz 2“ die Angabe „und 3“ eingefügt und das Wort „erheblicher“ durch das Wort „wesentlicher“ ersetzt.

20. In § 21 Absatz 1 werden die Spiegelstriche durch Nummern ersetzt.

21. § 22 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Spiegelstriche durch Nummern ersetzt.

b) In Absatz 3 wird die Angabe „10“ durch das Wort „zehn“ ersetzt.

22. § 23 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Die Angabe „z. B.“ wird durch die Wörter „zum Beispiel“ ersetzt.

b) Die Angabe „etc.“ wird durch die Wörter „et cetera“ ersetzt.

23. In § 25 Absatz 1 werden die Spiegelstriche durch Nummern ersetzt.

24. In § 26 werden die Spiegelstriche durch Nummern ersetzt.

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

25. § 27 wird wie folgt geändert:

    a) In Absatz 1 werden die Buchstaben durch Nummern ersetzt.

    b) In Absatz 3 werden die Spiegelstriche durch Nummern ersetzt und die Angabe „ggf.“ durch das Wort „gegebenenfalls“ und die Angabe „bzw.“ durch das Wort „beziehungsweise“ ersetzt.

26. In § 28 wird die Angabe „bzw.“ jeweils durch das Wort „beziehungsweise“, die Angabe „z. B.“ jeweils durch die Wörter „zum Beispiel“ und die Angabe „ggf.“ durch das Wort „gegebenenfalls“ ersetzt.

27. § 29 wird wie folgt geändert:

    a) In Absatz 2 werden die Spiegelstriche durch Nummern ersetzt.

    b) In Absatz 3 wird die Angabe „bzw.“ jeweils durch das Wort „beziehungsweise“ ersetzt.

28. In § 30 werden die Spiegelstriche durch Nummern ersetzt.

29. In § 31 wird die Angabe „z. B.“ durch die Wörter „zum Beispiel“ ersetzt.

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

III. Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 20. Februar 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger