

**Gemeinsame Verlautbarung
der Spitzenverbände der Krankenkassen**

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

**zur Umsetzung des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen
Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) im
Hilfsmittelbereich**

25. November 2003

INHALT

1. Anwendung der gesetzlichen Neuregelungen.....	3
2. § 33 Abs. 1, 3 und 4 SGB V – Anspruchsgrundlage	4
2.1 Leistungsanspruch auf Sehhilfen bei Erwachsenen	5
2.2 Definitionen	5
2.2.1 Kodierungsschlüssel gemäß ICD-10 (Auszug).....	6
2.2.2 Sehhilfen	7
2.2.3 Therapeutische Sehhilfen	8
3. § 33 Abs. 2 SGB V – Begrenzung des Leistungsanspruchs	9
3.1 Definitionen	9
3.1.1 Zumutbare Weise/Wohnortnähe	9
4. § 33 Abs. 2 SGB V i.V.m. §§ 61 und 62 SGB V – Zuzahlung für Hilfsmittel ...	11
4.1 Definitionen	11
4.2 Umsetzung	12
4.2.1 Belastungsgrenzen	12
4.2.2 Einziehung der Zuzahlung	12
4.2.3 Berechnungsgrundlage.....	12
4.2.4 Nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	13
4.2.4.1 Übersicht der Zuzahlungsregelungen für nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	14
4.2.4.2 Beispiele für Zuzahlungsregelungen bei nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln.....	15
4.2.5 Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	16
4.2.5.1 Leistungserbringerwechsel	16
4.2.5.2 Indikation und Monatsbedarf	16
4.2.5.3 Übersicht der Zuzahlungsregelungen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	17
4.2.5.4 Beispiele für Zuzahlungsregelungen bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln.....	18
5. § 36 SGB V – Festbeträge für Hilfsmittel	19
5.1 Umsetzung	19
6. § 127 Abs. 1 und 2 SGB V – Verträge.....	20
6.1 Umsetzung	20
7. § 127 Abs. 3 SGB V – Informationspflicht.....	22
7.1 Information	22

1. Anwendung der gesetzlichen Neuregelungen

Für die Anwendung der geänderten gesetzlichen Regelungen ist der Tag der Leistungserbringung maßgeblich, d.h. der Tag, an dem ein Hilfsmittel - ggf. nach erfolgter Anpassung - an den Versicherten abgegeben wird. Dabei kommt es nicht auf den Verordnungszeitpunkt an. Sofern mehrere Anpassungen erforderlich sind, ist der Tag, an dem der letzte Anpassvorgang abgeschlossen und das Hilfsmittel dem Versicherten definitiv zur Verfügung gestellt wird, als Tag der Leistungserbringung anzusehen.

Auch die geänderten Zuzahlungsregelungen sind generell auf alle nach dem 31. Dezember 2003 abgegebenen Hilfsmittel anzuwenden. Die bisher geltende Zuzahlungsregelung für bestimmte Bandagen, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie und Einlagen wird durch die neue (geringere) Zuzahlungsregelung für Hilfsmittelabgaben ab 1. Januar 2004 abgelöst.

Bei Hörgeräten ist der Tag der endgültigen Leistungsabgabe maßgebend, selbst wenn der Arzt die ordnungsgemäße Versorgung zu einem späteren Zeitpunkt bestätigt. Bei Verordnungen für einen längeren Zeitraum (z. B. Dauerverordnungen für 3 Monate) ist ebenfalls für (Teil-)Leistungsabgaben ab dem 1. Januar 2004 eine Zuzahlung zu erheben.

Bei Hilfsmittelversorgungen, die von der Krankenkasse im Jahre 2003 genehmigt werden, ist im Genehmigungsentscheid auf die ab 1. Januar 2004 geänderten Zuzahlungsbedingungen hinzuweisen, sofern das Hilfsmittel nicht bis zum 31. Dezember 2003 abgegeben wird. Unterbleibt dieser Hinweis, entfällt die Zuzahlungspflicht.

2. § 33 Abs. 1, 3 und 4 SGB V – Anspruchsgrundlage

Gesetzestext

§ 33 Abs. 1 SGB V n.F.

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind. Für nicht durch Satz 1 ausgeschlossene Hilfsmittel bleibt § 92 unberührt. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Versicherte haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen entsprechend den Voraussetzungen nach den Sätzen 1 und 2. Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht der Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie aufgrund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen; Anspruch auf therapeutische Sehhilfen besteht, wenn diese der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Richtlinien nach § 92, bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen verordnet werden. Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfasst nicht die Kosten des Brillengestells.

§ 33 Abs. 3 SGB V n.F.

Anspruch auf Versorgung mit Kontaktlinsen besteht für anspruchsberechtigte Versicherte nach Absatz 1 nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92, bei welchen Indikationen Kontaktlinsen verordnet werden. Wählen Versicherte statt einer erforderlichen Brille Kontaktlinsen und liegen die Voraussetzungen des Satzes 1 nicht vor, zahlt die Krankenkasse als Zuschuss zu den Kosten von Kontaktlinsen höchstens den Betrag, den sie für eine erforderliche Brille aufzuwenden hätte. Die Kosten für Pflegemittel werden nicht übernommen.

§ 33 Abs. 4 SGB V n.F.

Ein erneuter Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen nach Absatz 1 besteht für Versicherte, die das vierzehnte Lebensjahr vollendet haben, nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien; für medizinisch zwingend erforderliche Fälle kann der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Ausnahmen zulassen.

2.1 Leistungsanspruch auf Sehhilfen bei Erwachsenen

Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht ein Leistungsanspruch auf

1. Sehhilfen - einschließlich Kontaktlinsen -, wenn aufgrund einer Sehschwäche oder Blindheit entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 (=Sehleistung bei bestmöglicher Korrektur $\leq 0,3$ auf beiden Augen) vorliegt sowie
2. therapeutische Sehhilfen, wenn diese der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen.

Für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres bleibt der Leistungsanspruch unverändert. Da für die Leistungsgewährung der Tag der Abgabe maßgeblich ist, muss der Versicherte seine Sehhilfe bis zur Vollendung seines 18. Lebensjahres erhalten haben. Die Leistungspflicht für die Krankenkasse entfällt, wenn der Versicherte am Tag der Abgabe des Hilfsmittels schon 18 Jahre alt ist, sofern keine schwere Sehbeeinträchtigung gemäß § 33 Abs. 1 SGB V (vgl. Ziffer 1) oder keine Indikation für eine therapeutische Sehhilfe vorliegt (vgl. Ziffer 2).

Kosten für das Brillengestell sind weiterhin nicht durch die Gesetzliche Krankenversicherung übernahmefähig (vgl. § 33 Absatz 1 Satz 7 SGB V).

Ein erneuter Versorgungsanspruch besteht für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien; für medizinisch zwingend notwendige Fälle sind in den Richtlinien nach § 92 SGB V Ausnahmen zuzulassen (vgl. § 33 Absatz 4 SGB V).

Anspruch auf Kontaktlinsen besteht für Anspruchsberechtigte nach § 33 Absatz 1 SGB V (Erwachsene mit schwerer Sehbeeinträchtigung und Minderjährige) weiterhin lediglich in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen. In den Richtlinien nach § 92 SGB V ist zu bestimmen, bei welchen Indikationen Kontaktlinsen verordnungsfähig sind.

Besteht ein Anspruch, gelten die Ausführungen der Produktgruppe 25 "Sehhilfen" des Hilfsmittelverzeichnis und die Festbeträge weiter.

Sofern ein Anspruch auf die Grundleistung - d.h. auf die Sehhilfe als solche - nach der gesetzlichen Regelung nicht mehr gegeben ist, besteht auch kein Vergütungsanspruch gegenüber der Gesetzlichen Krankenversicherung für die damit verbundenen Dienstleistungen (wie z. B. Brillenglasbestimmung/Refraktion, Einschleifen der Gläser, Anpassung).

2.2 Definitionen

Eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 der von der WHO empfohlenen Klassifikation ist Voraussetzung für den Leistungsanspruch auf Sehhilfen bei Erwachsenen. Nach dem Kodierungsschlüssel gemäß der Internationalen statistischen Klassifikation

der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10), betrifft dies Versicherte, die unter

- Blindheit beider Augen (Diagnoseschlüssel H54.0)
- Blindheit eines Auges und Sehschwäche des anderen Auges (Diagnoseschlüssel H54.1) oder
- Sehschwäche beider Augen (Diagnoseschlüssel H54.2)

leiden.

2.2.1 Kodierungsschlüssel gemäß ICD-10 (Auszug)

H54.0	Blindheit beider Augen Stufen 3, 4 und 5 der Sehbeeinträchtigung beider Augen
H54.1	Blindheit eines Auges und Sehschwäche des anderen Auges Stufen 3, 4 und 5 der Sehbeeinträchtigung eines Auges, Stufen 1 oder 2 der Sehbeeinträchtigung des anderen Auges
H54.2	Sehschwäche beider Augen Stufen 1 oder 2 der Sehbeeinträchtigung beider Augen.

Um eine Zuordnung zu den H54-Diagnoseschlüsseln erstellen zu können, müssen die WHO-Stufen für jedes Auge separat erhoben werden, um daraus den Diagnoseschlüssel abzuleiten:

1. Rechts: WHO = 1
Links: WHO = 1
ICD = H54.2
2. Rechts: WHO = 1
Links: WHO = 3
ICD = H54.1
3. Rechts: WHO = 4
Links: WHO = 3
ICD = H54.0

Bezeichnung gemäß ICD 10	Stufen gemäß WHO	Sehfähigkeit mit bestmöglicher Korrektur
Sehschwäche	1	Sehschärfe (Visus) von 0,3 bis 0,1
	2	Sehschärfe (Visus) von 0,1 bis 0,05
Blindheit	3	Sehschärfe (Visus) von 0,05 bis 0,02
	4	Sehschärfe (Visus) von 0,02 bis Lichtwahrnehmung
	5	keine Lichtwahrnehmung

Eine schwere Sehbeeinträchtigung, die zu einer Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen führen kann, liegt somit nur vor, wenn die Sehschärfe (Visus) auf jedem Auge bei bestmöglicher Korrektur trotz Verwendung von Sehhilfen jeglicher Art maximal 0,3 beträgt. Besteht bei bestmöglicher Korrektur auf einem Auge eine Sehleistung von $\leq 0,3$ (kleiner oder gleich 30 %), auf dem anderen Auge bei bestmöglicher Korrektur eine Sehleistung von $> 0,3$ (größer als 30 %), besteht kein Leistungsanspruch für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Eine eingeschränkte Sehfähigkeit von bis zu 0,3 auf einem Auge allein reicht somit für einen Leistungsanspruch nicht aus.

2.2.2 Sehhilfen

Zur Versorgung von schweren Sehbeeinträchtigungen können in Anlehnung an die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme künftig noch folgende Sehhilfen (Produktarten des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 128 SGB V) auch für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, in die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung fallen, wenn die schwere Sehbeeinträchtigung im Sinne des Gesetzes vorliegt:

Systemträger

25.21.01.0 Systemträger

Brillengläser mit Lupenwirkung

- 25.21.80.0 Einstärkengläser mit Lupenwirkung
- 25.21.80.1 Einstärkengläser mit Lupenwirkung, Lentikular
- 25.21.80.2 Zweistärkenlupengläser
- 25.21.80.3 Zweistärkenlupengläser, Lentikular

Lupen

- 25.21.81.0 Einschlaglupen
- 25.21.81.1 Handlupen ohne Beleuchtung
- 25.21.81.2 Handlupen mit Beleuchtung
- 25.21.81.3 Stand- und Klemmlupen ohne Beleuchtung
- 25.21.81.4 Stand- und Klemmlupen mit Beleuchtung
- 25.21.81.5 Umhängelupen
- 25.21.81.6 Hellfeldlupen (Visolettlupe)
- 25.21.81.7 Lesestäbe
- 25.21.81.8 Lupen-Vorhänger (Clip)/Kopflupen
- 25.21.81.9 Lupenaufsätze zur Montage an die Brille

Fernrohrbrillen nach Galilei

- 25.21.82.0 Galilei-System nur für die Ferne, monokular
- 25.21.82.1 Galilei-System nur für die Ferne, binokular
- 25.21.82.2 Galilei-System für die Ferne und Nähe mit Aufsteckglas, monokular
- 25.21.82.3 Galilei-System für die Ferne und Nähe mit Aufsteckglas, binokular
- 25.21.82.4 Galilei-System nur für die Nähe, monokular
- 25.21.82.5 Galilei-System nur für die Nähe, binokular
- 25.21.82.6 Galilei-System, fokussierbar, monokular
- 25.21.82.7 Galilei-System, fokussierbar, binokular

Fernrohrbrillen nach Kepler

- 25.21.83.0 Kepler-System nur für die Ferne, monokular
- 25.21.83.1 Kepler-System nur für die Ferne, binokular
- 25.21.83.2 Kepler-System für die Ferne und Nähe mit Aufsteckglas, monokular
- 25.21.83.3 Kepler-System für die Ferne und Nähe mit Aufsteckglas, binokular
- 25.21.83.4 Kepler-System nur für die Nähe, monokular
- 25.21.83.5 Kepler-System nur für die Nähe, binokular
- 25.21.83.6 Kepler-System, fokussierbar, monokular
- 25.21.83.7 Kepler-System, fokussierbar, binokular

Handfernrohre nach Kepler bzw. Galilei

- 25.21.84.0 Monokular für die Ferne
- 25.21.84.1 Monokular für die Ferne und Nähe, mit Lupenaufsteckglas
- 25.21.84.2 Monokular, fokussierbar

Elektronisch vergrößernde Sehhilfen

- 25.21.85.0 Bildschirmlesegeräte

2.2.3 Therapeutische Sehhilfen

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 SGB V fest, bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen verordnet werden.

Therapeutische Sehhilfen dienen der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen. Diese fallen generell auch für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, in die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung.

3. § 33 Abs. 2 SGB V – Begrenzung des Leistungsanspruchs

Gesetzestext

§ 33 Abs. 2 SGB V n.F.

Ist für ein erforderliches Hilfsmittel ein Festbetrag nach § 36 festgesetzt, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrags. Für andere Hilfsmittel übernimmt sie die jeweils vertraglich vereinbarten Preise gemäß § 127 Abs. 1 Satz 1. Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 2 Satz 1 geschlossen und können die Versicherten hierdurch in für sie zumutbarer Weise mit Hilfsmitteln versorgt werden, trägt sie die Kosten in Höhe des Preises nach § 127 Abs. 3 Satz 2 bis 4, höchstens die tatsächlich entstandenen Kosten. Die Differenz zwischen dem Preis nach § 127 Abs. 3 Satz 2 bis 4 und dem Abgabepreis des in Anspruch genommenen Leistungserbringers zahlen Versicherte an den Leistungserbringer.....

3.1 Definitionen

3.1.1 Zumutbare Weise/Wohnortnähe

Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 2 Satz 1 SGB V geschlossen und können die Versicherten hierdurch in für sie zumutbarer Weise mit Hilfsmitteln versorgt werden, trägt sie die Kosten in Höhe des Preises nach § 127 Abs. 3 Satz 2 bis 4 SGB V, höchstens die tatsächlich entstandenen Kosten.

Die Zumutbarkeit hängt insbesondere von der Art des Hilfsmittels ab. Bei Produkten, die keinen Anpassungs- und Beratungsbedarf erfordern, bedarf es keiner Wohnortnähe des Leistungserbringers zum Versicherten, sofern eine zeitnahe Anlieferung bzw. Zusendung des Hilfsmittels gewährleistet ist. Dazu gehören insbesondere Verbrauchsmaterialien, die nachgeliefert werden. Bei diesen Produkten ist immer von einer zumutbaren Versorgung auszugehen.

Bei Produkten mit individuellem Anpassungs- und Beratungsbedarf ist eine Zumutbarkeit nur bei Wohnortnähe anzunehmen. Besteht nur ein einmaliger Anpassungs-/Beratungsbedarf und handelt es sich um eine nicht mehr anpassungs-/beratungsbedürftige Nachlieferung, kann die Wohnortnähe u. U. nicht mehr erforderlich sein.

Eine Wohnortnähe wird unterstellt, wenn der Versicherte z. B. mit einem Pkw oder öffentlichen Verkehrsmittel innerhalb einer angemessenen Zeit den Leistungserbringer erreichen kann oder der Leistungserbringer vertraglich die Versorgung der Region vereinbart hat und den Versicherten nach Terminvereinbarung zu Hause aufsucht. Sofern die Wohnortnähe zu einem günstigen Leistungserbringer gegeben ist und der Versicherte trotzdem einen anderen wählt, übernimmt die Krankenkasse nur den Durchschnittspreis des unteren Preisdrittels nach § 127 Abs. 3 Satz 2 bis 4 SGB V. Die Differenz zwischen Durchschnittspreis und Abgabepreis zahlt der Versicherte direkt an den Leistungserbringer.

Wenn die Zumutbarkeit nicht gegeben ist, übernimmt die Krankenkasse den jeweils vertraglich vereinbarten Preis/Festbetrag.

Sofern die Krankenkasse einen Durchschnittspreis ermittelt und darüber informiert hat, hat der Leistungserbringer den ggf. bestehenden Differenzbetrag zu seinem Abgabepreis einzubehalten. Die Frage der Zumutbarkeit der Versorgung durch andere Leistungserbringer ist nicht durch den abgebenden Leistungserbringer zu überprüfen. Der Versicherte hat einen Erstattungsanspruch gegenüber der Krankenkasse, sofern die Zumutbarkeit nicht gegeben ist.

Unabhängig von den Neuregelungen zur Höhe der Kostenübernahme und den Informationspflichten hat der Versicherte grundsätzlich nur einen Anspruch auf Versorgung durch Vertragspartner der jeweiligen Krankenkasse (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 23. Januar 2003, Az: B 3 KR 7/02 R).

4. § 33 Abs. 2 SGB V i.V.m. §§ 61 und 62 SGB V – Zuzahlung für Hilfsmittel

Gesetzestext

§ 33 Abs. 2 SGB V n.F.

.....Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle; der Vergütungsanspruch nach den Sätzen 1 und 2 verringert sich um die Zuzahlung; die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt zehn vom Hundert je Packung, höchstens jedoch zehn Euro für den Monatsbedarf je Indikation.

§ 61 SGB V n.F.

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen zehn vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels.....Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

§ 62 SGB V n.F.

Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind.....

4.1 Definitionen

Bei der Zuzahlungsregelung wird unterschieden zwischen

- zum Verbrauch bestimmten und
- nicht zum Verbrauch bestimmten

Hilfsmitteln.

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel können wegen ihrer Beschaffenheit, ihres Materials oder aus hygienischen Gründen nur einmal ununterbrochen benutzt werden und sind in der Regel für den Wiedereinsatz nicht geeignet. Die Dauer der Benutzung ist dabei unerheblich.

Nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel können mehrmals von einem oder - im Wiedereinsatz - von verschiedenen Versicherten verwendet werden. Es sind auch dann nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel, wenn sie nach mehrmaligem Gebrauch verschleiben oder abnutzen.

In der beigefügten Tabelle (**Anlage**) werden die Hilfsmittel des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 128 SGB V benannt, die zum Verbrauch bestimmt sind. Alle nicht aufgeführten

Produkte sind nicht zum Verbrauch bestimmt. Im Zuge von Fortschreibungen der Produktgruppen werden entsprechende Hinweise im Hilfsmittelverzeichnis ergänzt.

4.2 Umsetzung

4.2.1 Belastungsgrenzen

Zur Vermeidung von Härten kann die Krankenkasse die Versicherten in entsprechender Anwendung des § 62 SGB V von der Zuzahlung befreien. Vor dem 1. Januar 2004 ausgestellte Befreiungen haben grundsätzlich keine Gültigkeit mehr.

Die Regelung des § 62 SGB V zur Freistellung von weiteren Zuzahlungen bezieht sich lediglich auf Zuzahlungen im Sinne des § 33 SGB V. Sie ist nicht anwendbar, wenn vom Versicherten z. B. ein Gebrauchsgegenstandsanteil oder der Differenzbetrag zwischen Abgabepreis und Durchschnittspreis nach § 127 SGB V/Festbetrag nach § 36 SGB V zu zahlen ist.

4.2.2 Einziehung der Zuzahlung

Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers verringert sich kraft Gesetz um die Zuzahlung. Verantwortlich für die Einziehung der Zuzahlung vom Versicherten ist der Leistungserbringer. § 43b SGB V, wonach die Verpflichtung zur Einziehung der Zuzahlung auf die Krankenkasse übergeht, wenn der Versicherte trotz schriftlicher Aufforderung nicht zahlt, findet keine Anwendung.

Geleistete Zuzahlungen sind von dem Leistungserbringer gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht. Der Leistungserbringer hat in diesem Zusammenhang anzugeben, welches Hilfsmittel und in welcher Anzahl abgegeben wurde. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln ist ferner der Versorgungszeitraum – ggf. unter Berücksichtigung der ärztlichen Versorgung - anzugeben.

4.2.3 Berechnungsgrundlage

Grundsätzlich ist eine Zuzahlung des Versicherten zu allen Zahlungen seiner Krankenkasse im Rahmen seiner Hilfsmittelversorgung fällig. Grundlage für die Berechnung der Zuzahlung ist der von der Krankenkasse zu übernehmende Betrag, z. B. der Festbetrag gemäß § 36 SGB V oder der Durchschnittspreis gemäß § 127 Abs. 3 Satz 2 bis 4 SGB V. Ein Gebrauchsgegenstandsanteil oder/und der Differenzbetrag zwischen Abgabepreis und Durchschnittspreis nach § 127 SGB V/Festbetrag nach § 36 SGB V ist somit vor der Berechnung der Zuzahlung von dem Abgabepreis des Hilfsmittels abzuziehen.

Der Hilfsmittelversorgungsanspruch umfasst gemäß § 33 Abs. 1 SGB V auch die notwendige Anpassung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Dem entsprechend zählen zum Versorgungsumfang Zubehör-, Zurüst- oder Zusatzteile sowie die Auslieferung, Anpassung oder Erprobung des Hilfsmittels, um dieses in gebrauchsfertigem Zustand zur Verfügung zu stellen. Die Zuzahlung berechnet sich aus den Kosten für die gesamte Versorgung für das jeweilige Hilfsmittel.

Dies gilt auch für Verbrauchsmaterialien, die im – ggf. vertraglich vereinbarten – Lieferumfang eines nicht zum Verbrauch bestimmten Basisproduktes enthalten sind und in einer Versorgung ausgeliefert werden. In diesem Fall wird für das Verbrauchsmaterial keine gesonderte Zuzahlung berechnet. Die Kosten werden der Grundleistung zugeschlagen und die Zuzahlung gemäß den Regelungen für nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel berechnet.

Nachträgliche Zurüstungen oder die nachträgliche Lieferung von Zubehör oder Zusatzteilen werden wie eigenständige Hilfsmittel behandelt und unterliegen einer eigenständigen Zuzahlungspflicht nach § 33 Abs. 2 SGB V. Bei einer Nachlieferung von Verbrauchsmaterialien gelten die Regelungen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel.

Bei besonderen Vergütungsregelungen, beispielsweise Miete oder Versorgungspauschalen, berechnet sich die Zuzahlung aus den fällig werdenden Beträgen, d. h., aus der Miete, dem Pauschalbetrag o.ä. Wird ein Hilfsmittel im Rahmen einer täglichen, wöchentlichen oder monatlichen Miete/Versorgungspauschale vergütet, beträgt die Zuzahlung 10 % der jeweiligen Kosten, maximal 10 € pro Monat. Deckt eine Versorgungspauschale einen längeren Zeitraum ab (z.B. 1 – 4 Jahre) beträgt die Zuzahlung 10 % der Versorgungspauschale, maximal 10 € für den Gültigkeitszeitraum der Versorgungspauschale.

Die nach den Verträgen nach § 127 SGB V gesondert abrechnungsfähigen Preise für Hausbesuche und Wegegeld werden dem Preis für das Hilfsmittel zugeschlagen. Die Zuzahlung wird aus dem Gesamtbetrag ermittelt.

Für bestimmte Leistungen, die nur mittelbar oder gar nicht mit der Hilfsmittelabgabe im Zusammenhang zu sehen sind, wird keine Zuzahlung erhoben. Dazu zählen insbesondere Kosten für die Rückholung und Aussonderung von Hilfsmitteln oder für Reparatur- und Wartungsleistungen.

4.2.4 Nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel

Für nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel gilt die Zuzahlungsregelung gemäß § 33 Abs. 2 i. V. m. § 61 Satz 1 SGB V. Danach zahlen die Versicherten für jedes Hilfsmittel 10 % des von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro (allerdings nicht mehr als die Kosten des Mittels) an die abgebende Stelle (Leistungserbringer).

Berechnung:

10 % vom Abgabepreis

⇒ mindestens 5 €

⇒ maximal 10 €

⇒ ggf. begrenzt auf die Kosten des Mittels

4.2.4.1 Übersicht der Zuzahlungsregelungen für nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel

Art/Vergütung	Zuzahlung	Minimum	Maximum
Einzelvergütung für gebrauchsfertiges Hilfsmittel - ggf. inkl. erforderlichem Zubehör-, Zurüst- bzw. Zusatzteilen, Anpassung, Auslieferung, Erprobung - (Neulieferung, Ersatzbeschaffung, Nachlieferung oder Folgeversorgung)	10 % vom Abgabepreis	5 €	10 €; Kosten des Mittels
Fall-/Versorgungs- oder andere Pauschalen, Miete	10 % vom Pauschal- bzw. Mietbetrag	5 €	10 € (pro Monat); Kosten der Pauschale/Miete
Nachträgliche Zurüstung/nachträgliche Lieferung von Zubehör- oder Zusatzteilen Lieferung von Zubehöerteilen oder Zusätzen im Rahmen der Erstlieferung, die nicht dazu dienen, das Produkt gebrauchsfertig zur Verfügung zu stellen.	10 % vom Abgabepreis	5 €	10 €; Kosten der Zurüstung oder Lieferung von Zubehör etc.
Wiedereinsatz	10 % von den Wiedereinsatzkosten	5 €	10 €; Kosten des Wiedereinsatzes
Beidseitige/paarweise Versorgung <i>Ausnahme: Sehen die Verträge oder Festbetragsgruppen grundsätzlich einen Paarpreis vor - z. B. Einlagen – gilt dieses als Produkteinheit bzw. ist wie ein Hilfsmittel zu behandeln.</i>	10 % vom Abgabepreis für jedes Hilfsmittel	5 € pro Hilfsmittel	10 € pro Hilfsmittel; Kosten der Mittel
Hausbesuch, Wegegebühren	Diese Nebenkosten werden der Grundleistung zugeschlagen. Die Zuzahlung wird von dem Gesamtbetrag berechnet.	5 € für die Gesamtleistung	10 € für die Gesamtleistung
Kosten für Rückholung oder Aussonderung, Reparatur, Wartung	Keine Zuzahlung		

4.2.4.2 Beispiele für Zuzahlungsregelungen bei nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln

Leistungsart	Zuzahlung
(1) nCPAP-Gerät mit integrierter Anfeuchtung und Maske	(1) 10 % vom Abgabepreis des Gesamtproduktes (nCPAP-Gerät mit integrierter Anfeuchtung und Maske), min. 5 €, max. 10 € bzw. Kosten des Gesamtproduktes
(1) nCPAP-Gerät (2) Kaltluftanfeuchter für nCPAP-Gerät	(1) 10 % vom Abgabepreis des nCPAP-Gerätes, min. 5 €, max. 10 € bzw. Kosten des Gerätes (2) 10 % vom Abgabepreis des Kaltluftanfeuchters, min. 5 €, max. 10 € bzw. Kosten des Kaltluftanfeuchters
(1) Orthopädische Schuhe mit diabetes adaptierter Zurichtung	(1) 10 % vom Abgabepreis des Gesamtproduktes, min. 5 €, max. 10 € bzw. Kosten des Gesamtproduktes
(1) Rollstuhl (2) Rollstuhl-Aufsteckantrieb	(1) 10 % vom Abgabepreis des Rollstuhls, min. 5 €, max. 10 € bzw. Kosten des Rollstuhls (2) 10 % vom Abgabepreis des Aufsteckantriebs, min. 5 €, max. 10 € bzw. Kosten des Aufsteckantriebs
(1) Otoplastik und Hörgerät Bei beidseitiger Versorgung ist die Zuzahlung für jedes Hörgerät/Otoplastik fällig.	(1) 10 % vom Abgabepreis der Versorgungseinheit, wenn Otoplastik und Hörgerät zeitgleich als Gesamtversorgung abgegeben werden. Wird eine Otoplastik zu einem späteren Zeitpunkt nachgeliefert, entsteht eine Zuzahlung von 10 % vom Abgabepreis der Otoplastik, min. 5 €, max. 10 € bzw. Kosten der Otoplastik
(1) Rollstuhl (2) Schlupfsack	(1) 10 % vom Abgabepreis des Rollstuhls, min. 5 €, max. 10 € bzw. Kosten des Rollstuhls (2) 10 % vom Zuschuss zum Schlupfsack, min. 5 €, max. 10 €
(1) Beatmungsgerät (2) Absauggerät	(1) 10 % vom Abgabepreis des Beatmungsgerätes, min. 5 €, max. 10 € bzw. Kosten des Beatmungsgerätes (2) 10 % vom Abgabepreis des Absauggerätes, min. 5 €, max. 10 € bzw. Kosten des Absauggerätes

4.2.5 Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel

Für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel gilt die Zuzahlungsregelung gemäß § 33 Abs. 2 Satz 5, letzter Teilsatz, SGB V. Danach zahlen die Versicherten 10 % je Packung, höchstens jedoch 10 Euro für den Monatsbedarf je Indikation. Durch diese Regelung soll eine übermäßige Belastung der Versicherten vermieden werden, die regelmäßig Hilfsmittel in großer Anzahl benötigen.

Berechnung:

10 % je Packung

⇒ kein Mindestbetrag

⇒ maximal 10 € für den Monatsbedarf je Indikation

4.2.5.1 Leistungserbringerwechsel

Sofern Versicherte Hilfsmittel von verschiedenen Leistungserbringern erhalten, ist von jedem Leistungserbringer bei der Versorgung die Zuzahlung vollständig zu erheben. Die Rückerstattung ggf. zuviel gezahlter Beträge erfolgt durch die Krankenkasse. Sofern die Maximalwerte überschritten werden, ist durch die Krankenkasse eine Erstattung an den Versicherten vorzunehmen (z. B. zweimal 10 € in einem Monat für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel bei verschiedenen Leistungserbringern für eine Indikation).

4.2.5.2 Indikation und Monatsbedarf

Von einer Indikation ist auszugehen, wenn Produkte einer Produktgruppe des Hilfsmittelverzeichnisses abgegeben werden. Der Monatsbedarf ist auf den Kalendermonat zu beziehen. Die Berechnung der Zuzahlung erfolgt stets pro Kalendermonat. Dies gilt bei der Versorgung mit Verbrauchsartikeln auch, wenn zu Beginn oder am Ende der Versorgung tatsächlich kein voller Monat erreicht wird. Wenn die Versorgung zum Beispiel zum 15. eines Monats erfolgt, bezieht sich die Zuzahlung auf den gesamten Kalendermonat, als wäre die Versorgung am 1. des Monats durchgeführt worden. Der erforderliche Monatsbedarf sowie die Kalendermonate, für die zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel geliefert werden, sind von dem Leistungserbringer (unter Berücksichtigung der ärztlichen Verordnung) bei der Abrechnung anzugeben.

4.2.5.3 Übersicht der Zuzahlungsregelungen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel

Art/Vergütung	Zuzahlung	Minimum	Maximum
Vergütung für zum Verbrauch bestimmtes Hilfsmittel (Erstlieferung, Nachlieferung oder Folgeversorgung)	10 % vom Abgabepreis (je Packung)		10 € für den Monatsbedarf je Indikation (Produktgruppe)
Fall-/Versorgungs- oder andere Pauschalen	10 % der Pauschale (Die Zuzahlung wird jeweils erhoben bzw. fällt an, wenn die Pauschale fällig wird.)		10 € für den Monatsbedarf je Indikation (Produktgruppe)
Gleichzeitige Auslieferung mit einem nicht zum Verbrauch bestimmten Basisprodukt und entsprechendem Verbrauchsmaterial	Sofern die Abgabe des Verbrauchsmaterials – ggf. vertraglich – im Preis des Grundhilfsmittels enthalten ist, wird keine separate Zuzahlung erhoben. Die Zuzahlung wird von dem Gesamtbetrag anhand der Regelung für nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel berechnet.	5 € für Gesamtleistung	10 € für Gesamtleistung bzw. die Gesamtkosten

4.2.5.4 Beispiele für Zuzahlungsregelungen bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln

Leistungsart	Zuzahlung
(1) Windelhosen (Produktgruppe 15)	(1) 10 % vom Abgabepreis, maximal 10 € für den Monatsbedarf
(1) Vorlagen und Netzhosen (Produktgruppe 15)	(1) 10 % vom Abgabepreis der Vorlagen und Netzhosen gesamt, maximal 10 € für den Monatsbedarf
(1) Verbrauchsmaterialien zur enteralen Therapie (Produktgruppe 03) (2) Bettschutzeinlagen und Einmalhandschuhe (Produktgruppe 19)	(1) 10 % vom Abgabepreis der Verbrauchsmaterialien zur enteralen Therapie, maximal 10 € für den Monatsbedarf (2) 10 % vom Abgabepreis der Bettschutzeinlagen und Einmalhandschuhe gesamt, maximal 10 € für den Monatsbedarf
(1) Verbrauchsmaterialien für ein Beatmungsgerät, Tracheostomaprodukte	(1) 10 % vom Abgabepreis der Verbrauchsmaterialien je Indikation/Produktgruppe, maximal 10 € für den Monatsbedarf je Indikation/Produktgruppe
(1) Füllungen von Sauerstoffflaschen und Nasenbrillen	(1) 10 % vom Abgabepreis der Gesamtkosten, maximal 10 € für den Monatsbedarf
(1) Versorgungspauschale für ableitende oder aufsaugende Inkontinenzartikel	(1) 10 % der Pauschale, maximal 10 € für den Monatsbedarf

5. § 36 SGB V – Festbeträge für Hilfsmittel

Gesetzestext

§ 36 Abs. 1 SGB V n.F.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen gemeinsam und einheitlich Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden. Dabei sollen in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Mittel in Gruppen zusammengefasst werden. Den Verbänden der betroffenen Leistungserbringer ist innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

§ 36 Abs. 2 SGB V n.F.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen setzen gemeinsam und einheitlich erstmalig bis zum 31. Dezember 2004 für die nach Absatz 1 bestimmten Hilfsmittel einheitliche Festbeträge fest. Bis dahin gelten die Festbeträge, die bisher von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen für den Bereich eines Landes festgesetzt worden sind, als Festbeträge im Sinne des § 33 Abs. 2 Satz 1.

§ 36 Abs. 3 SGB V n.F.

§ 35 Abs. 5 und 7 gilt entsprechend.

5.1 Umsetzung

Die Spitzenverbände der Krankenkassen setzen bis zum 31.12.2004 neue Festbeträge innerhalb der derzeit bestehenden Festbetragsgruppensysteme fest. Bis dahin gelten die Festbeträge, die auf Landesebene geschlossen wurden, innerhalb ihres bisherigen Geltungsbereichs weiter. Erfolgt keine Neufestsetzung der Festbeträge auf der Bundesebene, sind die Festbeträge auf Landesebene nach dem 31.12.2004 nicht mehr anwendbar.

Die Verbände der Krankenkassen können in Verträgen nach § 127 Abs. 1 SGB V die Versorgung in Höhe der Festbeträge vereinbaren. In Verträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V können die Krankenkassen die Versorgung auch unterhalb der Festbeträge regeln. Können Versicherte hierdurch in zumutbarer Weise mit Hilfsmitteln versorgt werden, ergibt sich der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers in diesen Fällen nicht aus dem Festbetrag, sondern ist entsprechend § 33 Abs. 2 SGB V auf den Durchschnittspreis begrenzt.

6. § 127 Abs. 1 und 2 SGB V – Verträge

Gesetzestext

§ 127 Abs. 1 SGB V n.F.

Über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln und deren Wiedereinsatz sowie über die Preise und deren Abrechnung schließen die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen Verträge mit Verbänden der Leistungserbringer, soweit Festbeträge noch nicht festgelegt sind oder nicht festgelegt werden können. Zudem regeln die Vertragsparteien nach Satz 1 die Abrechnung der Festbeträge.

§ 127 Abs. 2 SGB V n.F.

Die Krankenkassen können Verträge mit einzelnen Leistungserbringern zu niedrigeren Preisen als in den Verträgen nach Absatz 1 bei gleicher Qualität schließen. Hierzu soll die Aufforderung zur Abgabe eines Angebotes unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich ausgeschrieben werden. Leistungserbringer können sich, auch gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen, bereit erklären, Hilfsmittel zu den festgesetzten Festbeträgen (§ 36) abzugeben; die Krankenkassen können die Versicherten hierüber informieren.

6.1 Umsetzung

Krankenkassenverbände können nach § 127 Abs. 1 SGB V Verträge mit den Leistungserbringerverbänden auch über Preise schließen. Ein Vertragszwang besteht nicht. Sofern Festbeträge bestehen, kann die Versorgung zum Festbetrag vertraglich geregelt werden.

Die einzelnen Krankenkassen können nach § 127 Abs. 2 SGB V mit einzelnen Leistungserbringern Verträge schließen, wobei die Vertragspreise unterhalb der auf Verbandsebene nach § 127 Abs. 1 SGB V vereinbarten Preise liegen müssen. Verträge nach § 127 Abs. 2 SGB V sind auch zulässig, wenn kein Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V besteht. Ebenfalls kann in Verträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V die Versorgung unterhalb oder in Höhe der Festbeträge geregelt werden.

Die nach der bisherigen Rechtslage geschlossenen Verträge gelten nach dem 31. Dezember 2003 weiter. Dies gilt sowohl für die unter den Verbänden als auch zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern geschlossenen Verträge. Ggf. sind diese durch die Vertragspartner an das neue Recht anzupassen.

Sofern Preisvereinbarungen nach § 127 Abs. 2 SGB V bestehen, kann der sich daraus ergebende Durchschnittspreis gelten, auch wenn höhere Festbeträge oder Vertragspreise nach § 127 Abs. 1 SGB V bestehen.

Krankenkassen können mit einzelnen Leistungserbringern Verträge zur Versorgung ihrer Versicherten abschließen. Soweit die Krankenkasse von dieser Möglichkeit Gebrauch macht, sollte sie abwägen, ob eine öffentliche Ausschreibung geboten ist. Auf eine Ausschreibung kann verzichtet werden, wenn diese z. B. aus produktspezifischen Gründen nicht geboten erscheint. Sofern eine Krankenkasse einen Versorgungsvertrag ausschreibt, ist die Leistung (Produktbeschaffenheit und Qualität der Versorgung) zu beschreiben. Auch wenn Verträge durch Ausschreibungen zustande kommen, ist eine Zulassung nach § 126 SGB V Voraussetzung für die Versorgung.

7. § 127 Abs. 3 SGB V – Informationspflicht

Gesetzestext

§ 127 Abs. 3 SGB V n.F.

Die Krankenkassen informieren die Versicherten und die zugelassenen Leistungserbringer von Hilfsmitteln über die Durchschnittspreise des unteren Preisdrittels der Preise, die sie nach Absatz 2 vereinbart haben. Bei der Ermittlung dieser Durchschnittspreise werden die Preise des Drittels der Leistungserbringer nach Absatz 2 mit den niedrigsten Preisen zugrunde gelegt; die Durchschnittspreise sind je Hilfsmittel und sofern erforderlich unter Berücksichtigung der Packungsgröße zu bilden. Die Durchschnittspreise ergeben sich als Summe der Preise nach Satz 2 geteilt durch die Zahl der Leistungserbringer nach Satz 2. Werden mit weniger als drei Leistungserbringern Verträge nach Absatz 2 geschlossen, ergibt sich der Durchschnittspreis aus der Summe der Preise dieser Leistungserbringer geteilt durch deren Zahl. Die Krankenkassen informieren die Versicherten auf Nachfrage auch über Leistungserbringer, die Hilfsmittel zum Durchschnittspreis nach den Sätzen 2 bis 4 oder zu einem niedrigeren Preis abgeben. Soweit zugelassene Leistungserbringer Hilfsmittel oberhalb der Preise nach den Sätzen 2 bis 4 abgeben, haben sie die Versicherten vor der Leistungsanspruchnahme darüber sowie über die von den Versicherten zu zahlende Differenz zwischen dem Durchschnittspreis des unteren Preisdrittels und dem eigenen Abgabepreis zu informieren.

7.1 Information

Die Krankenkassen hat zu entscheiden, für welche Hilfsmittel Durchschnittspreise gebildet werden. Ggf. informieren die Krankenkassen die Versicherten und die zugelassenen Leistungserbringer über die Durchschnittspreise des unteren Preisdrittels der auf Kassenebene nach § 127 Abs. 2 SGB V vereinbarten Preise (gemäß § 33 SGB V trägt die Krankenkasse die Kosten für Hilfsmittel nur noch in Höhe dieses Durchschnittspreises bzw. in Höhe der tatsächlichen Kosten, wenn diese niedriger sind). Bei der Durchschnittspreisberechnung sind auch die auf Basis der alten Rechtslage bestehenden Verträge einzubeziehen.

Die Krankenkassen können ihrer Informationspflicht gegenüber ihren Versicherten zum Beispiel durch Veröffentlichungen in den Mitgliederzeitschriften oder im Internet nachkommen. Dabei kann sich die Information auf die allgemeine Aussage beschränken, dass die Leistungspflicht der Krankenkassen für Hilfsmittel begrenzt ist und die Einzelheiten dazu bei der jeweiligen Krankenkasse im konkreten Versorgungsfall nachgefragt werden können.

Hat die Krankenkasse eine Ausschreibung durchgeführt, beschränkt sich die Informationspflicht gegenüber dem Versicherten nach § 127 Abs. 3 Sätze 1 und 4 SGB V auf die Nennung der Ausschreibungsgewinner und den übernahmefähigen Preis. Dies gilt auch, wenn sich andere Leistungserbringer im Nachhinein bereit erklären, zu diesen Bedingungen zu liefern.

Neben der Zumutbarkeit der Versorgung ist die Information des Leistungserbringers über den Durchschnittspreis des unteren Preisdrittels Voraussetzung dafür, dass sich die Leistungspflicht der Krankenkasse auf diesen Betrag beschränkt. Sofern der Abgabepreis eines Leistungserbringers über dem Durchschnittspreis liegt, hat er den Versicherten dar-

über zu informieren, dass die Krankenkasse nur die Kosten in Höhe des Durchschnittspreise übernimmt und den Differenzbetrag von dem Versicherten einzubehalten. Die Zahlung für das Hilfsmittel wird von dem Vergütungsanspruch (Durchschnittspreis) berechnet und ist gleichzeitig einzubehalten.