



**Richtlinien
zur Empfehlung von
Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln
durch Pflegefachkräfte
gemäß § 40 Absatz 6 Satz 6 SGB XI**

vom 20.12.2021

Inkrafttreten der Richtlinien: 01.01.2022

GKV-Spitzenverband¹
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-3142
hilfsmittel@gkv-spitzenverband.de

¹ Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217 a SGB V. Er nimmt nach § 53 SGB XI auch die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahr.

Inhalt

1. Präambel	3
2. Empfehlungsbefugnis für Pflegefachkräfte.....	3
2.1 Sachlicher Geltungsbereich – Leistungsbereiche und Leistungsorte	4
2.1.1 Pflegesachleistung (häusliche Pflegehilfe).....	4
2.1.2 Beratung von Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit.....	4
2.1.3 Häusliche Krankenpflege	5
2.1.4 Außerklinische Intensivpflege	5
2.2 Produktbezogener Geltungsbereich.....	6
2.3 Eignung der empfehlenden Pflegefachkräfte	7
3. Grundsätze bei der Abgabe von Empfehlungen.....	8
3.1 Anforderungen an die Empfehlung der Pflegefachkraft und Aufgaben der Pflegefachkraft.....	8
3.2 Voraussetzungen für den Eintritt der Vermutungswirkung	9
3.3 Grenzen der Vermutungswirkung	10
3.4 Wirtschaftlichkeitsaspekte	10
3.5 Wahlfreiheit der Versicherten	11
4. Verfahren bei Antragstellung	11
 Ablauf Antragsverfahren.....	13
 Anhang I: Formular für die Empfehlung der Pflegefachkraft	14
Anhang II: Von der Vermutungsregelung umfasste Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel	16
Anhang III: Einschlägige Rechtsgrundlagen	30

1. Präambel

Infolge von Artikel 2 des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG)² können Pflegefachkräfte gemäß § 40 Absatz 6 SGB XI im Rahmen ihrer Leistungserbringung bei häuslicher Pflege nach § 36 SGB XI, bei häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V, bei außerklinischer Intensivpflege nach § 37c SGB V sowie bei den Beratungseinsätzen nach § 37 Absatz 3 SGB XI konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. Ziel der Neuregelung ist, dass Pflegebedürftige zügig für sie geeignete Pflegehilfsmittel oder Hilfsmittel erhalten, da die Pflegefachkräfte die häusliche Pflegesituation gut kennen. Ausweislich der Gesetzesbegründung zum GVWG beziehen sich solche Empfehlungen ausschließlich auf Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel, die den Zielen nach § 40 Absatz 1 Satz 1 SGB XI dienen. Im Fall einer solchen Empfehlung wird die Erforderlichkeit bzw. Notwendigkeit der Versorgung mit dem empfohlenen Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel vermutet, wenn die Pflegefachkraft über eine für diese Entscheidung gebotene Eignung verfügt.

Die Vermutung ersetzt nicht die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Eine weitergehende fachliche Überprüfung der Erforderlichkeit bzw. Notwendigkeit durch die Kranken- bzw. Pflegekasse wird demgegenüber nicht mehr durchgeführt, es sei denn, diese stellt die offensichtliche Unrichtigkeit der Empfehlung durch die Pflegefachkraft fest.

Vor diesem Hintergrund legt der GKV-Spitzenverband gemäß § 40 Absatz 6 Satz 6 und 7 SGB XI in den nachfolgenden Richtlinien fest, in welchen Fällen welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel durch Pflegefachkräfte empfohlen werden können und somit die Erforderlichkeit bzw. Notwendigkeit der Versorgung vermutet wird; dabei ist auch festzulegen, welche Eignungsvoraussetzungen die empfehlende Pflegefachkraft erfüllen muss und welches Verfahren bei der Antragstellung durch die bzw. den Pflegebedürftigen einzuhalten ist. Die Bundespflegekammer und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene wurden gemäß § 40 Absatz 6 Satz 8 SGB XI an den Richtlinien beteiligt.

Der GKV-Spitzenverband hat dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Januar 2025 einen Evaluationsbericht über die in den Richtlinien enthaltenen Festlegungen und zu den Verfahren aus fachlicher wie wirtschaftlicher Sicht vorzulegen.

2. Empfehlungsbefugnis für Pflegefachkräfte

Der GKV-Spitzenverband hat in den zugrundeliegenden Richtlinien festzulegen, welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel in welchen Fällen von Pflegefachkräften³ im Rahmen ihrer Leistungserbrin-

² Siehe Gesetz vom 11.07.2021 (BGBl. I S. 2754); Geltung ab 20.07.2021

³ Personen mit einer Berufserlaubnis nach § 1 PflBG (im Folgenden als Pflegefachkraft bezeichnet)

gung zur Versorgung der Pflegebedürftigen empfohlen werden können. Einer ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a SGB V bedarf es bei Vorliegen einer Empfehlung der Pflegefachkraft nicht (vgl. § 40 Absatz 6 Satz 4 und 6 SGB XI).

2.1 Sachlicher Geltungsbereich – Leistungsbereiche und Leistungsorte

Gemäß § 40 Absatz 6 Satz 1 SGB XI können Pflegefachkräfte im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36 SGB XI und nach den §§ 37 und 37c SGB V sowie bei Beratungseinsätzen nach § 37 Absatz 3 SGB XI konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. Die Regelungen zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte und die Vermutung der Erforderlichkeit bzw. Notwendigkeit der Versorgung können ausschließlich im Zusammenhang mit der Erbringung der folgenden Leistungen angewendet werden:

§ 36 SGB XI	Pflegesachleistung (häusliche Pflegehilfe)
§ 37 Absatz 3 SGB XI	Beratung von Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit
§ 37 SGB V	Häusliche Krankenpflege
§ 37c SGB V	Außerklinische Intensivpflege.

Nach der Gesetzessystematik gilt dies allein für die häusliche Pflege und nicht für stationäre Leistungen.

2.1.1 Pflegesachleistung (häusliche Pflegehilfe)

Häusliche Pflegehilfe wird in der Regel im eigenen Haushalt der oder des jeweiligen Pflegebedürftigen erbracht oder, wenn Pflegebedürftige nicht im eigenen Haushalt gepflegt werden, in dem privaten Lebensbereich eines anderen Haushalts. Häusliche Pflegehilfe kommt nicht in Betracht, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung oder in Räumlichkeiten i. S. d. § 71 Absatz 4 SGB XI gepflegt werden (vgl. § 36 Absatz 4 SGB XI).

Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Auch durch Einzelpersonen, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Absatz 1 SGB XI abgeschlossen hat, kann häusliche Pflegehilfe als Sachleistung erbracht werden (vgl. § 36 Absatz 4 Satz 2 und 3 SGB XI).

2.1.2 Beratung von Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit

Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, haben gemäß § 37 Absatz 3 Satz 1 SGB XI eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen. Darüber hinaus haben Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 Anspruch, halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch abzurufen. Beziehen Pflegebedürftige von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen, können sie ebenfalls halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen (vgl. § 37 Absatz 3 Satz 9 und 10 SGB XI). Diese Beratungsbesuche werden durch einen zugelassenen Pflegedienst, eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher

Kompetenz oder, sofern dies durch einen zugelassenen Pflegedienst vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft erbracht.

2.1.3 Häusliche Krankenpflege

Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte (vgl. § 37 Absatz 1 Satz 1 SGB V). In Ausnahmefällen erhalten Versicherte als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 43 SGB XI, wenn sie auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Da § 40 SGB XI nur für die häusliche Pflege gilt, kann in Fällen, in denen Versicherte häusliche Krankenpflege in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 43 SGB XI erhalten, die Vermutungswirkung für ein empfohlenes Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel nicht eintreten.

2.1.4 Außerklinische Intensivpflege

Versicherte können außerklinische Intensivpflege

- in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 SGB XI
- in vollstationären Einrichtungen i. S. d. 43a Satz 1 i. V. m. § 71 Absatz 4 Nummer 1 SGB XI oder Räumlichkeiten i. S. d. § 43a Satz 3 i. V. m. § 71 Absatz 4 Nummer 3 SGB XI
- in einer Wohneinheit i. S. d. § 132I Absatz 5 Nummer 1 SGB V oder
- in ihrem Haushalt oder in ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, in Schulen, Kindergärten und in Werkstätten für behinderte Menschen

erhalten.

Auch hier kann die Erforderlichkeit bzw. Notwendigkeit von empfohlenen Hilfsmitteln oder Pflegehilfsmitteln im Rahmen von außerklinischer Intensivpflege grundsätzlich nur in den Fällen vermutet werden, bei denen sich die Pflegebedürftigen in ihrem Haushalt oder in ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, in Schulen, Kindergärten und in Werkstätten für behinderte Menschen befinden, d. h. in ihrem privaten Lebensumfeld. Bei den übrigen Leistungsarten, an denen außerklinische Intensivpflege erbracht werden kann, handelt es sich um vollstationäre Einrichtungen oder Wohneinheiten, bei denen Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel entsprechend der konzeptionellen Ausrichtung und vertraglichen Regelungen grundsätzlich zur Verfügung stehen. Im Übrigen wird auf die Ausführungen zur „häuslichen Krankenpflege“ verwiesen, die hier entsprechend gelten. In Fällen, in denen Versicherte außerklinische Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen oder in Räumlichkeiten i. S. d. § 43a Satz 3 SGB XI erhalten, kann die Vermutungswirkung für ein empfohlenes Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel ebenfalls nicht eintreten.

2.2 Produktbezogener Geltungsbereich

Der GKV-Spitzenverband erstellt ein systematisch strukturiertes Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelverzeichnis, in dem von der Leistungspflicht der Kranken- bzw. Pflegekassen umfasste Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel aufgeführt werden (vgl. § 139 Absatz 1 SGB V i. V. m. § 78 Absatz 2 Satz 1 SGB XI). Dieses Verzeichnis gliedert sich in Produktuntergruppen und Produktarten, die übergreifende Produktbeschreibungen enthalten, und ist in der jeweils gültigen Fassung unter folgendem Link abrufbar:

<https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/home.>

Gemäß § 40 Absatz 6 Satz 1 SGB XI können Pflegefachkräfte Empfehlungen zur Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittelversorgung im Rahmen der unter Ziffer 2.1 dieser Richtlinien genannten Leistungserbringung abgeben. Wird ein Pflegehilfsmittel i. S. v. § 40 Absatz 1 Satz 1 SGB XI (Produktgruppen 50–54 des Pflegehilfsmittelverzeichnisses) oder ein doppelfunktionales Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel i. S. v. § 40 Absatz 5 Satz 1 SGB XI⁴ von einer Pflegefachkraft bei der Antragstellung empfohlen, wird unter den in diesen Richtlinien festgelegten Voraussetzungen die Erforderlichkeit bzw. Notwendigkeit des Hilfsmittels bzw. Pflegehilfsmittels vermutet. Für den Eintritt der Vermutungswirkung muss das Pflegehilfsmittel bzw. doppelfunktionale Hilfsmittel den Zielen des § 40 Absatz 1 Satz 1 SGB XI dienen, d. h.

- zur Erleichterung der Pflege der oder des Pflegebedürftigen beitragen oder
- zur Linderung ihrer bzw. seiner Beschwerden beitragen oder
- der oder dem Pflegebedürftigen eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen.

Nicht alle im Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelverzeichnis aufgeführten Produkte dienen dieser Zielsetzung. Daher ist in diesen Richtlinien auch festgelegt, für welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel die Vermutungswirkung grundsätzlich gelten kann. Vor diesem Hintergrund sind im Anhang II dieser Richtlinien die Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel auf Produktuntergruppen- oder Produktartenebene aufgelistet, die auf Basis einer Empfehlung durch die Pflegefachkraft die Vermutungswirkung i. S. v. § 40 Absatz 6 Satz 2 und 6 SGB XI auslösen können, soweit die übrigen Voraussetzungen dieser Richtlinien erfüllt sind. Mit der Hilfsmittel- oder Pflegehilfsmittelversorgung, für die die Vermutungswirkung im Sinne dieser Richtlinien ausgelöst werden kann, dürfen

⁴ Doppelfunktionale Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel (im allgemeinen Sprachgebrauch doppelfunktionale Hilfsmittel) können sowohl den Anspruchsvoraussetzungen gemäß § 33 Absatz 1 SGB V als auch den Anspruchsvoraussetzungen nach § 40 Absatz 1 Satz 1 SGB XI dienen. Die doppelfunktionalen Hilfsmittel sind in der vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigten Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes zur Festlegung der doppelfunktionalen Hilfsmittel abschließend aufgeführt. Hierbei handelt es sich um Grenzprodukte, für die der pflegerische Aspekt nicht von vornherein wesensimmanent ist und für deren Einsatz bzw. Anwendung ggf. eine ärztliche Begutachtung oder sogar Therapieentscheidung erforderlich sein kann.

keine sich darauf beziehenden ärztlichen Maßnahmen oder Therapieentscheidungen verbunden sein.

Bei der Empfehlung eines Hilfsmittels bzw. Pflegehilfsmittels ist die Produktart zu bezeichnen oder die 7-stellige Positionsnummer anzugeben. Das Einzelprodukt (bezeichnet durch die 10-stellige Positionsnummer) wird grundsätzlich vom Leistungserbringer nach Maßgabe der mit den Kranken- bzw. Pflegekassen abgeschlossenen Verträge zur wirtschaftlichen Versorgung ausgewählt.

2.3 Eignung der empfehlenden Pflegefachkräfte

Die Notwendigkeit bzw. Erforderlichkeit der Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittelversorgung kann nur vermutet werden, wenn die empfehlende Pflegefachkraft über die für diese Entscheidung erforderliche Eignung verfügt. Im Sinne dieser Richtlinien beschränkt sich dies auf die fachliche Eignung bzw. Qualifikation. Gemäß § 40 Absatz 6 Satz 6 zweiter Halbsatz SGB XI sind nachfolgend die Eignungsanforderungen festgelegt, die neben den übrigen Anforderungen dieser Richtlinien erfüllt werden müssen, damit die Vermutungswirkung ausgelöst werden kann.

Für die Wirkung der Vermutungsregelung ist mindestens eine Qualifikation der Pflegefachkraft nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG)⁵ erforderlich. Dabei handelt es sich um folgende Berufsabschlüsse:

- Pflegefachfrau/Pflegefachmann (§ 1 PflBG), ggf. mit akademischem Grad (§§ 37–39 PflBG)
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (§ 60 PflBG)
- Altenpflegerin/Altenpfleger (§ 61 PflBG)
- Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (§ 1 KrPflG)⁶ in der am 31.12.2019 geltenden Fassung oder weitergeltende Berufsbezeichnungen (§ 23 KrPflG), deren Berufsbezeichnung nach § 64 PflBG weitergilt
- Altenpflegerinnen und Altenpfleger, deren Berufsbezeichnung nach § 64 PflBG weitergilt
- Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse nach §§ 40, 41 oder 42 PflBG, wenn die Gleichwertigkeit der Qualifikation vorliegt.

Die Pflegefachkraft hat im Rahmen ihrer Empfehlung die ihr gemäß § 293 Absatz 8 SGB V zugewiesene Beschäftigtennummer und ihre Berufsbezeichnung anzugeben. Sofern die Beschäftigtennummer noch nicht vergeben ist, genügt die Angabe der Berufsbezeichnung. Ab dem 1. Januar 2023 ist die Beschäftigungsnummer verpflichtend anzugeben. Dies gilt nicht für Beratungsstellen

⁵ Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz) vom 17.07.2017 (BGBl. I S. 2581), zuletzt geändert durch Artikel 9a des Gesetzes vom 11.07.2021 (BGBl. I S. 2754).

⁶ Artikel 1 des Gesetzes vom 16.07.2003 BGBl. I S. 1442; zuletzt geändert durch Artikel 12 des Gesetzes vom 15.08.2019 BGBl. I S. 1307; aufgehoben durch Artikel 15 des Gesetzes vom 17.07.2017 BGBl. I S. 2581.

nach § 37 Absatz 7 SGB XI, solange die Vergabe einer Beschäftigtennummer nicht vorgesehen ist. Die Kranken- bzw. Pflegekasse kann das Vorliegen der erforderlichen Qualifikation in geeigneter Weise (Stichprobenerhebung oder Vollerhebung) überprüfen und dazu ggf. einen Berufsnachweis (z. B. Kopie der Berufsurkunde) von der Pflegefachkraft verlangen. Dabei können vertrauliche Angaben, z. B. Zeugnisnoten, geschwärzt werden.

3. Grundsätze bei der Abgabe von Empfehlungen

Bei der Abgabe ihrer Empfehlungen für ein Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel haben die Pflegefachkräfte nachfolgende Anforderungen und Hinweise zu beachten.

3.1 Anforderungen an die Empfehlung der Pflegefachkraft und Aufgaben der Pflegefachkraft

Allgemeine Grundsätze

- Die Pflegefachkraft empfiehlt die Hilfsmittel- oder Pflegehilfsmittel unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen und der Regelungen dieser Richtlinien.
- Sie verfolgt bei der Empfehlung keine eigenwirtschaftlichen Interessen.
- Die Pflegefachkraft beschreibt unter Berücksichtigung der individuellen Lebensumstände der oder des Pflegebedürftigen so konkret wie möglich, bei welchen Aktivitäten und zu welchem Zweck das empfohlene Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel genutzt werden soll. Die Notwendigkeit für die Empfehlung sollte nicht allein die funktionellen/strukturellen Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) berücksichtigen, sondern auch die noch verbliebenen Aktivitäten und die Fähigkeit zu deren Nutzung.
- Sie beachtet dabei, dass durch den Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittleinsatz die Selbstständigkeit erhöht oder die Pflege erleichtert wird oder dieser zur Linderung der Beschwerden der oder des Pflegebedürftigen beiträgt.
- Das Ziel einer (Pflege-)Hilfsmittelversorgung sollte auf der Grundlage realistischer, für die oder den Pflegebedürftigen alltagsrelevanter Anforderungen ermittelt werden. Dabei sind die individuellen Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt zu berücksichtigen.
- Dies schließt auch die Prüfung ein, ob und welche Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel bei der oder dem Pflegebedürftigen ungeachtet der Kostenträgerschaft bereits vorhanden sind.
- Eine erneute Empfehlung von Hilfsmitteln bzw. Pflegehilfsmitteln darf nicht abgegeben werden, wenn offensichtlich die Gebrauchsfähigkeit der bisher verwendeten Produkte durch Änderung oder Instandsetzung erhalten werden kann.
- Die Entscheidung darüber, ob eine Maßanfertigung erforderlich ist, ist von der Regelung in § 40 Absatz 6 SGB XI nicht erfasst und daher im Rahmen der Empfehlung nicht zulässig.

Hinweise zum Befüllen des Antragsformulars/Informationen des Pflegebedürftigen

- Die Pflegefachkraft trägt die gemäß Anhang I dieser Richtlinien geforderten Informationen vollständig und wahrheitsgemäß in das dafür vorgesehene Formular ein. Für unterschiedliche Hilfs- und Pflegehilfsmittel ist jeweils ein gesondertes Formular auszufüllen.

- Zubehörteile oder besondere Ausstattungen der Produkte sind in dem Formular aufzuführen, in dem das Basisprodukt empfohlen wird.
- Die Pflegefachkraft hat bei der Empfehlung die 7-stellige Positionsnummer des Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittelverzeichnisses anzugeben oder das Produkt nach der Art konkret zu bezeichnen. Dabei dürfen keine Firmenprodukte bestimmter Hersteller oder Leistungserbringer empfohlen werden, sondern es sind die Bezeichnungen der Produktarten des Hilfsmittel- oder Pflegehilfsmittelverzeichnisses zu verwenden.
- Die Pflegefachkraft gibt ihre Beschäftigtennummer gemäß § 293 Absatz 8 SGB V an, sobald die entsprechende Datenbank vollständig aufgebaut ist bzw. soweit ihr eine solche zugeordnet ist. Unabhängig davon versichert die Pflegefachkraft, über eine Qualifikation gemäß den Anforderungen in diesen Richtlinien zu verfügen. Die Kranken- bzw. Pflegekasse behält sich vor, dies ggf. durch geeignete Maßnahmen zu überprüfen.
- Die Pflegefachkraft vergewissert sich, dass die oder der Pflegebedürftige die Empfehlung der Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel zur Kenntnis nimmt.
- Die Pflegefachkraft informiert die bzw. den Pflegebedürftigen, dass die Empfehlung zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der Kranken- bzw. Pflegekasse nicht älter als zwei Wochen sein darf.

3.2 Voraussetzungen für den Eintritt der Vermutungswirkung

Folgende Voraussetzungen müssen für den Eintritt der Vermutungswirkung i. S. v. § 40 Absatz 6 Satz 2 und 6 SGB XI mindestens erfüllt sein:

- Die Pflegefachkraft empfiehlt der oder dem Pflegebedürftigen Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel im Rahmen der Erbringung von
 - Pflegesachleistungen [Häusliche Pflegehilfe] (§ 36 SGB XI)
 - Beratungen bestimmter Pflegebedürftiger in der eigenen Häuslichkeit (§ 37 Absatz 3 SGB XI)
 - häuslicher Krankenpflege (§ 37 SGB V) oder
 - außerklinischer Intensivpflege (§ 37c SGB V).

Die Pflegefachkraft ist nach den Vorschriften des SGB V oder SGB XI befugt, die vorgenannten Leistungen zu erbringen und erfüllt die sich dazu aus den Gesetzen und Versorgungsverträgen ergebenden Voraussetzungen.

- Die Empfehlung der Pflegefachkraft erfolgt in der Häuslichkeit der oder des Pflegebedürftigen bzw. an einem anderen (ambulanten) Leistungsort, an dem sich diese bzw. dieser alternativ aufhält; die Regelungen gelten nicht für Ansprüche auf Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel von Pflegebedürftigen, die sich in vollstationären Einrichtungen befinden.
- Die Pflegefachkraft verfügt über die für die Empfehlung erforderliche Eignung gemäß den in diesen Richtlinien genannten Anforderungen. Ab dem 1. Januar 2023 ist die Beschäftigtennummer i. S. v. § 293 Absatz 8 SGB V bei der Empfehlung – soweit vergeben – verpflichtend anzugeben.

- Die Empfehlung der Pflegefachkraft bezieht sich auf ein Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel, das im Anhang II dieser Richtlinien auf Produktuntergruppen- bzw. Produktartenebene bezeichnet ist.
- Die Empfehlung der Pflegefachkraft darf bei der Antragstellung (Leistungsantrag des Versicherten) nicht älter als zwei Wochen sein.

3.3 Grenzen der Vermutungswirkung

Aufgrund der eingetretenen Vermutungswirkung ist eine weitergehende fachliche Überprüfung der Notwendigkeit bzw. Erforderlichkeit der empfohlenen Hilfsmittel- oder Pflegehilfsmittel durch die Kranken- bzw. Pflegekasse nicht mehr geboten, es sei denn, diese stellt die offensichtliche Unrichtigkeit der Empfehlung fest (z. B. Empfehlung von Hilfsmitteln, die nicht im Anhang II dieser Richtlinien aufgeführt sind). In diesen Fällen tritt die Vermutungswirkung nicht ein.

Die Vermutung ersetzt nicht die vorrangige Feststellung der weiteren Leistungsvoraussetzungen, ob zum Beispiel ein Versicherungsverhältnis oder Pflegebedürftigkeit vorliegt.

3.4 Wirtschaftlichkeitsaspekte

Die Vermutungswirkung ersetzt auch nicht die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der angestrebten Versorgung durch die Kranken- bzw. Pflegekassen.

Damit eine von der Pflegefachkraft abgegebene Empfehlung tatsächlich zur entsprechenden Versorgung führen kann, hat die Pflegefachkraft die allgemeinen Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsgrundsätze bereits bei der Entscheidung über eine Empfehlung zu berücksichtigen. Allgemein ist das Wirtschaftlichkeitsgebot in § 29 SGB XI normiert, wonach die Leistungen der Pflegeversicherung wirksam und wirtschaftlich sein müssen. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Pflegebedürftige nicht beanspruchen, dürfen die Pflegekassen nicht bewilligen und dürfen die Leistungserbringer nicht zu Lasten der sozialen Pflegeversicherung bewirken. Gemäß § 4 Absatz 3 SGB XI haben Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige darauf hinzuwirken, dass die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

Im Sinne einer wirksamen, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung sind von den Pflegefachkräften folgende Aspekte bei ihrer Entscheidung zu beachten:

- Die Entscheidung über eine Empfehlung von Hilfsmitteln bzw. Pflegehilfsmitteln hat nach pflichtgemäßem Ermessen innerhalb des durch das Gesetz und diese Richtlinien bestimmten Rahmens zu erfolgen, um den Pflegebedürftigen eine nach dem allgemein anerkannten Stand der pflegerischen Erkenntnisse ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Hilfsmitteln bzw. Pflegehilfsmitteln – auch in Form der aktivierenden Pflege – zukommen zu lassen.

- Die Pflegefachkräfte haben vor der Abgabe ihrer Empfehlung auch zu prüfen, ob entsprechend dem Gebot der Wirtschaftlichkeit das angestrebte Versorgungsziel durch andere Maßnahmen erreicht werden kann.
- Unter verschiedenen funktionsgleichen Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittelarten, die für die oder den Pflegebedürftige(n) gleichermaßen geeignet sind, kommt die nach Art und Umfang dem Gebot der Wirtschaftlichkeit entsprechende in Betracht. Das Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittelverzeichnis dient hierbei als Orientierungs- und Auslegungshilfe und bietet einen für Vergleichszwecke geeigneten Überblick (siehe hierzu Kapitel 2.2 dieser Richtlinien).
- Eine gleichzeitige Empfehlung mehrerer Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittelarten für denselben Anwendungsbereich kann nur sinnvoll sein, wenn durch sie eine pflegerisch zweckmäßige Synergie bewirkt wird. Dies bedarf einer besonderen Begründung.

3.5 Wahlfreiheit der Versicherten (Pflegebedürftigen)

In § 40 Absatz 1 Satz 4 SGB XI, der die Anspruchsgrundlage für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln darstellt, wird die entsprechende Geltung des § 33 Absatz 6 SGB V geregelt. Danach können Versicherte alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. Dies ergibt sich für Pflegeleistungen bereits ausdrücklich aus § 29 Absatz 2 SGB XI. Vertragsärzte oder Krankenkassen dürfen, soweit gesetzlich nicht etwas anderes bestimmt ist oder aus medizinischen Gründen im Einzelfall eine Empfehlung geboten ist, weder Verordnungen bestimmten Leistungserbringern zuweisen, noch die Versicherten dahingehend beeinflussen, Verordnungen bei einem bestimmten Leistungserbringer einzulösen.

In entsprechender Anwendung dieser Vorschrift gilt dies auch für Pflegefachkräfte bei Abgabe ihrer Empfehlungen. Die Pflegekraft darf die Empfehlung nicht bestimmten Leistungserbringern zuweisen oder die Versicherten dahingehend beeinflussen, die Empfehlung bei einem bestimmten Leistungserbringer einzulösen.

4. Verfahren bei Antragstellung

Gemäß § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB XI erhalten Versicherte die Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag. Dies gilt auch für die Beantragung von Pflegehilfsmitteln oder Hilfsmitteln im Sinne dieser Richtlinien. Gemäß § 40 Absatz 6 Satz 5 SGB XI ist die Empfehlung der Pflegefachkraft für ein Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel, das den Zielen des § 40 Absatz 1 Satz 1 SGB XI dient, der Kranken- bzw. Pflegekasse zusammen mit dem Antrag der oder des Pflegebedürftigen (auf Bewilligung eines Pflegehilfsmittels bzw. doppelfunktionalen Hilfsmittels) in Textform zu übermitteln. Die Empfehlung der Pflegefachkraft darf bei der Antragstellung nicht älter als zwei Wochen sein (vgl. § 40 Absatz 6 Satz 3 SGB XI). Die Kranken- bzw. Pflegekasse hat über die Genehmigung des mitsamt der Empfehlung der Pflegefachkraft übermittelten Antrags auf Pflegehilfsmittel zügig, spätestens jedoch bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden (vgl. § 40 Absatz 7 Satz 2 SGB XI), es sei denn, es liegen Gründe vor, aus denen sie an der Einhaltung der Frist gehindert ist. Die Geltung des § 40 Absatz 7 Satz 3 und 4 SGB XI ist hiervon unberührt.

Zur Gewährleistung einer zeitnahen Versorgung nach Empfehlung eines Hilfsmittels bzw. Pflegehilfsmittels durch eine Pflegefachkraft soll wie beim bisherigen Verfahren auf Basis einer ärztlichen Verordnung direkt ein (Pflege-)Hilfsmittelleistungserbringer von der bzw. dem Versicherten kontaktiert werden. Diese etablierten Versorgungsstrukturen gewährleisten, dass insbesondere die Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen sicherstellt und die Versorgung zügig durchgeführt werden können. Weiterhin bleiben die vertraglichen Regelungen zur Genehmigungspflicht/-freiheit bei bestimmten Hilfsmitteln bzw. Pflegehilfsmitteln von diesen Richtlinien unberührt.

Vor diesem Hintergrund gestaltet sich der Ablauf des Verfahrens wie folgt:

- Die Empfehlung ist der oder dem Pflegebedürftigen oder einer anderen autorisierten Person (Betreuerin bzw. Betreuer der oder des Pflegebedürftigen oder einer bevollmächtigten Person) auszuhändigen.
- Die Pflegefachkraft weist die Pflegebedürftige oder den Pflegebedürftigen darauf hin, dass sie oder er sich mit der ihr oder ihm ausgehändigten Empfehlung einen Leistungserbringer, der Vertragspartner der Kranken- oder Pflegekasse ist, zur Versorgung auswählen soll.
- Der Leistungserbringer stellt in Textform bei der Kranken- bzw. der Pflegekasse unter Beifügung der Empfehlung für die Pflegebedürftige oder den Pflegebedürftigen den Antrag auf Bewilligung des Hilfsmittels bzw. Pflegehilfsmittels unter Berücksichtigung der vertraglichen Regelungen zur entsprechenden Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittelversorgung, insbesondere hinsichtlich der Genehmigungspflicht/-freiheit.
- Mit dem Eingang des Antrags inkl. Empfehlung bei der Kranken- bzw. Pflegekasse beginnt die Frist für die Genehmigung gemäß § 40 Absatz 7 Satz 1 SGB XI. Ausnahmsweise kann die oder der Pflegebedürftige oder die Pflegefachkraft den Antrag auch direkt an die Kranken- bzw. Pflegekasse weiterleiten.
- Die Empfehlung darf bei Antragstellung nicht älter als zwei Wochen sein. Die Frist gilt als gewahrt, wenn die oder der Pflegebedürftige die Empfehlung beim Leistungserbringer innerhalb dieser Frist abgibt. Verzögerungen in der Antragstellung durch den Leistungserbringer, die die oder der Pflegebedürftige nicht zu vertreten hat, sind von dieser Regelung ausgenommen.

Ablauf Antragsverfahren

Empfehlung nach § 40 Absatz 6 SGB XI

einer geeigneten Pflegefachkraft für ein Pflegehilfsmittel oder Hilfsmittel, das den Zielen des § 40 Absatz 1 Satz 1 SGB XI dient.

Die Empfehlung ist unter Beachtung der leistungsrechtlichen und anderen Grundsätze dieser Richtlinien abzugeben.

- im Rahmen einer Leistungserbringung nach § 36 SGB XI, § 37 SGB V, § 37c SGB V oder § 37 Absatz 3 SGB XI
- für die Versorgung im ambulanten/häuslichen Bereich
- Bezeichnung des (Pflege-)hilfsmittels auf Produktartenebene (7-stellige Hilfsmittelpositionsnummer)
- Angabe der Qualifikation und/oder Beschäftigtennummer (spätestens ab 01.01.2023)
- Keine Beeinflussung zur Inanspruchnahme bestimmter Leistungserbringer



Pflegebedürftige bzw. Pflegebedürftiger
erhält Empfehlung, ist einverstanden und leitet sie weiter an



Hilfsmittel-Leistungserbringer*

stellt Leistungsantrag für Pflegebedürftige bzw. Pflegebedürftigen bei Kranken-/Pflegekasse

Leistungsantrag

auf Bewilligung eines (Pflege-)Hilfsmittels

- Textform
- Empfehlung der Pflegefachkraft liegt bei
- Empfehlung der Pflegefachkraft ≤ 2 Wochen bei Antragstellung



Genehmigung der Kranken- bzw. Pflegekasse

auf Basis der bestehenden Regelungen in den Versorgungsverträgen insbesondere über die Genehmigungsfreiheit bestimmter Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel

1 Entscheidung zügig, spätestens innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang bei Kranken- bzw. Pflegekasse

- Prüfung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen
- Kranken- bzw. Pflegekasse stellt keine offensichtliche Unrichtigkeit der Empfehlung der Pflegefachkraft fest
- Prüfung der Wirtschaftlichkeit

* Ausnahmsweise kann die bzw. der Pflegebedürftige oder die Pflegefachkraft den Antrag direkt an die Kranken- bzw. Pflegekasse weiterleiten.

**Empfehlung der Pflegefachkraft nach § 40 Absatz 6 SGB XI
für ein Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel**

Anhang I

(Bitte pro Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel inkl. Zubehör und Zusätze ein Formular verwenden.)

I. Allgemeine Angaben

	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>										
Name, Vorname der/des Versicherten	Versichertennummer										
	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>										
Telefonnummer (freiwillig)	Geburtsdatum (TT MM JJJJ)										

Anschrift der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Name, Anschrift der zuständigen Krankenkasse/Pflegekasse

	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>										
Name, Vorname der Pflegefachkraft	Beschäftigtennummer (§ 293 Abs. 8 SGB V)										
	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>										
	Institutionskennzeichen des Pflegedienstes, der Beratungsstelle nach § 37 Abs. 7 SGB XI o. der Pflegefachkraft nach § 77 SGB XI										

Name, Anschrift o. ggf. Stempel des Pflegedienstes, der Beratungsstelle o. der Pflegefachkraft	Telefonnummer (für Rückfragen)

II. Angaben der Pflegefachkraft

a) Vorhandene Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel
Bei der/dem Versicherten sind bereits folgende Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel vorhanden (bitte auch die Hilfsmittel auflisten, die nicht pflegerischen Zielen des § 40 SGB XI dienen, unabhängig vom Kostenträger):

Keine Folgende **Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel** sind bereits vorhanden:

b) Empfehlung der Pflegefachkraft:
Ich empfehle für die o. g. Versicherte bzw. den Versicherten folgendes Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel (bitte das Produkt nach seiner Art bezeichnen und kein einzelnes Firmenprodukt/keinen Markennamen nennen):

	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>								
Bezeichnung des Hilfsmittels/Pflegehilfsmittels	7-stellige Positionsnummer								
	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>								
Ggf. Bezeichnung des Zubehörs	7-stellige Positionsnummer								

c) Begründung für die Empfehlung:
Das Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel dient der bzw. dem Pflegebedürftigen zu folgendem Zweck und wird aus folgenden Gründen benötigt:

Hinweis für die Pflegefachkraft: Im Fall Ihrer Empfehlung kann die Erforderlichkeit bzw. Notwendigkeit der Versorgung nur für die Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel vermutet werden, die im Anhang II dieser Richtlinien als Produktart aufgeführt sind. Es ist zu beachten, dass Pflegebedürftigkeit der bzw. des Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI vorliegen muss. Bitte geben Sie folgende Erklärung ab:

Ich versichere, dass ich die Angaben vollständig gemacht habe, die fachlichen Anforderungen gemäß Ziffer 2.3 dieser Richtlinien erfülle und über folgende berufliche Qualifikation verfüge:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum (TT MM JJJJ)

Unterschrift Pflegefachkraft

III. Bestätigung der/des Versicherten (Pflegebedürftigen)

Hiermit nehme ich die oben genannte Empfehlung der Pflegefachkraft für das (Pflege-) Hilfsmittel zur Kenntnis und bin damit einverstanden. Mit dieser Empfehlung kann ich **innerhalb von zwei Wochen** bei meiner Pflege-/Krankenkasse einen Leistungsantrag stellen. Hierzu werde ich einen Leistungserbringer (z. B. Sanitätshaus, Apotheke) wählen, der Vertragspartner der Pflege-/Krankenkasse ist, und dies für mich übernimmt. Eine ärztliche Verordnung (Rezept) ist nicht erforderlich. Mit ist bekannt, dass die Pflege-/Krankenkasse nur die Kosten für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistung übernimmt. Eine Doppelversorgung ist ausgeschlossen.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum (TT MM JJJJ)

Unterschrift Versicherte/Versicherter oder gesetzliche(r) Vertreter(in)

IV. Empfangsbestätigung der/des Versicherten für ein Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel

Ich habe das (Pflege-)Hilfsmittel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer

von folgendem Leistungserbringer erhalten:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

Name, Anschrift oder ggf. Stempel des Leistungserbringers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum (TT MM JJJJ)

Unterschrift Versicherte/Versicherter oder gesetzliche(r) Vertreter(in)

Anhang II: Von der Vermutungsregelung umfasste Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel⁷

Das Hilfsmittelverzeichnis inkl. Pflegehilfsmittelverzeichnis gliedert sich in Produktgruppen. In jeder Produktgruppe wird eine systematische Unterteilung in Anwendungsorte, Untergruppen (sechsstellige Positionsnummer) und Produktarten (siebenstellige Positionsnummer) vorgenommen.

Im Fall einer Empfehlung durch eine Pflegefachkraft kann die Erforderlichkeit bzw. Notwendigkeit der Versorgung nur für die nachfolgend aufgeführten Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel (auf Produktartenebene) vermutet werden. Die Produktuntergruppen sind lediglich zur besseren Übersicht aufgeführt; Empfehlungen können nur für die sich jeweils darunter aufgeführten Produktarten ausgesprochen werden.

Zubehör, Ausstattungen, Zusätze u. ä. können ebenfalls von der Empfehlung umfasst sein, sofern das Basisprodukt zu den empfehlungsfähigen Hilfsmitteln bzw. Pflegehilfsmitteln gehört.

⁷ Die Gliederungen rekurren auf das Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelverzeichnis gemäß § 139 Absatz 1 SGB V i. V. m. § 78 Absatz 2 SGB XI mit Stand vom 05.10.2021. Anpassungen dieses Anhangs an Fortschreibungen des Pflegehilfsmittelverzeichnisses gelten nicht als Änderungen dieser Richtlinien, soweit sie nicht im Widerspruch zu den Regelungen in diesen Richtlinien stehen. Änderungen der Systematik des Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelverzeichnisses, die noch nicht in diesen Richtlinien nachvollzogen wurden, gehen den Richtlinien vor.

Produktgruppe 04: Bade- und Duschhilfen (doppelfunktional)

04.40.01 – Badewannenlifter

04.40.01.0 – Badewannenlifter

04.40.02 – Badewannensitze

04.40.02.0 – Badewannenbretter

04.40.02.1 – Badewannensitze ohne Rückenlehne

04.40.02.2 – Badewannensitze mit Rückenlehne

04.40.02.3 – Badewannensitze mit Rückenlehne, drehbar

04.40.03 – Duschhilfen

04.40.03.0 – Duschsitze, an der Wand montiert

04.40.03.1 – Duschhocker

04.40.03.2 – Duschstühle

04.40.03.3 – Duschliegen

04.40.03.4 – Fahrbare Duschliegen

04.40.03.5 – Duschstühle für Kinder und Jugendliche

04.40.04 – Badewanneneinsätze

04.40.04.0 – Badeliegen

04.40.05 – Sicherheitsgriffe und Aufrichtehilfen

04.40.05.0 – Badewannengriffe, mobil

04.40.05.1 – Stützgriffe für Waschbecken und Toiletten

04.40.05.2 – Boden-Deckenstangen

Produktgruppe 18: Kranken-/Behindertenfahrzeuge (doppelfunktional)

18.46.01 – Dusch-/Toilettenrollstühle

18.46.01.0 – Dusch-/Toilettenrollstühle mit Greifreifen

18.46.01.1 – Dusch-/Toilettenrollstühle mit Greifreifen, verstärkte Ausführung

18.46.01.2 – Dusch-/Toilettenschieberrollstühle

18.46.01.3 – Dusch-/Toilettenschieberrollstühle, verstärkte Ausführung

18.46.01.4 – Dusch-/Toilettenrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit

18.46.01.5 – Dusch-/Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche

18.46.01.6 – Dusch-/Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit

18.46.02 – Toilettenrollstühle

18.46.02.0 – Toilettenrollstühle

18.46.02.1 – Toilettenrollstühle, verstärkte Ausführung

18.46.02.2 – Toilettenrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit

18.46.02.3 – Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche

18.46.02.4 – Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit

18.46.03 – Duschrollstühle

18.46.03.0 – Duschrollstühle mit Greifreifen

18.46.03.1 – Dusch-Schieberrollstühle

18.46.03.2 – Duschrollstühle mit Greifreifen, verstärkte Ausführung

18.46.03.3 – Dusch-Schieberrollstühle, verstärkte Ausführung

18.46.03.4 – Duschrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit

18.46.03.5 – Duschrollstühle für Kinder und Jugendliche

18.46.03.6 – Duschrollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit

18.50.01 – Schieberrollstühle

18.50.01.0 – Schieberrollstühle

18.50.01.1 – Schieberrollstühle mit Rückenlehnenverstellung

18.50.01.2 – Schieberollstühle, verstärkte Ausführung

18.50.01.3 – Schieberollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit

18.50.01.4 – Schieberollstühle mit Rückenlehnenverstellung, verstärkte Ausführung

18.50.01.5 – Schieberollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit, verstärkte Ausführung

18.50.02 – Rollstühle mit Greifreifenantrieb

18.50.02.0 – Standardgreifreifenrollstühle

18.50.02.2 – Leichtgewicht-Standardgreifreifenrollstühle

18.50.02.3 – Standardgreifreifenrollstühle, verstärkte Ausführung

18.50.02.5 – Greifreifenrollstühle mit Rückenlehnenverstellung

18.50.02.6 – Greifreifenrollstühle mit Rückenlehnenverstellung, verstärkte Ausführung

18.50.02.7 – Greifreifenrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit

18.50.02.8 – Greifreifenrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit, verstärkte Ausführung

Produktgruppe 19: Krankenpflegeartikel (doppelfunktional)

19.40.01 – Behindertengerechte Betten

- 19.40.01.3 – Betten, motorisch verstellbar
- 19.40.01.4 – Stehbetten
- 19.40.01.5 – Niedrigbetten
- 19.40.01.6 – Kinder-/Kleinwüchsigenbetten
- 19.40.01.7 – Betten, motorisch verstellbar, mit erhöhter Tragfähigkeit
- 19.40.01.8 – Behindertengerechte Betten mit Sitz- und Aufrichtfunktion

19.40.02 – Behindertengerechtes Bettzubehör

- 19.40.02.0 – Bettverlängerungen
- 19.40.02.1 – Bettverkürzer
- 19.40.02.2 – Bettaufrichter (Bettgalgen)
- 19.40.02.3 – Sonstige Aufrichthilfen
- 19.40.02.4 – Bettseitenteile (Seitengitter)
- 19.40.02.6 – Seitenpolster für behindertengerechte Betten

19.40.03 – Bettzurichtungen

- 19.40.03.0 – Einlegerahmen, motorisch verstellbar
- 19.40.03.3 – Einlegerahmen, motorisch verstellbar mit Sitz-/Schwenkfunktion
- 19.40.03.4 – Einlegerahmen mit erhöhter Tragfähigkeit, motorisch verstellbar

19.40.04 – Stechbecken (Bettpfannen)

- 19.40.04.0 – Stechbecken

19.40.05 – Bettschutzeinlagen

- 19.40.05.0 – Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar, 0,4 x 0,6 m
- 19.40.05.1 – Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar, 0,6 x 0,6 m
- 19.40.05.2 – Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar, 0,6 x 0,9 m
- 19.40.05.3 – Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch, 0,4 x 0,6 m

19.40.05.4 – Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch, 0,6 x 0,6 m

19.40.05.5 – Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch, 0,6 x 0,9 m

Produktgruppe 20: Lagerungshilfen (doppelfunktional)

20.29.01 – Lagerungskeile

20.29.01.0 – Lagerungskeile bis zu 10 cm Höhe

20.29.01.1 – Lagerungskeile bis zu 20 cm Höhe

20.29.01.2 – Lagerungskeile bis zu 30 cm Höhe

20.29.01.3 – Lagerungskeile über 30 cm Höhe

20.29.02 – Funktionelle Lagerungssysteme für Kinder

20.29.02.0 – Funktionelle Lagerungssysteme für Kinder

Produktgruppe 22: Mobilitätshilfen (doppelfunktional)

22.29.01 – Umsetz- und Hebehilfen

22.29.01.0 – Drehscheiben

22.29.01.1 – Positionswechselhilfen

22.29.01.2 – Umlager-/Wendehilfen

22.29.01.3 – Rutschbretter

22.29.01.6 – Umsetz-/Aufrichthilfen, beweglich

22.29.01.7 – Umlager-/Wendehilfen zum permanenten Verbleib im Bett

22.29.02 – Aufstehhilfen/-vorrichtungen für Sessel/Stühle

22.29.02.2 – Aufstehhilfen

22.40.01 – Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung

22.40.01.0 – Lifter, fahrbar

22.40.01.1 – Aufstehlifter, fahrbar

22.40.02 – Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert

22.40.02.0 – Wandlifter

22.40.05 – Stationäre Lifter

22.40.05.1 – Lifter, freistehend mit Bodenständern, ohne Fahrtrieb

22.40.05.2 – Lifter, freistehend mit Bodenständern, mit Fahrtrieb

Produktgruppe 33: Toilettenhilfen (doppelfunktional)

33.40.01 – Toilettensitze

33.40.01.0 – Toilettensitzerhöhungen

33.40.01.1 – Toilettensitzerhöhungen, höhenverstellbar

33.40.01.2 – Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen

33.40.01.3 – Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen, höhenverstellbar

33.40.01.4 – Toilettensitze für Kinder und Jugendliche

33.40.02 – Toilettenstützgestelle

33.40.02.0 – Toilettenstützgestelle

33.40.02.1 – Toilettensitzgestelle

33.40.03 – Toilettenaufstehhilfen

33.40.03.1 – Toilettenaufstehhilfe, elektrisch

33.40.04 – Toilettenstühle

33.40.04.0 – Feststehende Toilettenstühle

33.40.04.1 – Toilettenstühle für Kinder und Jugendliche

33.40.05 – WC-Aufsätze mit Wascheinrichtung

33.40.05.0 – WC-Aufsätze mit Wascheinrichtung

Produktgruppe 50: Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege

50.45.01 – Pflegebetten

50.45.01.1 – Pflegebetten, motorisch verstellbar

50.45.01.2 – Kinder-/Kleinwüchsigenpflegebetten

50.45.01.3 – Pflegebetten, motorisch verstellbar, mit erhöhter Tragfähigkeit

50.45.01.4 – Pflegebetten mit Sitz- und Aufrichtfunktion

50.45.01.5 – Niedrigpflegebetten

50.45.02 – Pflegebettzubehör

50.45.02.0 – Bettverlängerungen

50.45.02.1 – Bettverkürzungen

50.45.02.2 – Bettaufrichter (Bettgalgen)

50.45.02.3 – sonstige Aufrichthilfen

50.45.02.4 – Bettseitenteile (Seitengitter)

50.45.02.6 – Seitenpolster für Pflegebetten

50.45.03 – Bettzurichtungen zur Pflegeerleichterung

50.45.03.0 – Einlegerahmen

50.45.03.3 – Einlegerahmen mit Sitz-/Schwenkfunktion

50.45.03.4 – Einlegerahmen mit erhöhter Tragfähigkeit

50.45.04 – Spezielle Pflegebettische

50.45.04.0 – Pflegebettische

50.45.04.1 – Bettnachtsschränke mit verstellbarer Tischplatte

50.45.06 – Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung

50.45.06.1 – Sitzhilfen bei Chorea Huntington

50.45.07 – Rollstühle mit Sitzkantelung

50.45.07.0 – Schieberollstühle mit Sitzkantelung und manueller Sitzverstellung

50.45.07.1 – Schieberollstühle mit Sitzkantelung und motorischer Sitzverstellung

50.45.07.2 – Greifreifenrollstühle mit Sitzkantelung und manueller Sitzverstellung

50.45.09 – Lagekorrekturhilfen für Bettlaken

50.45.09.0 – Elektromotorische Lakenaufzugsvorrichtungen

Produktgruppe 51: Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden

51.40.01 – Produkte zur Hygiene im Bett

51.40.01.0 – Bettpfannen

51.40.01.1 – Urinflaschen

51.40.01.2 – Urinschiffchen

51.40.01.3 – Urinflaschenhalter

51.40.01.4 – Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar, verschiedene Größen

51.45.01 – Waschsysteme

51.45.01.0 – Kopfwachsysteme

51.45.01.1 – Ganzkörperwaschsysteme

51.45.02 – Lagerungsrollen

51.45.02.0 – Lagerungsrollen

51.45.02.1 – Lagerungshalbrollen

Produktgruppe 52: Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität

52.40.01 – Notrufsysteme

52.40.01.1 – Hausnotrufsysteme, angeschlossen an Zentrale

52.40.02 – Zubehör für Hausnotrufsysteme

52.40.02.0 – Alarmsender

52.40.03 – Pflegehilfsmittel zur Verbesserung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten

52.40.03.0 – Pflegehilfsmittel zur örtlichen Orientierung

52.40.03.1 – Pflegehilfsmittel zur zeitlichen Orientierung

52.40.03.2 – Erinnerungshilfen für wesentliche Ereignisse

52.40.03.3 – Produkte zum Erkennen von Risiken und Gefahren

52.40.04 – Pflegehilfsmittel zur Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

52.40.04.0 – Produkte zur Unterstützung der Medikamenteneinnahme

52.40.04.1 – Produkte zur Messung und Deutung von Körperzuständen

Produktgruppe 54: Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

54.45.01 – Saugende Bettschutzeinlagen

54.45.01.0 – Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch, verschiedene Größen

54.99.01 – Schutzbekleidung

54.99.01.0 – Fingerlinge

54.99.01.1 – Einmalhandschuhe

54.99.01.2 – Mundschutz

54.99.01.3 – Schutzschürzen

54.99.01.4 – Einmallätzchen

54.99.02 – Sonstige zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

54.99.02.0 – Desinfektionsmittel

Anhang III: Einschlägige Rechtsgrundlagen⁸

SGB V – § 33 Hilfsmittel, Absatz 5a

(5a) **1**Eine vertragsärztliche Verordnung ist für die Beantragung von Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 nur erforderlich, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. **2**Abweichend von Satz 1 können die Krankenkassen eine vertragsärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Kostenübernahme verlangen, soweit sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben. **3**§ 18 Absatz 6a und § 40 Absatz 6 des Elften Buches sind zu beachten.

(Text in der Fassung des Artikels 1 GVWG, Gesetz vom 11.07.2021 m. W. v. 20.07.2021, BGBl. I S. 2754)

SGB V – § 37 Häusliche Krankenpflege, Absatz 1–3

(1) **1**Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. **2**§ 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. **3**Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. **4**Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. **5**In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(1a) **1**Versicherte erhalten an geeigneten Orten im Sinne von Absatz 1 Satz 1 wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 i. S. d. Elften Buches vorliegt, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. **2**Absatz 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

(2) **1**Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. **2**§ 10 der

⁸ Anpassungen dieses Anhangs an gesetzliche Änderungen gelten nicht als Änderungen dieser Richtlinien, soweit sie nicht im Widerspruch zu den Regelungen in diesen Richtlinien stehen. Gesetzesänderungen, die noch nicht in diesen Richtlinien nachvollzogen wurden, gehen den Richtlinien vor.

Werkstättenverordnung bleibt unberührt. **3**Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen i. S. d. § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben; § 37c Absatz 3 gilt entsprechend. **4**Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. **5**Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. **6**Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 i. S. d. Elften Buches nicht zulässig. **7**Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird. **8**Versicherte erhalten in stationären Einrichtungen i. S. d. § 43a des Elften Buches Leistungen nach Satz 1, wenn der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert.

(Text in der Fassung des Artikels 1 GVWG, Gesetz vom 11.07.2021 m. W. v. 20.07.2021, BGBl. I S. 2754)

SGB V – § 37c Außerklinische Intensivpflege, Absatz 1–4

(1) **1**Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. **2**Ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege liegt vor, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist. **3**Der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege umfasst die medizinische Behandlungspflege, die zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist, sowie eine Beratung durch die Krankenkasse, insbesondere zur Auswahl des geeigneten Leistungsorts nach Absatz 2. **4**Die Leistung bedarf der Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt, die oder der für die Versorgung dieser Versicherten besonders qualifiziert ist. **5**Die verordnende Vertragsärztin oder der verordnende Vertragsarzt hat das Therapieziel mit dem Versicherten zu erörtern und individuell festzustellen, bei Bedarf unter Einbeziehung palliativmedizinischer Fachkompetenz. **6**Bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind, sind mit jeder Verordnung einer außerklinischen Intensivpflege das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung sowie die zu deren Umsetzung notwendigen Maßnahmen zu erheben, zu dokumentieren und auf deren Umsetzung hinzuwirken. **7**Zur Erhebung und Dokumentation nach Satz 6 sind auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen oder Ärzte oder nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser berechtigt; sie nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil. **8**Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Oktober 2021 jeweils für Kinder und Ju-

gendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, für junge Volljährige, bei denen ein Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt, und für volljährige Versicherte getrennt das Nähere zu Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen

1. an den besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege nach Satz 2,
2. an die Zusammenarbeit der an der medizinischen und pflegerischen Versorgung beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer, insbesondere zur Sicherstellung der ärztlichen und pflegerischen Versorgungskontinuität und Versorgungskoordination,
3. an die Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Feststellung des Therapieziels nach Satz 5 sowie des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwicklungspotenzials bei Versicherten, die beatmet werden oder tracheotomiert sind und
4. an die besondere Qualifikation der Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte, die die Leistung verordnen dürfen.

(2) **1** Versicherte erhalten außerklinische Intensivpflege

1. in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen,
2. in Einrichtungen i. S. d. § 43a Satz 1 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 1 des Elften Buches oder Räumlichkeiten i. S. d. § 43a Satz 3 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches,
3. in einer Wohneinheit i. S. d. § 132l Absatz 5 Nummer 1 oder
4. in ihrem Haushalt oder in ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, in Schulen, Kindergärten und in Werkstätten für behinderte Menschen.

2 Berechtigten Wünschen der Versicherten ist zu entsprechen. **3** Hierbei ist zu prüfen, ob und wie die medizinische und pflegerische Versorgung am Ort der Leistung nach Satz 1 sichergestellt ist oder durch entsprechende Nachbesserungsmaßnahmen in angemessener Zeit sichergestellt werden kann; dabei sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände zu berücksichtigen.

4 Über die Nachbesserungsmaßnahmen nach Satz 3 schließt die Krankenkasse mit dem Versicherten eine Zielvereinbarung, an der sich nach Maßgabe des individuell festgestellten Bedarfs weitere Leistungsträger zu beteiligen haben. **5** Zur Umsetzung der Zielvereinbarung schuldet die Krankenkasse nur Leistungen nach diesem Buch. **6** Die Feststellung, ob die Voraussetzungen nach Absatz 1 und den Sätzen 1 bis 3 erfüllt sind, wird durch die Krankenkasse nach persönlicher Begutachtung des Versicherten am Leistungsort durch den Medizinischen Dienst getroffen. **7** Die Krankenkasse hat ihre Feststellung jährlich zu überprüfen und hierzu eine persönliche Begutachtung des Medizinischen Dienstes zu veranlassen. **8** Liegen der Krankenkasse Anhaltspunkte vor, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 und den Sätzen 1 bis 3 nicht mehr vorliegen, kann sie die Überprüfung nach Satz 7 zu einem früheren Zeitpunkt durchführen. **9** Ist die Feststellung nach Satz 6 oder die Überprüfung nach den Sätzen 7 und 8 nicht möglich, weil der oder die Versicherte oder eine andere an den Wohnräumen berechtigte Person sein oder ihr Einverständnis zu der nach den

Sätzen 6 bis 8 gebotenen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst in den Wohnräumen nicht erteilt hat, so kann in den Fällen, in denen Leistungen der außerklinischen Intensivpflege an einem Leistungsort nach Satz 1 Nummer 3 oder Nummer 4 erbracht oder gewünscht werden, die Leistung an diesem Ort versagt und der oder die Versicherte auf Leistungen an einem Ort i. S. d. Satzes 1 Nummer 1 oder Nummer 2 verwiesen werden.

(3) **1** Erfolgt die außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringt, umfasst der Anspruch die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in der Einrichtung unter Anrechnung des Leistungsbetrags nach § 43 des Elften Buches, die betriebsnotwendigen Investitionskosten sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 des Elften Buches. **2** Entfällt der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege auf Grund einer Besserung des Gesundheitszustandes, sind die Leistungen nach Satz 1 für sechs Monate weiter zu gewähren, wenn eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 i. S. d. § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 bis 5 des Elften Buches festgestellt ist. **3** Die Krankenkassen können in ihrer Satzung bestimmen, dass die Leistungen nach Satz 1 unter den in Satz 2 genannten Voraussetzungen auch über den in Satz 2 genannten Zeitraum hinaus weitergewährt werden.

(4) **1** Kann die Krankenkasse keine qualifizierte Pflegefachkraft für die außerklinische Intensivpflege stellen, sind dem Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Pflegefachkraft in angemessener Höhe zu erstatten. **2** Die Möglichkeit der Leistungserbringung im Rahmen eines persönlichen Budgets nach § 2 Absatz 2 Satz 2, § 11 Absatz 1 Nummer 5 des Fünften Buches in Verbindung mit § 29 des Neunten Buches bleibt davon unberührt.

(Text in der Fassung des Artikels 1 GKV-IPReG, Gesetz vom 23.10.2020 m. W. v. 29.10.2020, BGBl. I S. 2220)

SGB V – § 293 Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer, Absatz 8

(8) **1** Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte errichtet bis zum 31. Dezember 2021 im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der Träger von ambulanten Pflegediensten und Betreuungsdiensten nach § 71 Absatz 1a des Elften Buches maßgeblichen Vereinigungen auf Bundesebene ein bundesweites Verzeichnis

1. der ambulanten Leistungserbringer, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 Satz 1 abgeschlossen haben, oder bei denen es sich um zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches handelt,
2. der Personen, die durch die in Nummer 1 genannten Leistungserbringer beschäftigt sind und häusliche Krankenpflege nach § 37, außerklinische Intensivpflege nach § 37c oder Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 Absatz 1 des Elften Buches erbringen, sowie

3. der Pflegekräfte, mit denen die Pflegekassen Verträge nach § 77 Absatz 1 des Elften Buches abgeschlossen haben.

2Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte legt hierbei für jede in das Verzeichnis aufzunehmende Person nach Satz 1 Nummer 2 und Pflegekraft nach Satz 1 Nummer 3 eine Beschäftigtennummer fest. **3**Die Beschäftigtennummer folgt in ihrer Struktur der Arztnummer nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1. **4**Das Verzeichnis nach Satz 1 enthält für die Personen nach Satz 1 Nummer 2 und für die Pflegekräfte nach Satz 1 Nummer 3 folgende Angaben:

1. die Beschäftigtennummer (unverschlüsselt),
2. den Vornamen und den Namen,
3. das Geburtsdatum,
4. die Bezeichnung der abgeschlossenen Berufsausbildungen und das Datum des jeweiligen Abschlusses sowie
5. die Bezeichnung abgeschlossener Zusatzqualifikationen und das Datum des jeweiligen Abschlusses.

5Für die Personen nach Satz 1 Nummer 2 enthält das Verzeichnis zusätzlich zu den Angaben nach Satz 4

1. das Kennzeichen des Arbeitgebers oder des Trägers des Leistungserbringers nach Satz 1 Nummer 1,
2. das Kennzeichen des Leistungserbringers nach Satz 1 Nummer 1, in dem die Person beschäftigt ist, oder, wenn ein solches nicht vorhanden ist, ersatzweise die Anschrift des Leistungserbringers, bei dem die Person beschäftigt ist, und
3. den Beginn und das Ende der Tätigkeit beim Leistungserbringer nach Nummer 2.

6Für die Pflegekräfte nach Satz 1 Nummer 3 enthält das Verzeichnis zusätzlich zu den Angaben nach Satz 4

1. die Anschrift der Pflegekraft und
2. den Beginn und das Ende des mit der Pflegekasse geschlossenen Vertrages.

7Die Leistungserbringer, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 Satz 1 oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Verträge nach § 132l Absatz 5 abgeschlossen haben oder bei denen es sich um zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches handelt, und die Pflegekräfte nach Satz 1 Nummer 3 sind verpflichtet, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ab dem 1. August 2022 die Angaben nach Satz 4 Nummer 2 bis 5 und den Sätzen 5 und 6 zu übermitteln sowie unverzüglich jede Veränderung dieser Angaben mitzuteilen. **8**Die Kosten für die Führung des Verzeichnisses trägt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. **9**Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte stellt den Kranken- und Pflegekassen die zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben nach diesem und nach dem Elften Buch erforderlichen Angaben aus dem Verzeichnis zur Verfügung; für andere Zwecke dürfen die Angaben nicht verwendet werden. **10**Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte stellt den in Satz 7 genannten

Leistungserbringern und den Pflegekräften nach Satz 1 Nummer 3 die Beschäftigtennummer zur Verfügung. **1** Die Beschäftigtennummer ist spätestens ab dem 1. Januar 2023 für die Abrechnung der von der Person nach Satz 1 Nummer 2 oder der Pflegekraft nach Satz 1 Nummer 3 erbrachten Leistungen zu verwenden.

(Text in der Fassung des Artikels 1 DVPMG, Gesetz vom 3. Juni 2021 m. W. v. 9. Juni 2021, BGBl. I S. 1309)

SGB XI – § 36 Pflegesachleistung

(1) **1** Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). **2** Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

(2) **1** Häusliche Pflegehilfe wird erbracht, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. **2** Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegfachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. **3** Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere

1. bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder von Gefährdungen,
2. bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag sowie
3. durch Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.

(3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 689 Euro,
2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1.298 Euro,
3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1.612 Euro,
4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1.995 Euro.

(4) **1** Häusliche Pflegehilfe ist auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden; sie ist nicht zulässig, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung oder in Räumlichkeiten i. S. d. § 71 Absatz 4 gepflegt werden. **2** Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. **3** Auch durch Einzelpersonen,

mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Absatz 1 abgeschlossen hat, kann häusliche Pflegehilfe als Sachleistung erbracht werden. **4** Mehrere Pflegebedürftige können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen.

(Text in der Fassung des Artikels 1 PSG III, Gesetz vom 23.12.2016 m. W. v. 01.01.2020, BGBl. I S. 3191, 2018 I 126)

SG XI – § 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen, Absatz 1–3

(1) **1** Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. **2** Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. **3** Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

1. 316 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
2. 545 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
3. 728 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
4. 901 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

(2) **1** Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für den vollen Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. **2** Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege nach § 39 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr fortgewährt. **3** Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist. **4** § 118 Abs. 3 und 4 des Sechsten Buches gilt entsprechend, wenn für die Zeit nach dem Monat, in dem der Pflegebedürftige verstorben ist, Pflegegeld überwiesen wurde.

(3) **1** Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben

1. bei Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich einmal,
2. bei Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich einmal

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch einen zugelassenen Pflegedienst, durch eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz oder, sofern dies durch einen zugelassenen Pflegedienst vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. **2** Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. **3** Die Pflegebedürftigen und

die häuslich Pflegenden sind bei der Beratung auch auf die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des für sie zuständigen Pflegestützpunktes sowie auf die Pflegeberatung nach § 7a hinzuweisen. **4**Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen. **5**Die Höhe der Vergütung für die Beratung durch einen zugelassenen Pflegedienst oder durch eine von der Pflegekasse beauftragte Pflegefachkraft vereinbaren die Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften in entsprechender Anwendung des § 89 Absatz 1 und 3 mit dem Träger des zugelassenen Pflegedienstes oder mit der von der Pflegekasse beauftragten Pflegefachkraft unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach Absatz 5. **6**Die Vergütung kann nach Pflegegraden gestaffelt werden. **7**Über die Höhe der Vergütung anerkannter Beratungsstellen und von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften entscheiden ab dem Jahr 2020 die Landesverbände der Pflegekassen unter Zugrundelegung der im jeweiligen Land nach Satz 5 und 6 vereinbarten Vergütungssätze jeweils für die Dauer eines Jahres. **8**Die Landesverbände haben die jeweilige Festlegung der Vergütungshöhe in geeigneter Weise zu veröffentlichen. **9**Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch, halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch abzurufen. **10**Beziehen Pflegebedürftige von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen, können sie ebenfalls halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen; für die Vergütung der Beratung gelten die Sätze 4 bis 9.

(Text in der Fassung des Artikels 10 TSVG, Gesetz vom 06.05.2019 m. W. v. 11.05.2019, BGBl. I S. 646)

SGB XI – § 40 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, Absatz 1–3 und 5–7

(1) **1** Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. **2**Die Pflegekasse kann in geeigneten Fällen die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes überprüfen lassen. **3**Entscheiden sich Versicherte für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. **4**§ 33 Abs. 6 und 7 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(2) **1**Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 40 Euro nicht übersteigen; bis zum 31. Dezember 2021 gilt ein monatlicher Betrag in Höhe von 60 Euro. **2**Die Leistung kann auch in Form einer Kostenerstattung erbracht werden.

(3) **1** Die Pflegekassen sollen technische Pflegehilfsmittel in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. **2** Sie können die Bewilligung davon abhängig machen, dass die Pflegebedürftigen sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in seinem Gebrauch ausbilden lassen. **3** Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. **4** Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Pflegehilfsmittel mit Ausnahme der Pflegehilfsmittel nach Absatz 2 eine Zuzahlung von zehn vom Hundert, höchstens jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel an die abgebende Stelle zu leisten. **5** Zur Vermeidung von Härten kann die Pflegekasse den Versicherten in entsprechender Anwendung des § 62 Abs. 1 Satz 1, 2 und 6 sowie Abs. 2 und 3 des Fünften Buches ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreien. **6** Versicherte, die die für sie geltende Belastungsgrenze nach § 62 des Fünften Buches erreicht haben oder unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach Satz 4 erreichen, sind hinsichtlich des die Belastungsgrenze überschreitenden Betrags von der Zuzahlung nach diesem Buch befreit. **7** Lehnen Versicherte die leihweise Überlassung eines Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Kosten des Pflegehilfsmittels in vollem Umfang selbst zu tragen.

(5) **1** Für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die sowohl den in § 23 und § 33 des Fünften Buches als auch den in Absatz 1 genannten Zwecken dienen können, prüft der Leistungsträger, bei dem die Leistung beantragt wird, ob ein Anspruch gegenüber der Krankenkasse oder der Pflegekasse besteht und entscheidet über die Bewilligung der Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel. **2** Zur Gewährleistung einer Absatz 1 Satz 1 entsprechenden Abgrenzung der Leistungsverpflichtungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung werden die Ausgaben für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel zwischen der jeweiligen Krankenkasse und der bei ihr errichteten Pflegekasse in einem bestimmten Verhältnis pauschal aufgeteilt. **3** Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt in Richtlinien, die erstmals bis zum 30. April 2012 zu beschließen sind, die Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 1, das Verhältnis, in dem die Ausgaben aufzuteilen sind, sowie die Einzelheiten zur Umsetzung der Pauschalierung. **4** Er berücksichtigt dabei die bisherigen Ausgaben der Kranken- und Pflegekassen und stellt sicher, dass bei der Aufteilung die Zielsetzung der Vorschriften des Fünften Buches und dieses Buches zur Hilfsmittelversorgung sowie die Belange der Versicherten gewahrt bleiben. **5** Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und treten am ersten Tag des auf die Genehmigung folgenden Monats in Kraft; die Genehmigung kann mit Auflagen verbunden werden. **6** Die Richtlinien sind für die Kranken- und Pflegekassen verbindlich. **7** Für die nach Satz 3 bestimmten Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel richtet sich die Zuzahlung nach den §§ 33, 61 und 62 des Fünften Buches; für die Prüfung des Leistungsanspruchs gilt § 275 Absatz 3 des Fünften Buches. **8** Die Regelungen dieses Absatzes gelten nicht für Ansprüche auf Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel von Pflegebedürftigen, die sich in vollstationärer Pflege befinden, sowie von Pflegebedürftigen nach § 28 Absatz 2.

(6) **1** Pflegefachkräfte können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36, nach den §§ 37 und 37c des Fünften Buches sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 konkrete

Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. **2** Wird ein Pflegehilfsmittel nach Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 5 oder ein Hilfsmittel nach Absatz 5, das den Zielen von Absatz 1 Satz 1 dient, von einer Pflegefachkraft bei der Antragstellung empfohlen, werden unter den in den Richtlinien nach Satz 6 festgelegten Voraussetzungen die Notwendigkeit der Versorgung nach Absatz 1 Satz 2 und die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet. **3** Die Empfehlung der Pflegefachkraft darf bei der Antragstellung nicht älter als zwei Wochen sein. **4** Einer ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches bedarf es bei Vorliegen einer Empfehlung nach Satz 1 nicht. **5** Die Empfehlung der Pflegefachkraft für ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen des Absatzes 1 Satz 1 dient, ist der Kranken- oder Pflegekasse zusammen mit dem Antrag des Versicherten in Textform zu übermitteln. **6** Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, zugleich nach § 53 Satz 1 die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahrnehmend, legt bis zum 31. Dezember 2021 in Richtlinien fest, in welchen Fällen und für welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 2 die Erforderlichkeit oder Notwendigkeit der Versorgung vermutet wird; dabei ist auch festzulegen, über welche Eignung die empfehlende Pflegefachkraft verfügen soll. **7** In den Richtlinien wird auch das Nähere zum Verfahren der Empfehlung durch die versorgende Pflegefachkraft bei Antragstellung festgelegt. **8** Die Bundespflegekammer und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind an den Richtlinien zu beteiligen. **9** Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, zugleich nach § 53 Satz 1 die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahrnehmend, wird beauftragt, die in den Richtlinien festgelegten Verfahren in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, der Bundespflegekammer und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu evaluieren. **10** Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Januar 2025 vorzulegen.

(7) **1** Die Pflegekasse hat über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse zu wohnungsfeldverbessernden Maßnahmen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antrags- eingang oder in Fällen, in denen eine Pflegefachkraft oder der Medizinische Dienst nach Absatz 1 Satz 2 beteiligt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. **2** Über einen Antrag auf ein Pflegehilfsmittel, das von einer Pflegefachkraft bei der Antragstellung nach Absatz 6 Satz 2 empfohlen wurde, hat die Pflegekasse zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang, zu entscheiden. **3** Kann die Pflegekasse die Fristen nach Satz 1 oder Satz 2 nicht einhalten, teilt sie dies den Antragstellern unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. **4** Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

(Text in der Fassung des Artikels 2 GVWG, Gesetz vom 11.07.2021 m. W. v. 20.07.2021, BGBl. I S. 2754)