

## DESINFECTA GMBH

Schillerstraße 4 · 09337 Hohenstein-Ernstthal  
Postfach: 12 66 · 09332 Hohenstein-Ernstthal

Telefon Homecare: 03723 - 62 95 210  
Telefon Pflegeheime: 03723 - 79 32  
Telefax: 03723 - 79 50

reha@desinfecta.de · www.desinfecta.de



### Informationsblatt für Pflegedienste:

## Pflegefachkräfte können Verordnungen für Hilfsmittel selbst ausstellen

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat festgelegt, dass ab 01.01.2022 einige Hilfsmittel durch Pflegefachkräfte verordnet werden können. Näheres dazu finden Sie dazu in den „**Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte gemäß § 40 Absatz 6 Satz 6 SGB XI vom 20.12.2021**“.

Folgende Hilfsmittel fallen unter anderem darunter:

04.40.01.0 - Badewannenlifter 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 04.40.03.0 - Duschsitze, an der Wand montiert 04.40.03.1 - Duschhocker 04.40.03.2 - Duschstühle 04.40.05.0 - Badewannengriffe 04.40.05.1 - Stützgriffe für Waschbecken und Toiletten	33.40.01.0 - Toilettensitzerhöhungen 33.40.01.3 - Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen 33.40.02.0 - Toilettenstützgestelle 33.40.04.0 - Feststehende Toilettenstühle 50.45.01.1 - Pflegebetten, motorisch verstellbar 50.45.01.5 - Niedrigpflegebetten 50.45.02.6 - Seitenpolster für Pflegebetten 50.45.03.0 - Einlegerahmen 50.45.04.0 - Pflegebettische
18.46.02.0 - Toilettenrollstühle 18.46.03 - Duschrollstühle 18.50.02.2 - Leichtgewicht-Standardrollstühle 20.29.01 - Lagerungskeile	51.40.01.0 - Bettpfannen 51.40.01.1 - Urinflaschen 51.40.01.3 - Urinflaschenhalter 51.40.01.4 - Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar 51.45.01.0 - Kopfwaschsysteme 51.45.02.0 - Lagerungsrollen
22.29.01.0 - Drehscheiben 22.29.01.1 - Positionswechselhilfen 22.29.01.2 - Umlager-/Wendehilfen 22.29.01.3 - Rutschbretter 22.29.02.2 - Aufstehhilfen 22.40.01.0 - Lifter, fahrbar 22.40.01.1 - Aufstehlifter, fahrbar	54.99.01.2 - Mundschutz 54.99.01.3 - Schutzschürzen 54.99.01.4 - Einmallätzchen 54.99.02.0 - Desinfektionsmittel 54.99.01.1 - Einmalhandschuhe

## DESINFECTA GMBH

Schillerstraße 4 · 09337 Hohenstein-Ernstthal  
Postfach: 12 66 · 09332 Hohenstein-Ernstthal

Telefon Homecare: 03723 - 62 95 210  
Telefon Pflegeheime: 03723 - 79 32  
Telefax: 03723 - 79 50

reha@desinfecta.de · www.desinfecta.de



### **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.

(Quelle: GKV Spitzenverband Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte gemäß § 40 Absatz 6 Satz 6 SGB XI vom 20.12.2021)

---

### **Unser Service für Sie:**

- **Wir beraten Ihre Patienten und versorgen die Hilfsmittel zeitnah, nötigenfalls am nächsten Werktag.**
- **Wir klären die Kostenübernahme mit den Krankenkassen.**
- **Senden Sie uns die Verordnungen per Fax, Post oder Email, wir erledigen den Rest.**

**Ihr Reha-Team der Desinfecta GmbH**

# Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte

## Anhang I Empfehlung der Pflegefachkraft nach § 40 Absatz 6 SGB XI für ein Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel

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

### I. Allgemeine Angaben

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der/des Versicherten

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

Versichertennummer

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer (freiwillig)

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

Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

\_\_\_\_\_  
Anschrift der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

\_\_\_\_\_  
Name, Anschrift der zuständigen Krankenkasse/Pflegekasse

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der Pflegefachkraft

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

Beschäftigtennummer (§ 293 Abs. 8 SGB V)

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

Institutionskennzeichen des Pflegedienstes, der Beratungsstelle nach § 37 Abs. 7 SGB XI od. 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 aufführen, die nicht pflegerischen Zielen des § 40 SGB XI dienen, unabhängig vom Kostenträger):

Keine  Folgende Hilfsmittel/Pflegemittel 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):

\_\_\_\_\_  
Bezeichnung des Hilfsmittels/Pflegehilfsmittels

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

7-stellige Positionsnummer

\_\_\_\_\_  
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:

\_\_\_\_\_

## Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte

**Hinweis für die Pflegekraft:** 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. Mir 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/Pflegemittel

Ich habe das (Pflege-) Hilfsmittel

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

10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer

von folgendem Leistungserbringer erhalten:

3	3	1	4	1	1	7	3	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

Desinfecta GmbH  
Schillerstraße 4  
09337 Hohenstein-Ernstthal

Name, Anschrift oder ggf. Stempel des Leistungserbringers

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

Datum (TT MM JJJJ)

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