



## Hilfsmittel: Anspruch, Verordnung und Erstattung

### Definition

Hilfsmittel sind sächliche medizinische Leistungen wie z. B.:

- > Körperersatzstücke und orthopädische Hilfsmittel,
- > Hörhilfen, Inkontinenzhilfen und Stomaartikel,
- > technische Produkte wie Applikationshilfen und Inhalationsgeräte.

### Wann und für wen besteht ein Anspruch auf Hilfsmittel?

Gesetzlich Versicherte haben einen **Sachleistungsanspruch** gegenüber der Krankenkasse (GKV).<sup>1</sup> Sie haben nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) Anspruch auf Hilfsmittel, wenn diese dazu dienen

- > den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern **oder**
- > einer drohenden Behinderung vorzubeugen **oder**
- > eine Behinderung auszugleichen.<sup>2</sup>

Zusätzlich konkretisiert die Hilfsmittel-Richtlinie (HilfsM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) weitere verbindliche Anspruchsvoraussetzungen auf Hilfsmittel, wenn sie erforderlich sind, um

- > eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen **oder**
- > eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen **oder**
- > einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken **oder**
- > Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden **oder**
- > Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.<sup>3</sup>

Hinweis: Die aktuelle Version der Richtlinie ist auf der Webseite des G-BA zu finden.

Bei Pflegebedürftigkeit gilt der Anspruch der Versicherten auf Versorgung mit Hilfsmitteln im Sinne des § 33 SGB V fort, unabhängig davon, in welchem Umfang eine Teilnahme am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist.

## Beschränkung der Zuzahlungspflicht für Hilfsmittel<sup>4</sup>

Versicherte haben nach Vollendung des 18. Lebensjahres grundsätzlich eine Zuzahlung von 10 % des Kostenübernahmebetrags durch die Krankenkasse zu leisten, jedoch mindestens 5 € und höchstens 10 €. **Für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel** gilt eine **Sonderzuzahlungsregelung** von 10 % des Erstattungsbetrages, höchstens jedoch 10 € im Kalendermonat. Der Leistungserbringer (z. B. Homecare-Unternehmen oder Sanitätsfachhändler) muss die Zuzahlung von den Versicherten einziehen.

## Beschränkung der Zuzahlungspflicht (Belastungsgrenze)<sup>5</sup>

Gesetzlich Versicherte haben während eines Kalenderjahres nur Zuzahlungen in Höhe von 2 % ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zu leisten. Für chronisch Kranke beträgt diese Grenze 1%. Bei Überschreiten der Grenze kann bei der Krankenkasse ein Antrag auf Zuzahlungsbefreiung gestellt werden.

### Wichtige Informationen für den niedergelassenen Arzt

- > Hilfsmittel können zu Lasten der GKV verordnet werden und fallen nicht in die Richtgröße.
- > Auf dem Muster 16 ist das Kennzeichen 7 anzukreuzen.
- > Grundsätzlich ist die Produktart entsprechend dem Hilfsmittelverzeichnis oder die 7-stellige Positionsnummer anzugeben. Begründet kann im Einzelfall ein konkretes Hilfsmittel (10-stellige Positionsnummer oder Produktname) verordnet werden.<sup>6</sup>
- > Hilfsmittel sind getrennt von Arznei-, Verband- und Heilmitteln zu verordnen.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) führt das Hilfsmittelverzeichnis, in dem von der Leistungspflicht umfasste Hilfsmittel aufgeführt sind (<https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de>). Das Verzeichnis ist nicht abschließend.<sup>7</sup>

Hinweis: **Hilfsmittel** dürfen nicht mit **Heilmitteln** verwechselt werden! Heilmittel sind von speziell ausgebildeten Therapeuten erbrachte medizinische Dienstleistungen, wie physikalische und podologische Therapien, Ergotherapie und Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie.

<sup>1</sup> Vgl. § 2 Abs. 2 SGB V

<sup>2</sup> Vgl. § 33 Abs. 1 SGB V

<sup>3</sup> Vgl. § 3 Abs. 1 HilfsM-RL (01.04.2012)

<sup>4</sup> Vgl. § 33 Abs. 8 SGB V, § 61 SGB V

<sup>5</sup> Vgl. § 62 SGB V

<sup>6</sup> Vgl. § 7 Abs. 3 HilfsM-RL (01.04.2012)

<sup>7</sup> Vgl. § 139 SGB V, § 4 HilfsM-RL (01.04.2012)