

Zuletzt aktualisiert am **2. August 2022**

Hilfsmittel

(§§ 33, 36 SGB V)

Wenn ein Patient in Folge einer Erkrankung oder einer Behinderung weitergehend versorgt werden muss, leisten Hilfsmittel wertvolle Dienste. Um die Krankenbehandlung zu unterstützen, eine Behinderung auszugleichen oder eine drohende Behinderung zu verhindern, sind technische und therapeutische Medizinprodukte unerlässlich.

Nicht zu verwechseln sind Hilfsmittel mit [Pflegehilfsmitteln](#).

Für welche Hilfsmittel werden die Kosten erstattet?

Die Krankenkasse übernimmt in der Regel die Kosten für folgende Hilfsmittel:

- Seh- und Hörhilfen
- Körperersatzstücke (z. B. Armprothesen)
- orthopädische Hilfsmittel (z. B. orthopädische Schuhe)
- andere Hilfsmittel (z. B. Rollstühle)

Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln umfasst auch

- **notwendige Änderungen** (z. B. durch fortschreitende technische Entwicklung)
- **Reparaturen**, v. a. dann, wenn die Reparatur wirtschaftlicher als eine Ersatzbeschaffung ist
- **Ersatzbeschaffung** des Hilfsmittels
- **Ausbildung für den Gebrauch** des Hilfsmittels (z. B. das Erlernen der Anwendung von Ernährungspumpen)
- **Betriebskosten** (z. B. die Kosten für das Wiederaufladen eines Elektrorollstuhls)
- mit dem Hilfsmittel verbundene **technische Kontrollen**

Ausschluss: Wenn der Verlust oder die Unbrauchbarkeit des Hilfsmittels durch grob fahrlässiges oder vorsätzliches Verhalten entstanden ist, lehnt die Krankenkasse die Kostenübernahme ab.

Tipp

Die Krankenkassen sind verpflichtet, finanzielle Zuschüsse für **Brillengläser** bei kurz- oder weitsichtigen Patienten mit mehr als 6 Dioptrien oder einer Hornhautverkrümmung in Kombination mit mehr als 4 Dioptrien zu leisten.

Kontaktlinsen können in Ausnahmefällen übernommen werden.

Keine Kostenübernahme

Von der Kostenübernahme ausgeschlossen sind:

- **Hilfsmittel mit geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen**
- Hilfsmittel mit **geringem Abgabepreis** (z. B. Alkoholtupfer)
- **Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens**, d. h. Mittel, die allgemein verwendet und üblicherweise von einer großen Zahl von Personen benutzt werden bzw. im Alltag vorhanden sind (z. B. elektrische Dosenöffner)

Da die Grenzen fließend sind, lohnt es sich mit der Krankenkasse oder dem Sanitätshaus direkt zu sprechen.

Verordnung von Hilfsmitteln

Vor dem Hintergrund der Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit entscheiden Vertragsärzte, welches Hilfsmittel für den Patienten geeignet ist. Die Verordnung beinhaltet neben der **Diagnose** und dem **Datum**, die **Bezeichnung** des Hilfsmittels, die **Anzahl** und gegebenenfalls **Hinweise**, die eine funktionsgerechte Anfertigung, Zurichtung oder Abänderung durch den Leistungserbringer gewährleisten.

Wichtig: Die Hilfsmittelverordnung muss innerhalb von 28 Tagen bei der Krankenkasse eingehen, sonst verfällt sie.

Eine Kostenübernahme für Hilfsmittel durch die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel nur möglich, wenn diese im [Hilfsmittelverzeichnis](#) des GKV Spitzenverbandes gelistet ist.

Die Datenbank ist jedoch nicht vollumfänglich abschließend. Im Einzelfall kann der Kostenträger auch Hilfsmittel bewilligen, die (noch) nicht aufgelistet sind.

Kostenträger

Kostenträger ist in den meisten Fällen die **gesetzliche Krankenversicherung**. Die Krankenkasse hat Verträge über die Versorgung mit Hilfsmitteln geschlossen, die sie dem Versicherten nennen muss. Der Patient sollte dann primär Leistungen über diese Versorgungsanbieter beziehen.

Die Kasse muss **vor** Beschaffung des Hilfsmittels eine Kostengenehmigung erteilen (siehe auch: [Fristen bei Beantragung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln](#)). Lehnt

die Kasse die Kostenübernahme für ein Hilfsmittel ab, können Betroffene [Widerspruch](#) einlegen.

Neben der Krankenkasse können als Kostenträger auch

- die Rentenversicherung (Teilhabe am Arbeitsleben),
- die Unfallversicherung (nach Arbeits-, oder Wegeunfall oder bei bestätigter Berufskrankheit),
- die Arbeitsagentur (Teilhabe am Arbeitsleben) oder
- das Sozialamt (in Einzelfällen)

in Frage kommen. Sollte der Betroffene das Hilfsmittel beim falschen Kostenträger beantragt haben, ist es Aufgabe des Kostenträgers den Antrag an den jeweils richtigen weiterzuleiten (siehe auch: [Leistungen zur Teilhabe – Fristen](#)).

Zuzahlung

Für bestimmte Hilfsmittel gibt es Festbeträge, welche die Krankenkassen erstatten. Darüber hinaus gehende Kosten muss der Patient selbst zahlen.

Hat der Versicherte ein berechtigtes Interesse, Hilfsmittel über Anbieter zu beziehen, mit denen die Krankenkasse keinen Vertrag hat, kann er dies beantragen. Die Krankenkasse übernimmt dann den niedrigsten Preis, der für eine vergleichbare Leistung von einem Vertragspartner veranschlagt werden würde. Die Mehrkosten muss der Versicherte jedoch selbst tragen.

Bei der [Zuzahlung](#) von Hilfsmitteln wird unterschieden zwischen Hilfsmitteln, die **zum Verbrauch bestimmt** sind, und Produkten, die **nicht zum Verbrauch bestimmt** sind:

- Hilfsmittel, die **zum Verbrauch bestimmt** sind: Produkte, die wegen ihrer Beschaffenheit, ihres Materials oder aus hygienischen Gründen in der Regel nur einmal ununterbrochen benutzt werden können und für den Wiedereinsatz nicht geeignet sind, z. B. Windelhosen, Stoma-Artikel. Hier beträgt die Zuzahlung 10 % je Packung, höchstens jedoch 10 € im Monat
- Hilfsmittel, die **nicht zum Verbrauch bestimmt** sind: Produkte, die mehrmals verwendet werden können, z. B. Rollstühle, Beatmungsgeräte, Rollatoren. Hier beträgt die Zuzahlung für jedes abgegebene Hilfsmittel 10 %, mindestens 5 €, höchstens 10 €, jedoch nicht mehr als die eigentlichen Kosten. Diese Hilfsmittel können unter Umständen auch leihweise gegen eine Gebühr überlassen werden

Wenn die finanzielle Belastungsgrenze erreicht ist, können Patienten eine [Befreiung von Zuzahlungen zur Krankenversicherung](#) beantragen.

Festbeträge

Für einige Hilfsmittel hat der Gesetzgeber so genannte Festbeträge bestimmt. Gemeint ist damit die Höchstgrenze bis zu der die gesetzlichen Krankenkassen für diese Arznei- und Verbandmittel zahlen. Sollte der Verkaufspreis höher sein, muss der Patient diesen Differenzbetrag selbst tragen.

Derzeit gelten für folgende Produktgruppen Festbeträge:

- Einlagen
- Hörhilfen
- Inkontinenzhilfen
- Hilfsmittel zur Kompressionstherapie
- Sehhilfen
- Stomaartikel

Anlaufstellen und weitere Informationen

In **Orthopädie- und Sanitätshäusern, Apotheken** und bei Deiner **Krankenkasse** erhältst Du eine individuelle Beratung.

In der [Hilfsmittelrichtlinie](#) des **Gemeinsamen Bundesausschusses** findest Du weitere Informationen zu Hilfsmitteln.