



Die wichtigsten Fragen und Antworten zu

Hilfsmitteln

Stand: Dezember 2022

- Was muss ich tun, um ein Hilfsmittel zu erhalten?
- Was zahlt die Krankenkasse und was muss ich selbst zahlen?
- Wer übernimmt die Mehrkosten, wenn ich ein besseres Hilfsmittel möchte, z. B. weil der Rollator mir zu schwer und sperrig ist?
- Was kann ich tun, wenn mein Antrag keinen Erfolg hat?



Ob Brille, Hörgerät, Pflegebett oder orthopädische Strümpfe: Benötigen Sie als gesetzlich Versicherte aus gesundheitlichen oder pflegerischen Gründen (Pflege-) Hilfsmittel, übernehmen die Kranken- oder Pflegekassen unter bestimmten Voraussetzungen die Kosten dafür. Was genau zu tun ist und wie Sie vorgehen können, wenn die Krankenkasse die Kostenübernahme für das begehrte Hilfsmittel ablehnt, erfahren Sie hier.

Was muss ich tun, um ein Hilfsmittel zu erhalten?

Sind Sie gesetzlich versichert und benötigen ein Hilfsmittel wie z. B. einen Rollator, gehen Sie wie folgt vor:

1. Vereinbaren Sie zunächst einen Termin bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin. Dieser oder diese stellt Ihnen eine Verordnung aus, wenn er oder sie die gesetzlichen Voraussetzungen als gegeben ansieht.
2. Das Hilfsmittel muss erforderlich sein, um
 - den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern,
 - einer drohenden Behinderung vorzubeugen,
 - eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen,
 - eine Schwächung der Gesundheit zu beseitigen,
 - einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken
 - Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
 - Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.
3. Für Hilfsmittel schließen die Krankenkassen mit bestimmten Leistungserbringern (z. B. Sanitätshäusern) Verträge. Die Krankenkassen



übernehmen die Kosten nur für die Hilfsmittelversorgung durch diese Leistungserbringer. Fragen Sie deshalb bei Ihrer Krankenkasse nach, mit welchen Hilfsmittelerbringern ein solcher Vertrag besteht.

4. Wenden Sie sich mit der Verordnung an einen der Vertragspartner Ihrer Krankenkasse. Dieser händigt Ihnen – je nach Art des Hilfsmittels – dieses direkt aus oder erstellt für Sie zunächst einen Kostenvoranschlag. Sollte kein Vertrag bestehen, besprechen Sie das weitere Vorgehen direkt mit Ihrer Krankenkasse.
5. Sofern Sie vom Leistungserbringer einen Kostenvoranschlag erhalten haben, reichen Sie diesen zusammen mit dem Antrag auf Kostenübernahme und der ärztlichen Verordnung bei Ihrer Krankenkasse ein. Die Kosten für das Hilfsmittel übernimmt die Krankenkasse dann, wenn die Versorgung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist.

Was zahlt die Krankenkasse und was muss ich selbst zahlen?

Für bestimmte Hilfsmittel sind Festbeträge festgesetzt. Das bedeutet, dass die Krankenkasse die Kosten nur höchstens in Höhe dieses Festbetrags übernehmen muss. Die Differenz zwischen Festbetrag und möglicherweise höherem Verkaufspreis des Hilfsmittels müssen Sie selbst tragen. Festbeträge gibt es derzeit für:

- Einlagen,
- Hörhilfen,
- Ableitende Inkontinenzhilfen,
- Hilfsmittel zur Kompressionstherapie und
- Sehhilfen.

Darüber hinaus müssen Sie für Hilfsmittel Zuzahlungen leisten. Für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z. B. Bettschutzeinlagen, Einmalhandschuhe), zahlen Sie zehn Prozent der Kosten pro Packung hinzu – maximal aber zehn Euro für den gesamten Monatsbedarf. Für alle anderen Hilfsmittel zahlen Sie zehn Prozent, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro. Die Zuzahlungen dürfen nicht höher sein als die Kosten des Hilfsmittels selbst. Es gelten jährliche Belastungsgrenzen. Wenn diese erreicht sind, können Sie sich von den Zuzahlungen befreien lassen oder die Krankenkasse erstattet zuviel gezahlte Zuzahlungen. Weitere Informationen dazu finden Sie hier: [„Die wichtigsten Fragen und Antworten zu Zuzahlungen und Belastungsgrenzen“](#).



Achtung: Für Hilfsmittel, die einen Gebrauchsgegenstand ersetzen, zum Beispiel orthopädische Schuhe oder Fahrräder, zahlen Sie neben den gesetzlichen Zuzahlungen auch einen Eigenanteil. Beispiel: Erwachsene zahlen für orthopädische Straßenschuhe 76 Euro Eigenanteil.

Wer übernimmt die Mehrkosten, wenn ich ein besseres Hilfsmittel möchte, z. B. weil der Rollator mir zu schwer und sperrig ist?

Wenn Sie sich ein Hilfsmittel wünschen, das über das Maß des Notwendigen hinausgeht (also z. B. einen leichteren und wendigeren, aber teureren Rollator), tragen Sie die Mehrkosten selbst. Entstehen dadurch höhere Folgekosten, z. B. weil der „bessere“ Rollator öfter gewartet werden muss, zahlen Sie auch diese Kosten selbst.

Wichtig: Die Leistungserbringer müssen Ihnen

- zunächst ein Gerät anbieten, für das keine Mehrkosten entstehen,
- Sie darüber aufklären, wie hoch die Mehrkosten für ein höherwertiges Hilfsmittel sind und
- die Beratung schriftlich oder elektronisch dokumentieren.

Sie bestätigen die erfolgte Beratung mit Ihrer Unterschrift. Bitte lesen Sie daher genau, was Sie unterschreiben und lassen Sie sich unklare Formulierungen vorher erklären.

Was kann ich tun, wenn mein Antrag keinen Erfolg hat?

Lehnt die Krankenkasse Ihren Antrag auf Kostenübernahme für ein Hilfsmittel ab, können Sie innerhalb eines Monats nach Erhalt gegen diese Entscheidung Widerspruch einlegen. Der Widerspruch ist schriftlich einzureichen. Alternativ können Sie in der Geschäftsstelle der Krankenkasse Ihren Widerspruch protokollieren lassen und ihn unterschreiben.



Tipp: Sie sollten Ihren Widerspruch begründen und erläutern, aus welchen Gründen Sie die Kostenübernahme für das Hilfsmittel als erforderlich ansehen. Dazu sind Sie zwar nicht verpflichtet, es erhöht Ihre Erfolgchancen aber deutlich.

Quellen und weiterführende Informationen:

[§ 33 Sozialgesetzbuch Fünf \(SGB V\) - Hilfsmittel](#)

[§ 36 SGB V – Festbeträge für Hilfsmittel](#)

[§ 126 SGB V – Versorgung durch Vertragspartner](#)

[§ 127 SGB V – Verträge für die Versorgung von Hilfsmitteln](#)

[Hilfsmittel-Richtlinie \(HilfsM-RL\), Stand 01.04.2021](#)

Erstellung: 20. Juli 2020 • Letzte inhaltliche Überarbeitung: 31. Dezember 2022

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) mit Sitz in Berlin ist eine gemeinnützige Einrichtung. Sie berät im gesetzlichen Auftrag Ratsuchende unabhängig, neutral und kostenfrei zu gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen.

Das Beratungsteam ist online über die UPD-Homepage, per Post oder telefonisch an 80 Stunden in der Woche unter der Telefonnummer 0800 011 77 22 (montags bis freitags von 8.00 bis 22.00 Uhr und samstags von 8.00 bis 18.00 Uhr) erreichbar. Fremdsprachige Angebote: Beratung auf Türkisch, Rufnummer: 0800 011 77 23, Zeiten: montags bis samstags von 8.00 bis 18.00 Uhr; Beratung auf Russisch, Rufnummer: 0800 011 77 24, Zeiten: montags bis samstags von 8.00 bis 18.00 Uhr; Beratung auf Arabisch, Rufnummer: 0800 332 212 25, Zeiten: dienstags 11.00 bis 13.00 Uhr und donnerstags 17.00 bis 19.00 Uhr.

Darüber hinaus erreichen Ratsuchende die Beratung über eine der 30 regionalen Beratungsstellen oder eines der drei UPD-Beratungsmobile, die regelmäßig mehr als 100 weitere Städte besuchen. Die regionale Beratung kann nach telefonischer Terminvereinbarung unter der kostenfreien Nummer 0800 011 77 25 genutzt werden, die mobile Beratung kann auch spontan aufgesucht werden. Weitere Informationen zu den Standorten der regionalen Beratung und eine Übersicht über die von den Mobilien angefahrenen Städte finden sich auf: www.patientenberatung.de.



Impressum

UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH

Tempelhofer Weg 62 | 12347 Berlin

ViSdP: Thorben Krumwiede