



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

# Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über die Verordnung von Hilfsmitteln in der  
vertragsärztlichen Versorgung

(Hilfsmittel-Richtlinie/HilfsM-RL)

in der Fassung vom 21. Dezember 2011/15. März 2012  
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAAnz AT 10.04.2012 B2)  
in Kraft getreten am 1. April 2012

zuletzt geändert am 18. März 2021  
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAAnz AT 15.04.2021 B3)  
in Kraft getreten am 1. April 2021

- perkutane Punktion eines Portsystems zur Infusion sowie
- Setzen eines subkutanen Sensors.

## § 7 Inhalt der Verordnung

(1) Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind gehalten, die Verordnung von Hilfsmitteln sorgfältig und leserlich auszustellen. Die Verordnungen sind auf den vereinbarten Vordruckmustern vorzunehmen. Die Vordrucke müssen vollständig ausgefüllt werden. Die Verwendung von Stempeln, Aufklebern u. ä. ist nicht zulässig.

(2) In der Verordnung ist das Hilfsmittel so eindeutig wie möglich zu bezeichnen, ferner sind alle für die individuelle Versorgung oder Therapie erforderlichen Einzelangaben zu machen. Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt soll deshalb unter Nennung der Diagnose und des Datums insbesondere

- die Bezeichnung des Hilfsmittels nach Maßgabe des Hilfsmittelverzeichnisses (soweit dort aufgeführt),
- die Anzahl,
- erforderlichenfalls Hinweise (z. B. über Zweckbestimmung, Art der Herstellung, Material, Abmessungen), die eine funktionsgerechte Anfertigung, Zurichtung oder Abänderung durch den Leistungserbringer gewährleisten und
- erforderlichenfalls ergänzende Hinweise auf spezifische Bedarfe entsprechend der Gesamtbetrachtung nach § 6 Absatz 3 Satz 2

angeben. Gegebenenfalls sind die notwendigen Angaben der Verordnung gesondert beizufügen.

(3) Bei der Verordnung eines Hilfsmittels, das im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt ist, kann entweder die Produktart entsprechend dem Hilfsmittelverzeichnis genannt oder die 7-stellige Positionsnummer angegeben werden. Das Einzelprodukt (bezeichnet durch die 10-stellige Positionsnummer) wird grundsätzlich vom Leistungserbringer nach Maßgabe der mit den Krankenkassen abgeschlossenen Verträge zur wirtschaftlichen Versorgung mit der oder dem Versicherten ausgewählt. Hält es die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt für erforderlich, ein spezielles Hilfsmittel einzusetzen, so bleibt es ihr oder ihm freigestellt, in diesen Fällen unter Verwendung der 10-stelligen Positionsnummer eine spezifische Einzelproduktverordnung durchzuführen. Eine entsprechende Begründung ist erforderlich. Satz 4 gilt für die Verordnung von Hilfsmitteln, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind, entsprechend.

(4) Änderungen und Ergänzungen der Verordnung von Hilfsmitteln bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.

(5) Für die Verordnung von Sehhilfen (Abschnitt B) und Hörhilfen (Abschnitt C) gelten Besonderheiten.

## § 8 Abgabe von Hilfsmitteln

(1) Ergibt sich bei der Anpassung/Abgabe des Hilfsmittels, dass mit dem verordneten Hilfsmittel voraussichtlich das Versorgungsziel nicht erreicht werden kann oder dass die oder der Versicherte in vorab nicht einschätzbarer Weise auf das Hilfsmittel reagiert, hat der Leistungserbringer darüber unverzüglich die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt, die oder der die Verordnung ausgestellt hat, zu informieren und ggf. die Versorgung zu unterbrechen. Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt prüft, ob eine Änderung oder Ergänzung der Hilfsmittelverordnung notwendig ist.

(2) Wird die Hilfsmittelversorgung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung aufgenommen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Wenn der

Mustervorlage Rezept

|   |   |            |  |                                 |               |                 |               |                       |  |  |
|---|---|------------|--|---------------------------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------------|--|--|
| <b>Krankenkasse bzw. Kostenträger</b>       |   | AVG        |  | Hilfsmittel                     | Impfstoff     | Spr. St. Bedarf | Begr. Pflicht | Apotheken-Nummer / IK |  |  |
| Gebühr frei                                 | Krankenkasse gesund                           |            | 6  | X                               | 8             | 9               |               |                       |  |  |
| Geb. pfl.                                   | <b>Name, Vorname des Versicherten</b>         |            | Zuzahlung  |                                 | Gesamt-Brutto |                 |               |                       |  |  |
| noctu                                       | Mustermann, Greta                             |            |  |                                 |               |                 |               |                       |  |  |
| Sonstige                                    | Gartenstraße 65                               |            |  |                                 |               |                 |               |                       |  |  |
|   | 99999 Musterstadt                             |            |  |                                 |               |                 |               |                       |  |  |
|   | geb. am                                       |            |  |                                 |               |                 |               |                       |  |  |
|   | 01.01.1948                                    |            |  |                                 |               |                 |               |                       |  |  |
| Kassen-Nr.                                  | Versicherten-Nr.                              | Status:    |  | Anzeilmittel- / Hilfsmittel-Nr. |               | Faktor          |               | Taxe                  |  |  |
| Unfall                                      | 101234567                                     | Q748982478 | 50001  |                                 | 1. Verordnung |                 |               |                       |  |  |
| Arbeitsunfall                               | Betriebsstätten-Nr:                           | Arzt-Nr:   | Datum:   |                                 | 2. Verordnung |                 |               |                       |  |  |
|   | 123456789                                     | 014564566  | 01.04.2019   |                                 | 3. Verordnung |                 |               |                       |  |  |
| <b>Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)</b> |   |            | Vertragsarztstempel  |                                 |               |                 |               |                       |  |  |
| ausldem                                     | 1. 29.26.05.0 Basisplatten 2x5 Stk.           |            | 014564566<br>Dr. Bernd Beispiel<br>Musterstraße 23<br>34567 Musterstadt<br>Tel.: 0331 45678<br>Unterschrift des Arztes |                                 |               |                 |               |                       |  |  |
| ausldem                                     | 2. 29.26.01.0 Beutel 2x30tk. (xxxxxxx bedarf) |            |  |                                 |               |                 |               |                       |  |  |
| ausldem                                     | Versorgungszeitraum: 01.04.19 - 31.03.20      |            | 5  |                                 |               |                 |               |                       |  |  |
| ausldem                                     | Diagnose: Colon Ca, Z.n. Colostomie           |            | 3  |                                 |               |                 |               |                       |  |  |
| Bei Arbeitsunfall auszufüllen!              |   |            | Abgabedatum in der Apotheke  |                                 |               |                 |               |                       |  |  |
| Unfalltag                                   | Unfallbetrieb oder Arbeitgeberrnummer         |            |  |                                 |               |                 |               |                       |  |  |

**WICHTIG!**  
Unterschrift des Arztes zwingend erforderlich

Wichtige Bestandteile:

1. Hilfsmittelnummer und Beschreibung ? 2.
  - 34.18.010 (000) Vollperücke Kunsthaar
  - 34.18.012 (000) Vollperücke Echthaar konfektioniert
  - 34.18.022 (000) Vollperücke Echthaar maßgefertigt
- 5 X Versorgungszeitraum Tag.Monat.Jahr bis Tag.Monat.Jahr (keine anderen Zeitraumangaben sind zulässig)
3. Diagnose