

# Der Weg zum Hilfsmittel

## Nach der Beratung – wie geht es weiter?

Der erste Schritt zur Hilfsmittelversorgung ist getan. Damit Sie das benötigte Hilfsmittel so schnell wie möglich in den Händen halten können, möchten wir Ihnen noch einige wichtige Hinweise geben.

## Kostenträger

Kostenträger für Hilfsmittel ist in der Regel Ihre Krankenkasse. Nach Eingang des Kostenvoranschlags bei Ihrer Krankenkasse hat diese zwei Wochen Zeit zu prüfen, ob sie der richtige Ansprechpartner ist. Ist dies nicht der Fall, leitet die Krankenkasse Ihren Antrag an die zuständige Stelle weiter – Sie brauchen nichts weiter zu tun. Mögliche andere Kostenträger sind die Berufsgenossenschaft, Fürsorgestellen und das Sozialamt. Privat Krankenversicherte sollten Kontakt mit ihrer Krankenversicherung aufnehmen, ob und inwieweit Kommunikationshilfen im Leistungsverzeichnis enthalten sind.

## Ärztliche Verordnung

Grundlage für eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse ist das Vorliegen einer ärztlichen Verordnung (Rezept). Es sollte die genaue Bezeichnung der Kommunikationshilfe und ggf. des benötigten Zubehörs sowie die Diagnose mit ICD-Code enthalten. Achtung: Ab Ausstellungsdatum ist ein Rezept nur 28 Tage gültig.

**Wichtig:** Für Hilfsmittel gibt es **keine Budgetierung** und keine **Richtgrößen**. Hilfsmittel können zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden und belasten nicht das Arznei-, Verband- oder Heilmittelbudget des verschreibenden Arztes!

## Therapeutische oder pädagogische Stellungnahme

Nach unserer Erfahrung ist es für den Kostenträger sehr wichtig, eine therapeutische oder pädagogische Stellungnahme vorliegen zu haben. Diese sollte die folgenden Punkte beinhalten:

- Ihre fachliche Position zur betroffenen Person und Ihre bisherigen therapeutischen Tätigkeiten mit ihr
- eine Beschreibung der betroffenen Person (Name, Diagnose, Alter) und ihrer motorischen, sensorischen und kommunikativen Fähigkeiten inkl. der auftretenden Probleme
- die Bereitschaft und das Interesse des potentiellen Benutzers an Kommunikation
- die Beschreibung der Beratungssituation inklusive der erfolgreichen Erprobung
- die zu erwartenden Verbesserungen nach der Ausstattung mit der Kommunikationshilfe, wie z. B. die Befriedigung elementarer Grundbedürfnisse, die Erweiterung der individuellen Möglichkeiten, die Möglichkeit, den kognitiven Fähigkeiten entsprechend kommunizieren können, die Möglichkeit der direkten Interaktion mit dem persönlichen Umfeld per Sprache, die Erweiterung der Selbständigkeit und Selbstbestimmung.

**Damit wir Rezept und Stellungnahme direkt an Ihre Krankenkasse weiterleiten können, senden Sie Rezept und Stellungnahme bitte direkt an uns:**

**Prentke Romich GmbH**  
**Goethestr. 31**  
**34119 Kassel**

Notizen

Informationen, wie die Prentke Romich GmbH personenbezogenen Daten verarbeitet, entnehmen Sie der Datenschutzerklärung unter [www.prentke-romich.de/datenschutz](http://www.prentke-romich.de/datenschutz)

## Fristen

Mit dem 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz (SGB V §13 Absatz 3a) hat die Krankenkassen 3 Wochen Zeit, über die beantragte Leistung zu entscheiden. Bei Einschaltung eines externen Gutachters (MDK) erhöht sich die Frist auf 5 Wochen. Entscheidend für die Berechnung der 3- bzw. 5-Wochen-Frist ist das Datum des Zugangs des Antrags bei der Krankenkasse. Ist diese Frist überschritten, ohne dass Sie von Ihrer Krankenkasse gehört haben, könnten Sie das Hilfsmittel theoretisch selber anschaffen und der Krankenkasse in Rechnung stellen. Setzen sie sich in so einem Fall bitte mit uns in Verbindung!

## Begutachtung durch MDK oder unabhängige Berater

Krankenkassen können in geeigneten Fällen vor Bewilligung eines Hilfsmittels durch den Medizinischen Dienst (MDK) prüfen lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist. Der MDK kann seine Entscheidung nach Aktenlage oder durch einen Besuch herbeiführen. Die Beauftragung eines unabhängigen Beraters bzw. die Weitergabe Ihrer persönlichen Daten ist nach Meinung von Fachleuten nicht rechtmäßig. Sollten Sie von Ihrer Krankenkasse ein Schreiben erhalten mit der Aufforderung, einer Datenweitergabe an einen externen Berater oder eine andere Hilfsmittelfirma zuzustimmen, so lehnen Sie dies ab. Stimmen Sie nur einer Begutachtung durch den MDK zu.

## Entscheidung

Neben der Genehmigung des beantragten Hilfsmittels nebst Zubehör gibt es folgende Möglichkeiten:

- Sie erhalten statt eines neuen ein gebrauchtes Hilfsmittel im Rahmen eines Wiedereinsatzes. Da Hilfsmittel Eigentum der Krankenkasse bleiben, haben fast alle Krankenkassen einen Pool an gebrauchten Hilfsmitteln. Wiedereinsatz geht vor Neuversorgung. Prüfen Sie, ob das genehmigte Hilfsmittel von seinen Leistungsmöglichkeiten dembeantragten entspricht. Wenn nicht, ist ein Wiedereinsatz nicht sinnvoll.
- Die Krankenkasse genehmigt nur einen Teil der beantragten Ausstattung. Sofern mit der genehmigten Ausstattung die Nutzung des Hilfsmittels möglich und sinnvoll ist, beantragen Sie fehlende Komponenten ggf. später nach.
- Die Krankenkasse genehmigt ein weniger leistungsfähiges Hilfsmittel. Ziel einer Versorgung ist grundsätzlich der optimale Ausgleich der Behinderung bis hin zu einem Gleichziehen mit den Sprechmöglichkeiten gesunder Menschen. Bei diesem „Unmittelbarer Behinderungsausgleich“ genannten Gebot gilt es, einen möglichst weitgehenden Ausgleich des Funktionsdefizits zu erreichen, und zwar unter Berücksichtigung des aktuellen Stands des medizinischen und technischen Fortschritts. Weisen Sie die Krankenkasse darauf hin, dass das genehmigte Hilfsmittel

nicht dem beantragten entspricht und dass es bei einer erfolgreichen Nutzung nach kurzer Zeit zu einer erneuten Beantragung kommen kann, wenn der Versicherte die Leistungsgrenzen des genehmigten Hilfsmittels erreicht.

- Die Krankenkasse möchte Sie mit einem anderen Hilfsmittel durch einen anderen Leistungserbringer versorgen lassen. Sie haben nach § 33 Abs. 6 SGB V die freie Wahl des Leistungserbringers. Die Krankenkasse darf das Wahlrecht des Versicherten nicht beschneiden. Außerdem ist das beantragte Hilfsmittel i. d. R. auf dem Rezept namentlich erwähnt.
- Die Krankenkasse lehnt die Kostenübernahme ab.

## Was tun bei Ablehnung?

Ist eine Rechtsbehelfsbelehrung ersichtlich, ist innerhalb eines Monats Widerspruch einzulegen (nicht 4 Wochen). Die Rechtsbehelfsbelehrung befindet sich am Ende des Ablehnungsbescheides. Sie beginnt in der Regel mit dem Wortlaut: „*Gegen diesen Bescheid können Sie ...*“. Eine falsche oder keine Rechtsmittelbelehrung verlängert den Widerspruchsanspruch auf 1 Jahr. Der Widerspruch sollte vorerst formlos erfolgen und eine Anforderung eines eventuell erstellten MDKGutachtens enthalten. Er sollte per Einschreiben geschickt werden oder gegen Unterschrift in der Geschäftsstelle ihrer Krankenkasse abgegeben werden. So könnten Sie Ihren Widerspruch formulieren:

*„Gegen Ihren Bescheid vom xx xx xxxx lege ich fristgerecht Widerspruch ein. Um meinen Widerspruch begründen zu können, beantrage ich gemäß § 25 SGB X Akteneinsicht. Bitte senden Sie mir Kopien der Unterlagen zu, auf deren Grundlage die Entscheidung erfolgte. Die Begründung dieses Widerspruchs erfolgt gesondert.“*

Die ausführliche Begründung kann in einem angemessenen Zeitraum, etwa nach vier Wochen oder länger, nachgereicht werden. Hierzu geben wir Ihnen gerne Hilfestellung.

**Wenn Sie Fragen zur weiteren Vorgehensweise haben, wenden Sie sich bitte an das Prentke Romich Büro in Kassel unter Tel. (0561) 78559-17.**

## Was passiert nach der Kostenübernahme?

Wenn Sie von Ihrer Krankenkasse eine Kostenübernahmeerklärung erhalten haben, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung. Sobald uns die Bestellung der Krankenkasse vorliegt, können wir das Hilfsmittel für Sie fertigen bzw. bestellen. Im Falle des elektronischen Kostenvorschlagsverfahrens erfahren wir in der Regel vor Ihnen von der Kostenübernahme. In diesem Fall nehmen wir mit Ihnen Kontakt auf. Sobald Hilfsmittel und Zubehör vorhanden und konfiguriert sind, setzen wir uns mit Ihnen in Verbindung, um einen Liefer- und Einweisungstermin (sofern beantragt) auszumachen.