

Hilfsmittel Rehathechnik Anspruch – Verordnung – Erstattung

Definition Rehathechnische Hilfsmittel sind sächliche medizinische Leistungen wie z. B.: Rollstühle und Pflegebetten, Alltags- und Gehhilfen (z. B. Rollatoren), technische Produkte wie Antriebshilfen und Treppensteiger.

Wann besteht ein Anspruch auf Hilfsmittel?

Gesetzlich Versicherte haben einen Sachleistungsanspruch auf Hilfsmittel, wenn diese dazu dienen

- › den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern,
- › einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder
- › eine Behinderung auszugleichen.¹

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.
- › eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit vsl. zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen.
- › einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken.
- › Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden.
- › Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.²

Der Anspruch umfasst auch die zum Produkt zugehörige Leistung, wie Instandsetzung und Einweisung. 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.

Genehmigung des Hilfsmittels: Genehmigungsfiktion

Krankenkassen haben über einen Hilfsmittelantrag innerhalb einer Frist von drei Wochen zu entscheiden. Soweit ein zusätzliches Gutachten einbezogen wird, verlängert sich die Frist auf insgesamt fünf Wochen. Wird nicht fristgerecht über den Antrag entschieden, so kann die benötigte Leistung kraft fingierter Genehmigung selbst beschafft werden –

Die Krankenkasse ist zur Erstattung der entstandenen Kosten verpflichtet.³

Bei rehathechnischen Hilfsmitteln, die dem mittel- bzw. unmittelbaren Behinderungsausgleich dienen, gilt hiervon abweichend die Genehmigungsfrist von zwei Monaten. Bei Einbeziehung eines Sachverständigen ist eine Verlängerung um zwei bzw. vier Wochen möglich.⁴

¹ vgl. § 33 Abs. 1 SGB V

² vgl. § 3 Abs. 1 HilfsM-RL (01.04.2021)

³ vgl. § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V

⁴ vgl. § 18 Abs. 3 SGB IX

Widerspruch bei Ablehnung

Wird der Antrag auf Versorgung durch die Krankenkasse abgelehnt, so kann ein fristgerechter Widerspruch erfolgen. – Enthält der Ablehnungsbescheid eine korrekte **Rechtsbelehrung**, liegt die Frist bei **einem Monat** nach Bekanntgabe, ohne Rechtsbelehrung bei **einem Jahr**. Der Widerspruch muss schriftlich bei der Krankenkasse erfolgen und unbedingt eine Begründung enthalten, welche nachgereicht werden kann. Hierbei ist es hilfreich, die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt um eine Stellungnahme zu bitten.⁵

Zuzahlungspflicht für Hilfsmittel⁶

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 Erstattungsbetrags, höchstens jedoch 10 € im Kalendermonat.

Der Leistungserbringer (z. B. Sanitätsfachhändler) muss die Zuzahlung von den Versicherten einziehen.

Beschränkung der Zuzahlungspflicht (Belastungsgrenze)⁷

Gesetzlich Versicherte haben während eines Kalenderjahres nur Zuzahlungen in Höhe von max. 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 sind nicht budget- bzw. richtgrößenrelevant.
- › Auf dem Muster 16 ist das Kennzeichen 7 anzukreuzen.
- › Grundsätzlich ist die Produktart entsprechend dem Hilfsmittelverzeichnis oder die 7-stellig Positionsnummer anzugeben. Begründet kann im Einzelfall ein konkretes Hilfsmittel (10-stellige Positionsnummer oder Produktname) verordnet werden.⁸
- › Hilfsmittel sind getrennt von Arznei-, Verband- und Heilmittel zu verordnen.

Wirtschaftlichkeitsgebot

Das angestrebte Behandlungs-/Therapieziel muss durch die Leistungen effizient erreichbar sein. Demzufolge sollen qualitätsgesicherte Leistungen unter möglichst geringem Kostenaufwand erbracht werden.

Mithilfe des Gebots, an das sowohl Versicherte als auch Leistungsbringer und Krankenkassen gebunden sind, soll die Versorgungsqualität erhalten bleiben und zu hohe Kosten sollen vermieden werden.

⁵ vgl. § 12 SGB V

⁶ vgl. § 33 Abs. 8 SGB V, § 61 SGB V

⁷ vgl. § 62 SGB V

⁸ vgl. § 7 Abs. 3 HilfsM-RL (01.04.2021)