

Kein Bittgesuch

Der Weg zum Kommunikationshilfsmittel: Verordnung, Antrag, Fristen, Widerspruch — und die Rechte, die dabei oft vergessen werden

Lars Tiedemann

Dipl. Heilpädagoge (FH) · AssistUK

5. August 2026

Arbeitsfassung. Zwischen dem Satz »Dieses Kind braucht eine Kommunikationshilfe« und dem Tag, an dem sie auf dem Tisch steht, liegt ein Verwaltungsweg, an dem mehr Versorgungen scheitern als an jeder fachlichen Frage. Dieser Text beschreibt den Weg durch die gesetzliche Krankenversicherung Schritt für Schritt — mit den Fristen, die tatsächlich gelten, den typischen Ablehnungsgründen und den Antworten darauf. Er ist ein Orientierungstext, keine Rechtsberatung; im Streitfall gehören Beratungsstellen und gegebenenfalls Fachanwälte an den Tisch. Quellen mit Prüfvermerk am Ende.

Inhalt

1. Ein Anspruch, kein Almosen
2. Die Landkarte: wer zahlt wofür
3. Schritt für Schritt: der Weg durch die Krankenkasse
4. Die Fristen — und was aus ihnen folgt
5. Wenn die Ablehnung kommt
6. Nach der Bewilligung: Lieferung, Einweisung, Alltag
7. Die häufigsten Stolpersteine
8. Wie wir es bei AssistUK halten
9. Grenzen dieses Textes
10. Fazit in fünf Sätzen
11. Literatur (mit Prüfvermerk)

1. Ein Anspruch, kein Almosen

Der wichtigste Satz dieses Textes steht im Gesetz: Versicherte haben nach **§ 33 SGB V Anspruch** auf Hilfsmittel, die erforderlich sind, um eine Behinderung auszugleichen. Kommunikation ist in der Rechtsprechung als **Grundbedürfnis des täglichen Lebens** anerkannt — eine Kommunikationshilfe gleicht die Behinderung dort aus, wo sie den Menschen am härtesten trifft: beim Sprechen mit anderen. Wer eine Kommunikationshilfe beantragt, bittet also nicht um eine freiwillige Leistung, sondern macht einen Rechtsanspruch geltend.

Das verändert die Haltung, mit der man den Weg geht. Aus »Mal sehen, ob die Kasse so nett ist« wird: *Der Anspruch besteht; zu klären ist, welches Hilfsmittel ihn erfüllt.* Und es verändert den Ton der Unterlagen: Nicht Mitleid begründet den Antrag, sondern der dokumentierte Bedarf.

2. Die Landkarte: wer zahlt wofür

Für Kommunikationshilfen ist in den allermeisten Fällen die **gesetzliche Krankenversicherung** zuständig (Behinderungsausgleich, § 33 SGB V). Daneben existieren Zuständigkeiten, die man kennen sollte, weil sie in Sonderfällen greifen: die **Eingliederungshilfe** (SGB IX, Teil 2) für Teilhabeleistungen, die **Unfallversicherung** nach Arbeits- und Wegeunfällen, die **Agentur für Arbeit** und die Rentenversicherung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben — und im Bildungsbereich die Dauerbaustelle der Abgrenzung zwischen persönlichem Hilfsmittel (Kasse) und schulischem Lernmittel (Schulträger).

Zwei Regeln entschärfen das Zuständigkeits-Pingpong: Erstens gilt für Reha-Träger die **Weiterleitungspflicht des § 14 SGB IX** — ein Antrag darf nicht mit »nicht zuständig« liegen bleiben, sondern muss binnen zwei Wochen weitergeleitet werden; danach ist der

empfangende Träger zuständig und prüft umfassend. Zweitens: **Ein Antrag bei der falschen Stelle ist besser als kein Antrag.** Das Datum des ersten Antrags zählt.

Das **Hilfsmittelverzeichnis** des GKV-Spitzenverbands führt Kommunikationshilfen in der Produktgruppe 16. Wichtig ist seine rechtliche Natur: Es ist eine Auslegungs- und Orientierungshilfe, **keine abschließende Positivliste** — auch ein nicht gelistetes Produkt kann im Einzelfall zu gewähren sein, wenn es erforderlich ist. Ablehnungen mit der alleinigen Begründung »steht nicht im Verzeichnis« stehen auf dünnem Eis.

3. Schritt für Schritt: der Weg durch die Krankenkasse

Schritt 1 — Bedarf klären und dokumentieren. Am Anfang steht die fachliche Einschätzung: Welche Zugangswege funktionieren, welcher Systemtyp passt, was ist erprobt worden — mit welchem Ergebnis? (Die Nachbartexte »Erst der Weg, dann das Werkzeug« und »Beobachten statt testen« beschreiben das Handwerk.) Alles, was hier schriftlich festgehalten wird, ist später Gold: Der Antrag ist so stark wie seine Dokumentation.

Schritt 2 — Erprobung. Kommunikationshilfen werden vor der Beantragung erprobt — über Beratungsstellen für Unterstützte Kommunikation, Hilfsmittelfirmen mit Beratungsdienst oder spezialisierte Zentren. Eine dokumentierte Erprobung (Was wurde getestet? Unter welchen Bedingungen? Was gelang womit?) beantwortet die Erforderlichkeitsfrage, bevor die Kasse sie stellt. Wichtig: **mehr als ein Gerät erproben**, wenn die Wahl nicht offensichtlich ist — der Vergleich begründet, warum genau dieses Gerät erforderlich ist und kein günstigeres genügt (Wirtschaftlichkeitsgebot, § 12 SGB V).

Schritt 3 — ärztliche Verordnung. Die Vertragsärztin — häufig über Sozialpädiatrische Zentren, Neurologie, Phoniatrie oder die Hausarztpraxis — stellt die Verordnung aus. Hilfreich ist eine Verordnung, die die Diagnose *und* den Kommunikationsbedarf benennt, nicht nur einen Gerätenamen.

Schritt 4 — Antrag mit Kostenvoranschlag. Die Hilfsmittelfirma reicht üblicherweise Kostenvoranschlag, Verordnung und Erprobungsbericht bei der Kasse ein; Familien können auch selbst beantragen. Dem Antrag beilegen, was den Bedarf trägt: Erprobungsbericht, Stellungnahmen aus Therapie, Kita/Schule oder Beratungsstelle, gegebenenfalls Videobeschreibung des Ist-Stands. Ein Satz gehört in jeden Antrag: das **Datum**, ab dem die Frist läuft.

Schritt 5 — Prüfung, gegebenenfalls durch den Medizinischen Dienst. Die Kasse entscheidet selbst oder beauftragt den Medizinischen Dienst mit einem Gutachten (oft nach Aktenlage). Jetzt zählt sich die Dokumentation aus: Ein Gutachten nach Aktenlage ist nur so gut wie die Akte.

Die Abkürzung seit 2025: Mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz gilt ein neuer **§ 33 Abs. 5c SGB V** — wird das Hilfsmittel von einem **Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ)** oder einem **Medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit Behinderung (MZEB)** empfohlen (zeitnah zur Antragstellung), **wird seine**

Erforderlichkeit vermutet: Kasse und Medizinischer Dienst prüfen sie nicht mehr nach, außer die Erforderlichkeit fehlt offensichtlich. Für die vielen Familien, deren Kinder ohnehin im SPZ angebunden sind, ist das der wichtigste Verfahrensfortschritt seit Jahren — die spezialisierte Empfehlung ersetzt die Kassen-Nachprüfung. Praktisch heißt das: Wo ein SPZ oder MZEB beteiligt ist, sollte die Empfehlung von dort kommen und dem Antrag beiliegen.

Schritt 6 — Bescheid. Bewilligung, Teilbewilligung (anderes/günstigeres Gerät) oder Ablehnung — jeweils als schriftlicher Bescheid mit Rechtsbehelfsbelehrung. Ab hier gilt Abschnitt 5.

4. Die Fristen — und was aus ihnen folgt

Seit dem Patientenrechtegesetz stehen die Entscheidungsfristen im Gesetz (§ 13 Abs. 3a SGB V): Die Krankenkasse muss über den Antrag **innerhalb von drei Wochen** entscheiden — **fünf Wochen**, wenn sie den Medizinischen Dienst einschaltet (worüber sie informieren muss). Kann sie die Frist nicht halten, muss sie das vor Fristablauf schriftlich und mit tauglichem Grund mitteilen.

Was folgt aus einem Fristversäumnis? Hier hat sich die Rechtsprechung bewegt, und man sollte den aktuellen Stand kennen: Das Bundessozialgericht hat **2020 seine frühere Linie aufgegeben** — die »Genehmigungsfiktion« nach Fristablauf begründet danach **keinen eigenständigen Anspruch mehr auf die Sachleistung selbst**, sondern einen **Kostenerstattungsanspruch**: Wer sich die Leistung nach Fristablauf selbst beschafft, kann die Kosten erstattet verlangen (BSG, Urteil vom 26.05.2020, B 1 KR 9/18 R). Für Familien heißt das praktisch: Der Fristablauf ist ein scharfes Druckmittel und im Selbstbeschaffungsfall ein Erstattungstitel — aber **keine Einladung, auf eigene Faust zu kaufen, ohne die Erstattungsvoraussetzungen zu kennen**. Bei vierstelligen Gerätepreisen gehört vor eine Selbstbeschaffung immer der Rat einer Beratungsstelle oder einer sozialrechtlich versierten Stelle.

Unabhängig davon gilt: **Fristen notieren, freundlich nachfassen, schriftlich**. Ein erheblicher Teil der langen Verfahren ist schlicht Liegenlassen — und ein Anruf mit Aktenzeichen plus eine kurze schriftliche Erinnerung wirken öfter, als man denkt.

5. Wenn die Ablehnung kommt

Zuerst die nüchterne Zahl aus der Beratungspraxis vieler Stellen: Widersprüche gegen Hilfsmittel-Ablehnungen haben **gute Erfolgsaussichten** — ein erheblicher Teil der Ablehnungen hält der zweiten Prüfung nicht stand. Eine Ablehnung ist das Ende des ersten Anlaufs, nicht des Verfahrens.

Der Fahrplan: **Widerspruch innerhalb eines Monats** nach Zugang des Bescheids — fristwährend genügt zunächst ein Satz (»Hiermit lege ich Widerspruch ein; Begründung folgt«). Dann die Begründung entlang der Ablehnungsgründe bauen:

- »Nicht erforderlich« → Erprobungsbericht, Alltagsbeispiele, Stellungnahmen: Was geht heute nicht, was ging in der Erprobung?
- »Günstigeres reicht« → der dokumentierte Vergleich: Warum scheitert das günstigere Gerät am konkreten Bedarf (Zugangsweg! Wortschatzgröße! Entwicklungsperspektive!)?
- »Kein Erfolg zu erwarten« / »Kind zu jung« / »kognitive Voraussetzungen fehlen« → hier steht die Fachlichkeit auf unserer Seite: Es gibt keine Einstiegsvoraussetzungen für Unterstützte Kommunikation; die Studienlage zum frühen Start und zur Kompetenzvermutung gehört in den Widerspruch (der Aufsatz »Warten hat keine Evidenz« versammelt sie zitierfähig).
- »Steht nicht im Hilfsmittelverzeichnis« → das Verzeichnis ist keine Positivliste (Abschnitt 2).

Hilft der Widerspruch nicht, bleibt die **Klage vor dem Sozialgericht** — für Versicherte **gerichtskostenfrei**, ohne Anwaltszwang in der ersten Instanz, mit ordentlichen Erfolgsaussichten bei gut dokumentierten Fällen. Dass dieser Schritt Überwindung kostet, weiß jeder, der Familien begleitet; dass er regelmäßig lohnt, auch.

6. Nach der Bewilligung: Lieferung, Einweisung, Alltag

Mit der Lieferung beginnt der Teil, der über den Erfolg entscheidet — und der im Verfahren am häufigsten vergessen wird:

Einweisung gehört zur Versorgung. Die liefernde Firma weist in das Gerät ein; bei komplexen Systemen sind Folgetermine üblich und vereinbar. Eine Einweisung, die nur der Fachkraft gilt und die Familie auslässt (oder umgekehrt), ist eine halbe.

Anpassung ist Teil des Anspruchs. Halterung an den Rollstuhl, Anpassung der Ansteuerung, Vokabular-Grundeinrichtung — die Versorgung ist erst vollständig, wenn das Gerät im Alltag benutzbar ist, nicht wenn der Karton übergeben wurde.

Reparatur und Folgeversorgung: Defekte gehen zulasten der Kasse (Reparatur oder Austausch); wächst der Mensch oder der Bedarf, ist eine **neue Versorgung** möglich — der Anspruch ist nicht mit einem Gerät pro Leben abgegolten. Für Übergänge (neues Gerät, neues Umfeld) beschreibt der Übergänge-Aufsatz das Übergabepaket.

Und: Das Gerät ersetzt keine Förderung. Der Verwaltungsweg endet mit der Lieferung — der fachliche Weg (Modeling, Umfeldanleitung, Vokabularaufbau) beginnt dort erst. Kein Bescheid der Welt bringt einem Kind das Kommunizieren bei.

7. Die häufigsten Stolpersteine

Aus drei Jahrzehnten Begleitpraxis, ohne Anspruch auf Statistik:

1. **Der undokumentierte Bedarf.** »Wir wissen doch alle, dass er es braucht« steht in keiner Akte. Aufschreiben, von Anfang an.
2. **Die Ein-Gerät-Erprobung.** Ohne Vergleich fehlt die Antwort auf die Wirtschaftlichkeitsfrage.
3. **Die verschenkte Frist.** Niemand notiert das Antragsdatum, niemand fasst nach — Monate vergehen.
4. **Der verpasste Widerspruch.** Die Monatsfrist verstreicht, weil die Ablehnung erst einmal sacken musste. (Der Ein-Satz-Widerspruch kostet zwei Minuten.)
5. **Die Versorgung ohne Umfeld.** Das Gerät kommt, niemand ist eingewiesen, es landet im Schrank — und die nächste Ablehnung zitiert genau das: »Vorversorgung wurde nicht genutzt.« So schließt sich der Kreis nach unten. Umgekehrt wird er zum Kreis nach oben: dokumentierte Nutzung ist das stärkste Argument jeder Folgeversorgung.
6. **Falsche Bescheidenheit im Antrag.** Beantragt wird, was erforderlich ist — nicht, was vermutlich durchgeht.

8. Wie wir es bei AssistUK halten

Offenlegung, weil sie in diesen Text gehört: **AssistUK versorgt nicht mit Hilfsmitteln.** Wir stellen Software her und beraten fachlich; wir verkaufen keine Geräte, reichen keine Kostenvoranschläge ein und stehen in keinem Abrechnungsverhältnis zu Krankenkassen. Wo unsere Programme über Partner als Teil einer Versorgung bezogen werden können, sagen wir das auf den Produktseiten — die Versorgung selbst liegt bei den Hilfsmittelfirmen und Beratungsstellen, und das ist gut so: Wer begutachtet, sollte nicht verkaufen, und wer verkauft, nicht begutachten. Für diesen Text heißt das: Er hat kein Produkt zu verteidigen. Er hat nur eine Position: Der Anspruch besteht, der Weg ist gehbar, und niemand muss ihn allein gehen — die Beratungsstellen für Unterstützte Kommunikation, die Selbsthilfeverbände und die Sozialberatungen der Kliniken sind genau dafür da.

9. Grenzen dieses Textes

Dieser Text beschreibt den Regelweg durch die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland — er ersetzt keine Rechtsberatung im Einzelfall, und er veraltet dort, wo Gesetzgebung und Rechtsprechung sich bewegen (die Fristenfolgen von 2020 sind das beste Beispiel; Stand der Angaben: August 2026). Private Krankenversicherung, Beihilfe, Österreich und die Schweiz folgen eigenen Regeln, die hier nicht dargestellt sind. Konkrete Preise und Bewilligungsquoten nenne ich bewusst nicht: Erstere ändern sich, Letztere sind je nach Region und Kasse zu verschieden, als dass eine Zahl ehrlich wäre. Und die Erfolgsaussichts-Aussagen in Abschnitt 5 sind Beratungserfahrung des Feldes, keine amtliche Statistik.

10. Fazit in fünf Sätzen

Eine Kommunikationshilfe ist ein Rechtsanspruch nach § 33 SGB V, kein Almosen — Kommunikation ist ein anerkanntes Grundbedürfnis. Der Weg führt über dokumentierten Bedarf, vergleichende Erprobung, Verordnung und Antrag; seine Währung ist die schriftliche Dokumentation. Die Kasse muss in drei Wochen entscheiden, mit Medizinischem Dienst in fünf — Fristen notieren und nachfassen gehört zum Verfahren. Eine Ablehnung ist der Auftakt zum Widerspruch (ein Monat!), der sich regelmäßig lohnt, und notfalls zur gerichtskostenfreien Klage. Bewilligt ist erst vollständig, wenn eingewiesen, angepasst und im Alltag angekommen — und gefördert wird danach immer noch von Menschen, nicht von Bescheiden.

11. Literatur (mit Prüfvermerk)

Rechtsgrundlagen und BSG-Linie am 05.08.2026 web-geprüft (✓); Gesetzestexte in der jeweils geltenden Fassung zitiert.

1. ✓ **§ 33 SGB V** — Anspruch auf Hilfsmittel (Sicherung des Behandlungserfolgs, Vorbeugung, Behinderungsausgleich).
2. ✓ **§ 12 SGB V** — Wirtschaftlichkeitsgebot (ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich; das Maß ist die Erforderlichkeit).
3. ✓ **§ 13 Abs. 3a SGB V** — Entscheidungsfristen drei/fünf Wochen; Mitteilungspflicht; Erstattung selbstbeschaffter Leistungen nach Fristablauf.
4. ✓ **BSG, Urteil vom 26.05.2020 — B 1 KR 9/18 R.** Aufgabe der früheren Rechtsprechung zur Genehmigungsfiktion: kein eigenständiger Sachleistungsanspruch aus Fristablauf, sondern Kostenerstattungsanspruch bei Selbstbeschaffung. (*Web-geprüft 05.08.2026, bsg.bund.de; Einordnung: reha-recht.de, Beitrag A25-2021.*)
5. ✓ **§ 33 Abs. 5c SGB V** (eingefügt durch das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz, Februar 2025). — Erforderlichkeitsvermutung bei Empfehlung durch SPZ/MZEB; keine Nachprüfung durch Kasse/Medizinischen Dienst außer bei offensichtlich fehlender Erforderlichkeit. (*Web-geprüft 05.08.2026; Einordnung: reha-recht.de, Beitrag A5-2026.*)
6. ✓ **§ 14 SGB IX** — Zuständigkeitsklärung unter Reha-Trägern: Weiterleitung binnen zwei Wochen, danach umfassende Prüfpflicht des empfangenden Trägers.
7. ✓ **Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbands (§ 139 SGB V), Produktgruppe 16 (Kommunikationshilfen).** — Orientierungsrahmen der Produktarten; nach ständiger Rechtsprechung keine abschließende Positivliste.
8. ✓ **Tiedemann, L. (2026).** Erst der Weg, dann das Werkzeug (Zugangsklärung vor Gerätewahl) · Beobachten statt testen (Dokumentations- und Einschätzungslogik) · Warten hat keine Evidenz (Studienlage gegen »zu früh«/»zu schwer behindert«) · Das Vokabular zieht mit (Übergabepaket nach der Versorgung). AssistUK-Grundlagenreihe. — Die fachliche Seite des hier beschriebenen Verwaltungswegs.

Die fachliche Position, Auswahl und Verantwortung liegen bei mir. — L. T.