

---

Norbert Kamps

# Hilfsmittelversorgung von Pflegebedürftigen

Rechtssicheres Hilfsmittel-Management  
in der Pflegepraxis

MENSCHUNDMEDIEN

## 6.4 Abschließendes Verwaltungsverfahren

Nach der Prüfung der Hilfsmittelverordnung hat der Kostenträger verschiedene Reaktionsmöglichkeiten:

1. Genehmigung der Leistung
2. Teilweise Genehmigung der Leistungen
3. Ablehnung der Leistungen

### 6.4.1 Leistungsgenehmigung

Wird die beantragte Versorgung nach Prüfung durch die GKV bzw. SPV befürwortet, bekommt der Versicherte das bzw. die Hilfsmittel und die Krankenkasse rechnet gegenüber dem Leistungserbringer die Versorgung ab und stellt gegebenenfalls erforderliche Eigenanteile und Zuzahlungen gegenüber dem Versicherten in Rechnung.

Eventuell wird nach der Versorgung noch eine Evaluation der Hilfsmittelversorgung durchgeführt (siehe Kapitel Qualitätssicherung).

### 6.4.2 Teilweise Genehmigung der Leistungen

Bei der teilweisen Genehmigung ist dem Antrag nicht in vollem Umfang entsprochen worden.

Gegebenenfalls sind einzelne Teile der Versorgung, z.B. ein besonderes Zubehörteil abgelehnt, das Grundgerät aber genehmigt worden – siehe dazu folgendes Kapitel zur Ablehnung von Leistungen – oder aber es wurde auf ein anderes, weil wirtschaftlicheres Produkt ausgewichen bzw. ein anderer Leistungserbringer beauftragt. In letzterem Fall gilt es zu überlegen, ob die Entscheidung abgelehnt oder akzeptiert wird.

### 6.4.3 Leistungsablehnung und Widerspruch

*Nur der Versicherte  
ist widerspruchsberechtigt*

Lehnt die Kranken- oder Pflegekasse eine Versorgung ab, so ist nur der Versicherte zum Widerspruch berechtigt. Einwände von Anbietern und Herstellern sind rechtlich unerheblich. Der Widerspruch richtet sich immer gegen den Leistungsentscheid der Krankenkasse. Sollte ein Widerspruch oder Einwand direkt an den MDK geschickt worden sein, leitet dieser ihn umgehend an die zuständige Krankenkasse weiter.

Es wird dringend empfohlen den Widerspruch ausführlich zu begründen und mit ergänzenden Informationen zu versehen, da ansonsten eine Abänderung des Leistungsbescheids eher unwahrscheinlich ist.

*Der Widerspruch sollte ausführlich begründet sein*

Ein ausführlich begründeter und mit beleg- sowie nachvollziehbaren Sachargumenten versehener Erstantrag verhindert die Ablehnung und damit auch die Erfordernisse eines Widerspruches.

Verzichten Sie sowohl im Antrag als auch im Widerspruch auf polemische Äußerungen! Häufig werden in Widersprüchen polemische Äußerungen, Angriffe gegen das „System“ oder pauschale Verweise auf andere Kassen, Zeitungsartikel usw. angeführt. Diese sind wenig hilfreich, meist sogar kontraproduktiv. Wie auch schon beim Antrag gilt es im Widerspruchsverfahren nachvollziehbare und überzeugende Sachargumente zu finden.

### PRAXISTIPP

Es muss auch im Widerspruchsverfahren immer im individuellen Einzelfall entschieden werden und nur sachliche Argumentationen und einzelfallbezogene Informationen können und dürfen durch den Kostenträger berücksichtigt werden. Wird auch der Widerspruch abgelehnt bleibt nur der Weg zum Sozialgericht.

Bei der Ablehnung kann es zu unterschiedlichen Verfahrensweisen kommen:

*Drei verschiedene Ablehnungsbescheide*

1. Ablehnungsbescheid mit Rechtsmittelbelehrung an den Versicherten
2. Ablehnungsbescheid ohne Rechtsmittelbelehrung an den Versicherten
3. Mitteilung über die Ablehnung an den Leistungserbringer und ohne Nachricht an den Versicherten

Anträge werden immer durch den Versicherten bzw. seine Betreuung gestellt, es geht um seine Ansprüche, er ist Ansprechpartner für die Kostenträger, ihm stehen alle gesetzlichen Rechte in dem Verfahren zu.

### RECHTS- HINWEIS

Der Kostenträger entscheidet über die Anträge im Verfahren des Verwaltungsaktes, er muss einen Bescheid mit rechtlicher Wirkung erlassen (siehe hierzu § 31 SGB X). Der Verwaltungsakt (Bescheid) kann mündlich, z.B. am Telefon, schriftlich oder auch elektronisch (z.B. per Email) erfolgen. Er ergeht aber auf jeden Fall gegenüber dem Versicherten. Da auch eine mündliche Ablehnung einen Verwaltungsakt darstellt, sollte sie durch den Versicherten mit einer schriftlichen Notiz dokumentiert werden. Es sollte auch eine schriftliche Bestätigung auf Basis des § 33 Absatz 2 Satz 2 SGB X verlangt werden. Alle Entscheidungen, auch mündliche, müssen begründet werden. Die Begründung soll alle entscheidungsrelevanten und wesentlichen tatsächlichen sowie rechtlichen Gründe angeben.

*Auch wenn die Ablehnung mündlich erfolgt, sollte sie dokumentiert werden*

Immer wenn dem Antrag nicht in vollem Umfang entsprochen wurde, also auch bei Teilgenehmigung, liegt ein belastender Verwaltungsakt vor, so dass der Versicherte dagegen vorgehen kann.

**PRAXISTIPP**

Die Begründungen der Ablehnung liefern meist sehr gute und hilfreiche Ansatzpunkte für die Argumentation in einem möglichen Widerspruch. Verlangen Sie – natürlich immer im Namen des Versicherten – schriftliche Ablehnungen und gleichen Sie die Begründungen mit den leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen exakt ab. Oftmals steckt der Fehler im Detail.

*Widerspruchsfrist beträgt einen Monat*

Grundsätzlich muss gemäß § 36 SGB X ein Leistungsbescheid mit einer Rechtsmittel- bzw. Rechtsbehelfsbelehrung versehen sein. In dieser muss auch mitgeteilt werden, dass der Versicherte innerhalb einer Frist von einem Monat (nicht vier Wochen) das Recht hat, gegen die Ablehnung schriftlich Widerspruch einzulegen, ebenfalls muss die Widerspruchsstelle benannt sein.

Dem Versicherten stehen nun zwei Wege offen. Er kann entweder direkt bei der Widerspruchsstelle (in der Regel der Krankenkasse) den Widerspruch zu Protokoll geben oder diesen schriftlich per Post, Fax oder persönliche Abgabe einreichen.

Der Widerspruch muss Namen und Anschrift des Verfassers enthalten. Das Datum und Akten-/Geschäftszeichen des ablehnenden Bescheids muss aufgeführt werden und es muss hervorgehen, dass es sich um einen Widerspruch handelt. Der Widerspruch muss vom Versicherten bzw. seinem Bevollmächtigten unterschrieben sein. Im letzteren Fall ist die Vollmacht dem Schreiben beizufügen. Auch ein Betreuer muss seine Befugnis durch Vorlage der Betreuungs-Bestellung (Kopie genügt) belegen.

**WICHTIG!****Muss-Inhalte des Widerspruchs**

- ▶ Namen und Anschrift des Verfassers
- ▶ Datum und Akten-/Geschäftszeichen des ablehnenden Bescheids
- ▶ Betreff: Widerspruch
- ▶ Unterschrift des Versicherten bzw. seines Bevollmächtigten (In diesem Fall ist die Vollmacht dem Schreiben beizufügen.)

*Der Versicherte hat das Recht zur Akteneinsicht*

Gemäß § 25 SGB X hat der Versicherte das Recht auf Akteneinsicht. Dies soll in den Räumen der Krankenkasse erfolgen, alternativ kann um Zusendung einer Kopie der entscheidungsrelevanten Unterlagen – insbesondere auch des MDK-Gutachtens – gebeten werden. Im Widerspruchsschreiben kann dann dezidiert auf die Entscheidungsgründe eingegangen werden. Nach Eingang des Widerspruches muss der Kostenträger dann innerhalb von drei Monaten über den Widerspruch entscheiden (siehe § 88 Absatz 2 SGG (Sozialgerichtsgesetz)) und einen Abhilfebescheid oder eine Widerspruchsbescheid erlassen. Im Falle eines Abhilfebescheids wird dem Widerspruch zugestimmt und die Leistung genehmigt. Im Falle eines Widerspruchsbescheids wird die Leistung weiterhin abgelehnt. Auch dieser Bescheid muss eine Rechtsbehelfsbelehrung und eine ausführliche Begründung enthalten. Gegebenenfalls kann diese auch gegenüber dem ersten Ablehnungsbescheid erweitert sein.

*Der Kostenträger muss innerhalb von drei Monaten entscheiden*

Sofern der Versicherte auch den Widerspruchsbescheid nicht akzeptiert kann Klage vor dem Sozialgericht erhoben werden.

Der Versicherte hat das Recht auf Akteneinsicht. Fordern Sie also bei einer Ablehnung die Zusendung einer Kopie der entscheidungsrelevanten Unterlagen – insbesondere auch des MDK-Gutachtens. So können Sie die Ablehnung genau prüfen und Widerspruch einlegen, wenn die Ablehnung zu Unrecht erfolgt ist. Im Widerspruchsschreiben können Sie dann dezidiert auf die Entscheidungsgründe eingehen.

Die oft, vor allem im Internet angebotenen Musterschreiben für Widersprüche erweisen sich in der Praxis nicht als sinnvoll, denn jeder Widerspruch wird individuell geprüft. Spätestens wenn das dritte gleich lautende Widerspruchsschreiben bei der Kasse oder dem MDK eingeht, wird jeder Gutachter / Sachbearbeiter aufmerksam und dann ist das Ergebnis der Widerspruchsprüfung doch schon klar.

Das gesamte Antragsverfahren, also auch das Widerspruchsverfahren ist grundsätzlich kostenfrei durchzuführen. Beauftragt der Versicherte aber einen Rechtsanwalt, so wird diese Tätigkeit auf Basis des Rechtsanwaltsvergütungsgesetzes vom Versicherten gegenüber dem Anwalt zu vergüten sein. Im Falle eines Erfolges des Widerspruchsverfahrens sind die Anwaltskosten vom Kostenträger zu erstatten, im Falle der Ablehnung vom Versicherten selbst zu tragen.

Ein Antrag löst bei der zuständigen Stelle einen Automatismus aus. Er ist der Beginn des Verwaltungsverfahrens, das immer die gleichen Prüfschritte hat. Sorgen Sie also dafür, dass alle „Knöpfe in der richtigen Reihenfolge geknöpft werden“. Nur dann ist das Ergebnis repräsentabel und wird Ihren Erwartungen entsprechen. Der Antrag steuert das Verwaltungsverfahren. Er sollte immer schriftlich gestellt werden und dem „Sesamstraßenprinzip“ (Wieso? Weshalb? Warum? Wer nicht fragt, bleibt dumm!) folgen.

**Wer?**

Der Antrag muss Angaben zur Person, wie Name, Anschrift, Versicherungsnummer, Angaben zur Art der Behinderung, Krankheit etc. enthalten. Sofern eine Pflegestufe vorliegt, sollte diese erwähnt und auf die entsprechenden Begutachtungsunterlagen verwiesen werden. Benennen Sie Ansprechpartner, die fundierte Auskünfte bei Nachfragen geben können (Pflege, Arzt, Angehörige und stimmen sie sich vorher mit diesen Personen ab). Legen Sie Vollmachten vor. Beschreiben Sie die jeweilige Wohnsituation und benennen Sie gegebenenfalls die Institutionen, die die Pflege übernommen haben.

**Was?**

Es sollte deutlich beschrieben werden, welches Hilfsmittel wofür benötigt wird und welche Hilfe vom Kostenträger erwartet wird. Geben Sie möglichst detailliert die benötigte Versorgung vor.

**Wie?**

Der Antrag sollte auch mit einer Darstellung der zu erreichenden Ver-

**PRAXISTIPP**

**PRAXISTIPP**

*Antrags- und Widerspruchsverfahren sind kostenfrei*

**PRAXISTIPP**

*Wer – genaue Beschreibung des Antragstellers*

*Was – welches Hilfsmittel wofür*

*Wie – Versorgungsziele*

sorgungsziele ergänzt werden. Gegebenenfalls sind Prognosen von Experten (Therapeuten, Ärzten usw.) beizufügen.

*Warum –  
Notwendigkeit*

Warum?

Die Notwendigkeit der beantragten Maßnahme sollte mit wenigen Worten dargestellt werden. Möglicherweise vorhandene Gutachten und Informationen sowie Stellungnahmen sollten beigefügt werden. Reichen Sie keine Originale ein, machen Sie Kopien!

Fragen Sie beim Kostenträger nach. Gemäß § 14 SGB I besteht eine Pflicht der zuständigen Behörde, umfassend zu beraten. Dabei sind nicht nur gestellte Fragen zu beantworten, sondern im Beratungsgespräch hat der einzelne Sachbearbeiter auch von sich aus möglicherweise bedeutsame Umstände anzusprechen und auf mögliche Vergünstigungen hinzuweisen. Auch der MDK hat die Aufgabe bei Hilfsmittel-Begutachtungen nach § 275 SGB V zu beraten. Bitten Sie um eine schriftliche Bestätigung der in der Beratung erhaltenen Auskünfte. Eine Rechtspflicht hierzu besteht jedoch nicht. Sollte sich nachträglich herausstellen, dass die zunächst angesprochene Stelle (z.B. Krankenkasse) nicht zuständig ist, dann ist diese verpflichtet, den Antrag an die zuständige Stelle (z.B. Pflegekasse) weiterzuleiten. Durch die Weiterleitung des Antrages werden die Wirkungen des Antrages, wie z.B. Gewährung der beantragten Leistung vom Zeitpunkt der Antragstellung an, nicht beeinträchtigt. Es gilt also der Eingangsstempel der zuerst angesprochenen Behörde.

## 6.5 Qualitätssicherung

*Evaluation der Hilfs-  
mittelversorgung*

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) wurden die Begutachtungsaufgaben des MDK erweitert. Während die Krankenkassen bisher in geeigneten Fällen lediglich vor Bewilligung eines Hilfsmittels durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen konnten, ob das Hilfsmittel erforderlich ist (§ 275 Absatz 3 Nr. 1 SGB V), besteht jetzt auch die Möglichkeit, bereits durchgeführte Hilfsmittelversorgungen zu evaluieren (§ 275 Absatz 3 Nr. 3 SGB V).

Der Terminus „Evaluation“ beschreibt hier die Beurteilung der Versorgung mit Hilfsmitteln auf ihre Wirksamkeit und Ihren Nutzen hin. Die Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgungen kann sich dabei auf drei Sachverhalte beziehen:

- ▶ die Evaluation von Einzelfällen,
- ▶ die Evaluation von Fallserien und
- ▶ die systematische Gruppen-Evaluation.

*Einzelfall-Evaluation*

Bei der Evaluation im Einzelfall geht es um eine rückblickende Wirkungskontrolle. Es wird geprüft, ob und in wie weit eine Hilfsmittelversorgung den angestrebten Erfolg gebracht hat und ob sie qualitativ angemessen war. Die Einzelfall-Evaluation umfasst nur die Versorgung