

RECHT UND ANSPRUCH BEI DER PROTHESEN-VERSORGUNG

EIN RATGEBER FÜR PATIENTEN UND FACHHANDEL



Vorwort

Die Prothesenversorgung hat sich in den letzten Jahrzehnten erheblich verändert. Der medizintechnische Fortschritt in der Prothesenentwicklung setzt höhere Standards – und steht im Spannungsfeld mit dem zunehmenden Kostendruck im Gesundheitswesen. Die Folgen tragen die Patienten. Menschen, die sich aufgrund ihrer Amputation ohnehin schon in einer Ausnahmesituation befinden, müssen oft hohe Hürden überwinden, bevor sie die Prothesenversorgung erhalten, die zu ihrem Leben passt und auf die sie angewiesen sind. Versorgungsprozesse ziehen sich unnötig in die Länge, weil Versorgungsanträge meistens nicht auf Anhieb genehmigt werden. Zur Realität der Antragsbearbeitung gehört auch, dass die Versicherungen unter Bezugnahme auf entstehende Kosten einen geringen Versorgungsstandard als ausreichend sehen, Zuständigkeiten ignoriert und Fristen nicht eingehalten werden. Für viele Betroffene ist dieses Prozedere undurchsichtig, führt oft zu Ratlosigkeit oder lässt sie schlimmstenfalls resignieren, sich für ihre Versorgung einzusetzen und ihre neuen Lebensumstände eigenständig zu gestalten.

Mit unserem Ratgeber informieren wir Sie über Rechte und Ansprüche bei der Prothesenversorgung und beantworten die juristischen Fragen, mit denen Sie sich – als unmittelbar betroffene Person, Angehörige, Ärzte oder Mitarbeiter des orthopädiotechnischen Fachhandels – innerhalb des Versorgungsprozesses konfrontiert sehen: Auf welchen rechtlichen Grundlagen steht die Prothesenversorgung? Was ist der individuelle Versorgungsanspruch des gesetzlich Versicherten? Welche gesetzlichen Regelungen gelten im Rahmen der Antragstellung? Was sind die Unterschiede zwischen Gewährleistung und Garantie, Nutzungsdauer und Mindestgebrauchszeiten? Worauf bezieht sich die Produkthaftung? Und welche Rolle spielt der medizinische Dienst der Krankenkassen? Ausführlich gehen wir auf das Antrags- und Widerspruchsverfahren sowie auf den Klageweg in der Sozialgerichtsbarkeit ein. Besonderen Wert legen wir dabei auf eine übersichtliche, allgemeinverständliche und praxisnahe Darstellung, um Ihnen bestmöglich behilflich sein zu können.



Oda Hagemeyer,

Geschäftsführerin
eurocom e. V. – European
Manufacturers Federation
for Compression Therapy
and Orthopaedic Devices

Inhalt

1	RECHTLICHE GRUNDLAGEN	7
1.1	Gesetzliche Rahmenbedingungen	7
1.2.	Rechts- und Vertragsverhältnisse	9
1.3.	Zuständige Gerichtsbarkeiten	10
2	DER INDIVIDUELLE VERSORGUNGSANSPRUCH DER GESETZLICH VERSICHERTEN	11
2.1	Unmittelbarer und mittelbarer Behinderungsausgleich	11
2.2	Das Wirtschaftlichkeitsprinzip	14
3	GESETZLICHE REGELUNGEN IM RAHMEN DER ANTRAGSTELLUNG	15
3.1	Die Einhaltung von Fristen und die „Genehmigungsfiktion“	15
3.2	Die Klärung der Zuständigkeiten	17
4	GEWÄHRLEISTUNG, GARANTIE, NUTZUNGS- DAUER, MINDESTGEBRAUCHSZEITEN	19
5	DIE PRODUKTHAFTUNG	24
6	DER MEDIZINISCHE DIENST DER KRANKENKASSEN	27

7	DAS ANTRAGSVERFAHREN	29
7.1	Die Primärversorgung	29
7.2	Die Begründung	30
7.3	Möglichkeiten der Selbstbeschaffung	31
7.4	Die Zweitversorgung	32
7.5	Sonderversorgungen	33
8	DAS WIDERSPRUCHSVERFAHREN	34
9	DER KLAGEWEG IN DER SOZIALGERICHTSBARKEIT	37
9.1	Das erstinstanzliche Klageverfahren	37
9.2	Der einstweilige Rechtsschutz	40
9.3	Das Berufungsverfahren	41
9.4	Das Bundessozialgericht	42
9.5	Die Kosten der Verfahren	42
10	HÄUFIG GESTELLTE FRAGEN	44
	Über eurocom	48
	Mitglieder der Arbeitsgruppe Prothetik	49
	Bildnachweis	50
	Impressum	50

1 Rechtliche Grundlagen

1.1 GESETZLICHE RAHMENBEDINGUNGEN

Das **Sozialrecht** ist in Deutschland in zwölf Büchern geordnet. Im ersten Buch finden sich die für alle Bücher geltenden allgemeinen Regelungen, im vierten Buch sind die gemeinsamen Vorschriften für die Sozialversicherung angesiedelt und das zehnte Buch enthält Vorschriften zum Verwaltungsverfahren, die für alle Sozialleistungsträger gelten.

Jeder Zweig des Sozialrechts ist in einem eigenen Buch geregelt, beispielsweise im **fünften Buch** die **Gesetzliche Krankenversicherung**, die für die medizinischen Leistungen zuständig ist, im **siebten Buch** die **gesetzliche Unfallversicherung**, die über die Berufsgenossenschaften und sonstigen Unfallversicherungsträger abgedeckt wird, und in den weiteren Büchern sind die Regelungen für die übrigen Kostenträger erfasst.

In 2001 trat das **neunte Buch** in Kraft, in welchem das bis dahin in unterschiedlichen Gesetzen geregelte, unübersichtliche **Rehabilitations- und Behindertenrecht** in einem Buch zusammengefasst und weiterentwickelt wurde, um die Rechte von Behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen zu stärken. Hier sind vor allem die besonderen Regelungen zur Zuständigkeit, Weiterleitung von Anträgen und Fristen von erheblicher Bedeutung, die im Zusammenhang mit dem Bundesteilhabegesetz geändert wurden.

Mit dem Ziel, die Benachteiligung von Menschen mit Behinderung zu beseitigen und zu verhindern sowie die gleichberechtigte Teilhabe von behinderten Menschen am Leben in der Gesellschaft zu gewährleisten und ihnen eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen, ist im Mai 2002 das **Gesetz für die Gleichstellung behinderter Menschen (BGG)** in Kraft getreten. Besonderes Augenmerk wurde auf Regelungen für die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung gelegt.

Seit dem 26. März 2009 bildet die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) die verbindliche Grundlage für das deutsche Behindertenrecht, nachdem die Bundesregierung an diesem Tag die Konvention durch die Unterzeichnung des Vertrages anerkannt hat.

Die UN-BRK stärkt die Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen auf ein selbstbestimmtes Leben wie alle anderen auch. Sie sichert die Rechte der Menschen mit Behinderung durch individuell gefasste Vorschriften, die sich am sozialen Verständnis orientieren.

Nicht der Mensch und seine Konstitution sind das Problem, sondern eine Umwelt, die den Menschen mit Behinderung an der Ausübung seiner Rechte und der gleichberechtigten Teilhabe an dieser Gesellschaft hindert.

Dagegen richten sich die individuellen Rechtspositionen der UN-BRK, zu denen die bürgerlichen, politischen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte wie die Rechte auf Bildung, Arbeit und/oder Gesundheit gehören. Diese Ausrichtung wird in der deutschen Kostenträgerlandschaft immer noch verkannt, obwohl es sich um echte Menschenrechte handelt.

Der deutsche Staat hat sich durch die Ratifizierung verpflichtet, die Konvention einzuhalten und umzusetzen. Dies bedeutet, dass sich die staatlichen Organe wie Behörden, Gerichte und die Körperschaften des öffentlichen Rechts wie die Krankenkassen oder die Bundesagentur für Arbeit an die bestimmten Vorgaben der Konvention sofort halten müssen.

Trotz der Ratifizierung führt die UN-Behindertenrechtskonvention nicht zu direkten Leistungsansprüchen der Versicherten im Rahmen des SGB. So hat das Bundessozialgericht mit Urteil vom 18. Mai 2011, Aktenzeichen B 3 KR 10/10 R entschieden und ausgeführt, dass Leistungsansprüche beispielsweise auf Hilfsmittelversorgung weiter nur im Rahmen des § 33 SGB V gegeben sind. Den Zwecken der UN-Behindertenrechtskonvention werde – so das BSG – bereits durch das gegliederte Leistungssystem, insbesondere durch die Regelungen des SGB IX, ausreichend Rechnung getragen.

Allerdings verfolgt der Gesetzgeber mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) das Ziel, die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen im Sinne von mehr Teilhabe und mehr Selbstbestimmung zu verbessern. Durch das BTHG soll unter Beachtung der UN- Behindertenrechtskonvention die Situation für Menschen mit Behinderungen weiter verbessert werden. So sollen mehr Möglichkeiten der Teilhabe und mehr Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderungen geschaffen werden. Das BTHG tritt schrittweise bis zum 01.01.2023 in insgesamt vier Stufen in Kraft und führt zu einer erheblichen Veränderung insbesondere des SGB IX.

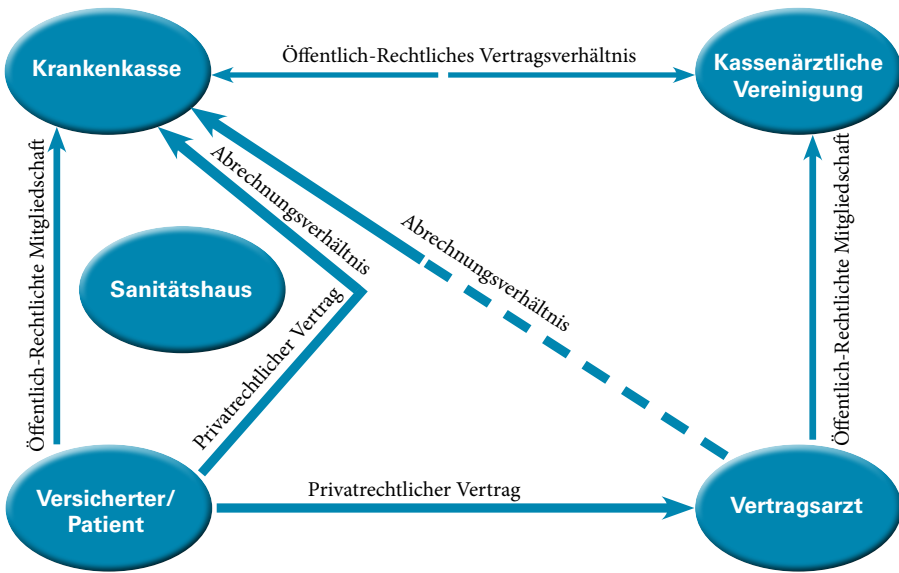
1.2 RECHTS- UND VERTRAGSVERHÄLTNISSE

Die gesetzliche Krankenversicherung erfüllt in der Regel die Leistungsansprüche ihrer Versicherten nicht selbst. Hierzu bedient sie sich der sogenannten Leistungserbringer. Bei den Leistungserbringern handelt es sich um Ärzte, Krankenhäuser, Therapeuten oder Sanitätshäuser. Typisch für solche Leistungserbringer ist, dass sie über eine entsprechende Zulassung, Präqualifizierung oder Versorgungsberechtigung im System der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen. Hinzu kommen zum Teil vertragliche Vereinbarungen (**öffentlich-rechtliche Verträge**), die z. B. im Hilfsmittelbereich zwischen den Hilfsmittelversorgern und den Krankenkassen zu finden sind.

Zwischen den Versicherten und den Krankenkassen bestehen rechtliche Beziehungen aufgrund der Mitgliedschaft. Die Mitgliedschaft kann aufgrund von Versicherungspflicht oder auf freiwilliger Basis erfolgen. Daneben gibt es noch andere Formen der Mitgliedschaft, wie z. B. die Familienversicherung. Aufgrund der Mitgliedschaft bestehen dann die Leistungsansprüche gegenüber der Krankenversicherung.

Letztendlich bestehen Beziehungen zwischen dem Versicherten / Patienten und den Leistungserbringern, die regelmäßig als **privatrechtliche Verträge** ausgestaltet sind.

Rechts- und Vertragsverhältnisse in der Versorgungskette



1.3 ZUSTÄNDIGE GERICHTSBARKEITEN

Bedeutung gewinnen die verschiedenen Vertragsverhältnisse bei Rechtsstreitigkeiten zwischen den einzelnen Parteien:

Für **privatrechtliche Streitverfahren** sind die ordentlichen Gerichte, die **Zivilgerichte**, zuständig. In der Regel orientiert sich in diesem Bereich die Zuständigkeit am Streitwert des Verfahrens.

Danach sind zuständig
bei einem Streitwert **bis** € 5.000,00 die Amtsgerichte
bei einem Streitwert **über** € 5.000,00 die Landgerichte

Bei Streitigkeiten von Versicherten gegen ihre Krankenversicherung sind als besonderer Zweig der Verwaltungsgerichtsbarkeit die **Sozialgerichte** anzurufen.

Die Verfahren sind dort für die Kläger/innen kostenfrei, die Kosten für Prozessbevollmächtigte werden nicht nach Streitwerten, sondern nach besonderen Rahmengebühren berechnet.

2 Der individuelle Versorgungsanspruch des gesetzlich Versicherten

Der Versorgungsanspruch des gesetzlich Versicherten wird in § 33 SGB V geregelt. Danach haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Dabei unterscheidet das Bundessozialgericht zwischen unmittelbarem und mittelbarem Behinderungsausgleich. Bei Prothesenversorgungen handelt es sich um das im Einzelfall erforderliche Hilfsmittel zum unmittelbaren Behinderungsausgleich.

10/11

2.1 UNMITTLBARER UND MITTELBARER BEHINDERUNGSAUSGLEICH

Bei der Versorgung mit Prothesen gilt das Gebot eines möglichst weitgehenden Ausgleichs des Funktionsdefizits und zwar unter Berücksichtigung des aktuellen Standes des medizinischen und technischen Fortschritts. Der gesunde Mensch und seine Möglichkeiten sind der Maßstab, an dem die Versorgung zu messen ist.

Zum **unmittelbaren Behinderungsausgleich** zählen nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes Prothesen und Hörgeräte. Beim unmittelbaren Behinderungsausgleich geht es um den möglichst weitgehenden Ausgleich des Funktionsdefizits.

Es soll ein **Gleichziehen mit einem nicht behinderten Menschen** erreicht werden. Dabei ist der aktuelle Stand des medizinischen und technischen Fortschritts zu berücksichtigen. Es besteht ein Anspruch auf Versorgung mit einem aktuellen Modell, wenn Gebrauchsvorteile für den Versicherten bestehen. Im Bereich des unmittelbaren Behinderungsausgleichs besteht ein Anspruch auf einen möglichst weitgehenden Behinderungsausgleich. Das Gleichziehen mit einem nicht behinderten Menschen ist zwar nur schwer möglich, jedoch muss dies in jedem Fall das Ziel einer Versorgung sein.

Dabei umfasst der gesetzliche Hilfsmittelanspruch auch Badeprothesen, weil eine Badeprothese dem unmittelbaren Behinderungsausgleich beinamputierter Versicherter dient und ihnen im Nassbereich zuhause und im Schwimmbad ein sicheres Gehen und Stehen ermöglicht und damit an Orten zum Einsatz kommt, an denen die Alltagsprothese nicht genutzt werden kann, denn eine Alltagsprothese ist für den Aufenthalt in und am Wasser (Schwimmbad, Fluss, See) ungeeignet. Dieser Gebrauchsnachteil der Alltagsprothese wird, so das BSG in seinem Urteil vom 25.06.2009, Aktenzeichen B 3 KR 2/08 R, durch die zusätzliche Ausstattung mit einer Badeprothese kompensiert und die Badeprothese gleicht somit das Funktionsdefizit der Alltagsprothese im Nassbereich aus.

Die Versorgung hat außerdem dem **Stand der Medizintechnik** zu entsprechen. Der Patient muss sich dabei nicht darauf verweisen lassen, der bisher verwendete Versorgungsstandard sei ausreichend. Dies gilt auch dann, wenn das bisher genutzte Hilfsmittel noch intakt ist. Kommt ein verbessertes Hilfsmittel auf den Markt und hat es für den Anwender Gebrauchsvorteile, die sich auf seinen gesamten Alltag auswirken, so besteht ein Versorgungsanspruch auf das neue Hilfsmittel. Beispielhaft dafür ist das Urteil des Bundessozialgerichts vom 16.09.2004 (Az. B 3 KR 2/04 R).

Stand der Technik ist, was die entsprechende Facharztgruppe oder das Sanitätshauswesen als solches ansieht. Einzelne Gegenmeinungen sind dabei unerheblich.

Ein nur **mittelbarer Behinderungsausgleich** findet durch Hilfsmittel statt, die die Auswirkungen der Behinderung betreffen. Z. B. wird durch einen Rollstuhl die Fortbewegung ermöglicht, jedoch nicht die fehlende Funktion des Gehens unmittelbar ersetzt, wie es bei einer Prothese geschieht.

Gegenstand des mittelbaren Ausgleichs sind die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben bezogen auf die Grundbedürfnisse des Menschen.

Als Grundbedürfnisse hat das Bundessozialgericht (BSG) die folgenden Tätigkeiten definiert: Gehen, Stehen, Sitzen, Liegen, Greifen, Sehen, Hören, Ausscheiden, Nahrungsaufnahme, elementare Körperpflege, selbstständiges Wohnen, die Erschließung eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums.

Der Versicherte hat im Rahmen des mittelbaren Behinderungsausgleichs nur Anspruch auf einen sogenannten **Basisausgleich**. Er muss in die Lage versetzt werden, seine notwendigen Alltagsgeschäfte möglichst selbstständig allein regeln zu können. Die Erschließung des Freiraums ist jedoch begrenzt auf den Nahbereich, also die Wege, die ein nicht behinderter Mensch üblicherweise zu Fuß zurück legt. Hierzu gehören z.B. die notwendigen Alltagsgeschäfte wie die Versorgungswege zum Supermarkt, zur Apotheke, zum Arzt oder für einen Spaziergang an die frische Luft zu kommen.

2.2 DAS WIRTSCHAFTLICHKEITSPRINZIP

Die Ansprüche des Versicherten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung richten sich nach dem sogenannten Wirtschaftlichkeitsprinzip, das heißt sie sind auf diejenigen Maßnahmen begrenzt, die nach objektiven Maßstäben **als ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich** anzusehen sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§12Abs.1SGB V).

Zutreffend ist, dass Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß dem Wirtschaftlichkeitsgebot ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Wesentlich im Rahmen der Prothesenversorgung ist jedoch auch, dass das Bundessozialgericht in seiner Rechtsprechung darlegt, dass erhebliche Mehrkosten für eine modernere und dem Stand der Technik entsprechende Prothesenversorgung keine Rolle spielen, wenn **Gebrauchsvorteile** bei der neuen Prothesenversorgung gegenüber der bisherigen Prothesenversorgung bestehen.

Eine Ablehnung mit der Begründung, ein Hilfsmittel sei zu teuer, ist gesetzlich unzulässig. Auch die teuerste Versorgung ist als solche per se nicht unwirtschaftlich. Das Wirtschaftlichkeitsprinzip erlaubt keinen Vergleich von „Äpfeln mit Birnen“. Nur funktionsgleiche und für den Versicherten gleich geeignete Hilfsmittel dürfen miteinander verglichen werden. Ein Hilfsmittel ist also nur dann unwirtschaftlich, wenn ein preisgünstigeres Hilfsmittel zum gleichen Behinderungsausgleich führt. Es ist in jedem Fall eine wirtschaftlichere Alternative aufzuzeigen und bei Vorliegen der medizinischen Notwendigkeit dann auch zu bewilligen.

Bei Hilfsmitteln mit erweitertem Funktionsumfang ist ein zulässiger Ablehnungsgrund zu benennen, die Begründung, das Hilfsmittel sei nicht notwendig und / oder wirtschaftlich und ein einfaches Hilfsmittel reiche aus, ist kein zulässiger Grund.

In diesen Fällen ist vom Kostenträger zu erläutern, exakt welche Funktion des Hilfsmittels im Detail keinen Nutzen bringt und deshalb ein Hilfsmittel ohne die in Frage stehende Funktion ausreichend sei.

Die Kostenträger sind gehalten, diese **Funktionsprüfung** im Hinblick auf die Anforderung des Einzelfalls, demnach direkt am Patienten orientiert, durchzuführen.

3 Gesetzliche Regelungen im Rahmen der Antragstellung

3.1 DIE EINHALTUNG VON FRISTEN UND DIE „GENEHMIGUNGSFIKTION“

Eine der wesentlichen Regelungen des im Februar 2013 eingeführten Patientenrechtegesetzes war die Festlegung von Fristen für die Entscheidungen von Krankenkassen über Anträge ihrer Versicherten. § 13 Abs. 3a SGB V legt seitdem fest, dass Krankenkassen über Anträge ihrer Versicherten innerhalb von drei Wochen und bei Einschaltung des MDK innerhalb von insgesamt fünf Wochen entscheiden müssen.

14/15

Sollte die Krankenkasse diese Fristen ohne Angabe von schriftlichen Gründen gegenüber dem Versicherten nicht einhalten, tritt die sogenannte **Genehmigungsfiktion** ein. Die Leistung gilt als genehmigt wie beantragt. Damit setzt sich der Gesetzgeber an die Stelle der Krankenkasse, die nicht fristgerecht entschieden hat, und spricht auf diese Weise fiktiv eine Genehmigung als automatische Folge aus.

Bei Hilfsmittelversorgungen ist aufgrund der Rechtsprechung des BSG zu unterscheiden:

Handelt es sich um Hilfsmittel, die der Krankenbehandlung (z.B. Dekubitussysteme, Beatmungsgeräte) dienen, gilt die Frist des § 13 Abs. 3a SGB V und damit drei bzw. fünf Wochen bei Einschaltung des MDK ab Antragseingang (in der Regel der Kostenvorschlag).

GESETZLICHE REGELUNGEN

Nach dem Urteil des BSG vom 15.März 2018 (B3 KR 18/17 R) gilt bei Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich, wie z.B. Prothesen oder Rollstühlen, nicht die Frist von drei bzw. fünf Wochen nach § 13 Abs. 3a SGB V.

Anwendung finden danach die Fristen nach dem Gesetz zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, dem SGB IX. Auch hier beträgt die Entscheidungsfrist drei Wochen. Diese Frist verlängert sich, wenn ein Gutachten benötigt wird. Dies ist unverzüglich einzuholen und nach Vorlage des Gutachtens hat die Krankenkasse zwei Wochen Zeit zur Entscheidung. Hält die Krankenkasse (oder auch andere Rehabilitationsträger, für die das SGB X gilt) die vorgenannten Fristen nicht ein und erklärt dies auch nicht schriftlich unter Angabe von Gründen gegenüber dem Versicherten, tritt die sogenannte Genehmigungsfiktion nach Ablauf von zwei Monaten ein. Die Leistung gilt als genehmigt wie beantragt.

Mit Urteilen vom 26. Mai 2020 (B 1 KR 9/18 R) und 18.Juni 2020 (B3 KR 13/19 R) hat das BSG seine bisherige patientenfreundliche Rechtsprechung aufgegeben. Danach billigt die Genehmigungsfiktion dem Patienten nur noch eine vorläufige Rechtsposition zu und zwar unter der Voraussetzung, dass er das fragliche Hilfsmittel bereits selbst nach Ablauf der Frist beschafft hat. Die vorläufige Möglichkeit der Selbstbeschaffung gilt aber nur so lange, bis die Krankenkasse eine Entscheidung über den Antrag trifft. Sobald die Krankenkasse, auch verspätet, eine Entscheidung getroffen hat, endet die Möglichkeit der Selbstbeschaffung.

Am Beispiel der Hilfsmittelversorgung bedeutet dies: Um die Genehmigungsfiktion nutzen zu können, muss sich der Patient zwischen Fristablauf und verspäteter Entscheidung der Krankenkasse ein Hilfsmittel auf eigene Rechnung selbst anschaffen. Wenn er sich das Hilfsmittel nicht selbst anschafft, hilft ihm die Genehmigungsfiktion trotz verspäteter Entscheidung der Krankenkasse nicht weiter.

Selbstbeschaffung bedeutet die Anschaffung des Hilfsmittels durch den Patienten auf eigenes wirtschaftliches Risiko. Gegebenenfalls wird erst in einem noch lang andauernden Widerspruchs- und Klageverfahren geklärt, ob die Anschaffung zu Recht erfolgte.

3.2 DIE KLÄRUNG DER ZUSTÄNDIGKEITEN

In der Regel besteht der Hilfsmittelanspruch gegenüber der Krankenkasse. Aber es können auch andere Kostenträger in Betracht kommen, z.B. die Berufsgenossenschaften nach Arbeitsunfällen. Das deutsche **Sozialleistungssystem** unterscheidet also zwischen **verschiedenen Kostenträgern**. Das Gros der Hilfsmittelversorgungen in Deutschland erfolgt zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie ist für die medizinische Rehabilitation ihrer Versicherten zuständig. Für die berufliche Rehabilitation oder Lebensbereiche, die außerhalb des Leistungsbereiches der gesetzlichen Krankenversicherung liegen, sind andere Kostenträger zuständig.

16/17

Soweit es sich bei dem Patienten um einen behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen handelt, findet sich in § 47 SGB IX eine Kostenträger übergreifende Definition für den Hilfsmittelanspruch. Die eigentliche Anspruchsgrundlage findet sich dann in dem jeweiligen Leistungsgesetz für den jeweiligen Kostenträger, also z. B. für die Krankenversicherung in § 33 SGB V.

Die Abgrenzung der Zuständigkeiten gelingt nicht immer trennscharf. Um ein Hase-und-Igel-Spiel der Kostenträger auszuschließen, hat der Gesetzgeber die Vorschrift des § 14 SGB IX eingeführt.

Danach hat der **zuerst angegangene Kostenträger** binnen **zwei Wochen** zu entscheiden, ob er für den Leistungsantrag zuständig ist oder nicht. Hält er sich für unzuständig, leitet er ihn spätestens nach Ablauf von zwei Wochen an den seiner Meinung nach zuständigen Kostenträger weiter. Leitet er ihn nicht rechtzeitig weiter, so bleibt er zuständig. Dies gilt selbst dann, wenn sich hinterher herausstellt, dass eigentlich ein anderer Kostenträger zuständig ist. Leitet der Kostenträger den Antrag rechtzeitig weiter, so ist der Kostenträger, an den weitergeleitet wurde, in jedem Falle zuständig. Eine erneute Weiterleitung ist nur in dem Fall möglich, wenn der dritte Kostenträger seine Zustimmung dazu erklären würde. Die erste Weiterleitung ist aber grundsätzlich bindend. Ist an den sachlich falschen Kostenträger weitergeleitet worden, so kann sich der fehlerhaft angegangene Kostenträger später die Kosten beim eigentlich zuständigen Kostenträger im Wege des Regresses zurückholen.

BEISPIEL

- Eine Krankenkasse erhält einen Antrag auf Kostenübernahme für ein Handbike. Sie hält sich nicht für zuständig und leitet den Antrag an den Sozialhilfeträger weiter.
- Der Sozialhilfeträger muss nun nicht nur nach den Vorschriften des SGB XII entscheiden, sondern er muss auch prüfen, ob die Kostenübernahme nicht eigentlich doch durch die Krankenkasse nach den Vorschriften des SGB V hätte erfolgen müssen.
- Weil es sich um eine Krankenkassenleistung handelt, ist vom Sozialhilfeträger nach den Vorschriften des SGB V zu entscheiden. Hierfür benötigt der Sozialhilfeträger jedoch keine Kenntnis von der finanziellen Situation des Antragstellers, sondern hat ausschließlich nach den Vorschriften für die Krankenkassen, dem SGB V zu bescheiden.

4 Gewährleistung, Garantie, Nutzungsdauer, Mindestgebrauchszeiten

Wartungen, Reparaturen und Instandhaltungen sind wesentlicher Teil des Hilfsmittelanspruchs, den der Versicherte gegenüber der Krankenkasse hat.

In § 33 Abs. 1 S. 4 SGB V heißt es dazu: „Der Anspruch umfasst auch zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringende, notwendige Leistungen wie die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen.“

In diesem Zusammenhang hat der Hilfsmittel-Leistungserbringer bestimmte Verpflichtungen, die im Folgenden begrifflich erläutert werden.

Der Begriff der **Gewährleistung** bezeichnet die sogenannte **Mängelhaftung**, die dem Besteller einer Versorgung zusteht, und umfasst mit diesem Begriff die Ansprüche bei Vorliegen eines Mangels.

Die Gewährleistung oder Mängelhaftung z.B. beim Kauf, bei der der Verkäufer dafür einzustehen hat, dass die verkaufte Sache frei von Sach- und Rechtsmängeln ist, beträgt gegenüber Verbrauchern zwei Jahre nach Kauf und ist in den §§ 437 ff. BGB geregelt.

Im Bereich der Prothesenversorgung ist die Grundlage der Gewährleistung das **Werkvertragsrecht**. Die Folgen eines Sachmangels sind die folgenden Rechte, die dem Besteller zustehen.

GEWÄHRLEISTUNG UND GARANTIE

- Zuerst hat der Besteller bei Vorliegen eines Mangels den Anspruch auf Nacherfüllung nach § 635 BGB. Der Hersteller hat dabei die Wahl, den Mangel zu beseitigen oder ein neues Werk herzustellen. Schlägt die Nacherfüllung fehl,
- steht nur dann dem Besteller ein Rücktrittsrecht nach § 636 BGB zu.
- Das Rücktrittsrecht ist ein Gestaltungsrecht, weil es die Rechtslage verändert, ohne dass die Gegenseite beteiligt wäre.
- Der einst einvernehmlich von beiden Seiten geschlossene Vertrag wird einseitig rückabgewickelt.
- Bei der Rückabwicklung des Vertrages, müssen bereits empfangene Leistungen zurückgewährt werden (§ 346 Abs. 1 BGB); erst recht erlöschen bisher noch nicht erfüllte Ansprüche (rechtsvernichtende Einwendung).
- Ein Rücktritt ist nur ausnahmsweise möglich; grundsätzlich sind Verträge wie vereinbart zu erfüllen.

Durch den Rücktritt wird der Vertrag in ein Rückabwicklungsschuldverhältnis umgestaltet, das den Rechtsgrund für die Rückgewähr bildet. Der Rücktritt ist im allgemeinen Schuldrecht verankert, ist also grundsätzlich auf alle Vertragstypen anwendbar. Wahlweise kann der Besteller auch eine Minderung (§ 638 BGB) verlangen oder den Ersatz seiner Aufwendungen und Vorschuss bei einer Selbstvornahme (§ 637 BGB).

Gegebenenfalls entstehen noch Ansprüche auf Schadensersatz, wenn der Besteller einen nachweisbaren bezifferbaren Schaden erlitten hat oder auf den Ersatz vergeblicher Aufwendungen im Falle der Selbstvornahme.

Von der Gewährleistung zu unterscheiden ist der im Sprachgebrauch oft fälschlicherweise genutzte Begriff der Garantie. Eine **Garantie** ist eine freiwillige Zusicherung des Garantiegebers, dass die Sache eine bestimmte Beschaffenheit aufweist.

Dabei handelt es sich um ein zusätzliches, freiwillig angebotenes vertragliches Versprechen.

Die Garantie sichert dem Besteller bestimmte Rechte, wenn die Garantiebedingungen erfüllt sind. Die Gewährleistung definiert eine zeitlich befristete Nachbesserungsverpflichtung und gilt ausschließlich für Mängel, die zum Zeitpunkt der Herstellung / des Kaufs bereits bestanden. Umgangssprachlich wird häufig kein Unterschied gemacht zwischen der Garantie und der gesetzlichen Gewährleistungspflicht, während es sich juristisch um völlig unterschiedliche Rechte bzw. Verpflichtungen handelt.

Die Garantie beinhaltet also eine freiwillige Selbstverpflichtung des Händlers oder Herstellers, die über den eigentlichen Vertrag hinausgeht. Es gibt dabei die unterschiedlichsten Formen von Garantien, wie z. B.:

- „Preisgarantie“ (Rücknahme oder Preisangleichung, wenn die Konkurrenz billiger ist)
- „Zufriedenheitsgarantie“ (befristetes Rückgaberecht bei Unzufriedenheit mit dem Produkt)
- „3 Jahre Garantie für ...“ (Garantieumfang wird meist konkret genannt)
- „Reparaturgarantie“
- „Haltbarkeitsgarantie“
- „Vor-Ort-Garantie“ (Verkäufer oder Hersteller repariert vor Ort beim Käufer)
- „Bring-In-Garantie“ (Käufer muss Ware zur Reparatur zum Verkäufer bringen)

Wichtig ist, dass Garantieansprüche unabhängig von gesetzlichen Mängelansprüchen bestehen. Oftmals werden Garantien deswegen auf bestimmte Teilbereiche beschränkt, da der Verbraucher durch seine Mängelrechte ausreichend geschützt ist. Wenn also der Garantiefall im Garantiezeitraum

auftritt, wird automatisch die Garantie ausgelöst, ohne dass der Käufer dies nochmals gesondert nachweisen muss. Es wird in der Regel vermutet, dass der Mangel schon bei Übergabe der Ware (dem sogenannten Gefahrübergang) vorhanden war.

Um zu vermeiden, dass sich der Garantiegeber im Garantiefall von seiner Ersatzpflicht befreit, wurde in § 444 BGB festgelegt, dass ein Haftungsausschluss bei Erklärung einer Garantie nicht wirksam ist.

Ein weiterer, in diesem Zusammenhang verwendeter Begriff ist die **Nutzungsdauer** der Produkte. Die Nutzungsdauer ist weder eine Gewährleistung noch eine Garantie, sondern die Dauer, in dem ein Medizinprodukt bei bestimmungsgemäßem Gebrauch über seine Funktionstauglichkeit im Rahmen seiner Zweckbestimmung verfügt.

Die Nutzungsdauer sagt aus, für welchen Zeitraum ein Medizinprodukt nach der Erfahrung unter Berücksichtigung des bestimmungsgemäßen Gebrauchs funktionsfähig ist.

Eine Garantie wird für den bestimmten Zeitraum zugesagt und findet zusätzlich zur gesetzlichen Gewährleistung Anwendung.

Die Garantie stellt im Gegensatz zur gesetzlichen Gewährleistung eine freiwillige Selbstverpflichtung dar.

Die Nutzungsdauer der Medizinprodukte ist nicht gleichzusetzen mit der steuerlichen Nutzungsdauer, der Absetzung für Abnutzungen (AfA). Die Bestimmung der steuerlichen Nutzungsdauer richtet sich nach den AfA-Tabellen, die von der Finanzverwaltung festgesetzt werden und die mit der medizinprodukterechtlichen Nutzungsdauer der Hersteller nicht identisch sind.

Die Hersteller von Prothesen und/oder Prothesenkomponenten haben die **Verkehrssicherungspflichten** gemäß § 823 Abs.1 BGB / § 3 ProdSG sowie die **Pflicht zur Instruktion der**

Anwender nach dem Inverkehrbringen ihrer Produkte zwingend zu beachten

Der Instruktion der Anwender dient die Gebrauchsanweisung, die den Verpackungen der technischen Geräte beigelegt ist.

In diese Gebrauchsanweisung, so schreibt § 11 Abs. 2 MPG, sind die für den Verwender erforderlichen Angaben wie die Angabe der maximalen Nutzungsdauer aufzunehmen. Zumeist ist die maximale Nutzungsdauer des Produktes auch in der nach den allgemein gültigen und anerkannten Regeln der Technik erstellten Instandhaltungsanweisung zu finden.

Prothesenpassteile, insbesondere mikroprozessorgesteuerte Teile, unterliegen, wie andere technische Geräte auch, natürlichen Umweltbelastungen und unterschiedlich starken mechanischen Belastungen. Es muss daher festgestellt werden, dass ein technisches Produkt, das entweder ständig oder teils im Einsatzfall unter erhöhtem Betriebsdruck steht, in seiner Nutzungsdauer naturgemäß begrenzt ist. Aber auch bei normaler Nutzung können altersbedingte Materialermüdungen auftreten. Im Einzelfall kann der Einsatz von überalterten Prothesenpassteilen sogar eine Gefährdung für den Benutzer darstellen.

Die **Rahmenverträge** zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern, gemäß §§ 126, 127 SGB V, sehen zum Teil **Mindestgebrauchszeiten** für ganze Versorgungen vor, soweit die Abrechenbarkeit betroffen ist. Hier verpflichtet sich der Leistungserbringer, auf vertraglicher Grundlage freiwillig für eine bestimmte Vergütung eine bestimmte Leistung für einen bestimmten Zeitraum zu erbringen. Bekanntestes Beispiel ist wohl die Abrechnung für eine Interimsversorgung, die für sechs Monate gebrauchsfähig sein muss, oder die sechsmonatige Passformgarantie auf Schäfte. Wird die Versorgung innerhalb der Frist defekt, muss der Leistungserbringer auf eigene Kosten nachbessern oder neu bauen. Der Patient ist hiervon nicht betroffen, da diese Regelungen lediglich das **öffentlich-rechtliche Vertragsverhältnis** zwischen Leistungserbringer und Kostenträger berühren. Solche vertraglichen Regelungen sind rechtlich nicht zu beanstanden und für die Vertragsparteien bindend.

5 Die Produkthaftung

Bei der Mängelhaftung richtet man seine Ansprüche direkt an seinen Leistungserbringer. Sie umfassen die mangelbedingte eingeschränkte Nutzungsmöglichkeit der Sache. Die Produkthaftung dagegen umfasst weitere Schäden an Leben, Gesundheit, Eigentum und weiteren Rechtsgütern, die gerade durch die Mangelhaftigkeit der Sache entstanden sind.

Bei der **Produkthaftung** bestehen Ansprüche direkt gegen den Hersteller oder Produzenten.

Bei privater Nutzung sieht das Produkthaftungsgesetz (ProdHaftG) direkt Schadensersatzansprüche vor.

- Liegt eine gewerbliche Nutzung vor, können diese aus § 823 BGB abgeleitet werden.
- Bei der Produkthaftung besteht im Gegensatz zu den Mängelgewährleistungsrechten nicht die Möglichkeit der Nachbesserung.

GRUNDSATZ:

Keine Haftung nach dem Produkthaftungsgesetz bei Überschreiten der Nutzungsdauer.

Sobald ein Produkt in den Verkehr gebracht wurde, hat der Hersteller eine **Pflicht zur Produktbeobachtung** mit entsprechendem Handlungsbedarf je nach aufgetretenem Fehler. Der Handlungsbedarf geht von der nachträglichen Aufklärung bzw. Warnung bis hin zum Rückruf.

Um eine Haftung auszuschließen, sollten daher folgende Punkte von den Herstellern beachtet werden:

- Der Gebrauch des Produkts – womit muss der Hersteller billigerweise rechnen?

Der Hersteller darf nicht davon ausgehen, dass das Produkt von jedem Käufer ordnungsgemäß gebraucht wird, sondern er muss auch den vorhersehbaren Fehlgebrauch in seine Überlegungen einbeziehen, damit Haftungsansprüche gar nicht erst entstehen. Davon zu unterscheiden ist der unvorhersehbare unvernünftige und missbräuchliche Gebrauch von Produkten, für diesen haftet der Hersteller grundsätzlich nicht, da hierbei kein Produktfehler vorliegt.

- Der Zeitpunkt des Inverkehrbringens

Für die Produktsicherheit ist immer der Zeitpunkt des Inverkehrbringens und nicht der Moment des Schadenseintritts entscheidend. Der Hersteller muss daher nur die Erwartungen der Allgemeinheit zum Zeitpunkt des Inverkehrbringens und nicht etwa spätere Erwartungsänderungen berücksichtigen.

Der Hersteller hat aber auch die Produktbeobachtungspflicht. Stellt sich daher nach dem Inverkehrbringen heraus, dass ein Produkt fehlerhaft ist, so hat der Hersteller die Pflicht zur Anpassung der Sicherheitsstandards in der laufenden Produktion sowie zur Aufklärung bezüglich der verkauften Produkte, je nach Fall auch bis hin zum Rückruf. Passteile, deren Nutzungsdauer überschritten ist, können durch Funktionsausfälle Schäden verursachen, für die der Hersteller keine Haftung mehr übernehmen muss, insbesondere im Bereich der Funktionssicherheit. Denn nach Ablauf der maximalen Nutzungsdauer sind sowohl die Produkthaftung als auch die kaufrechtliche Gewährleistung erloschen.

- Das Mitverschulden des Geschädigten

Kann der Hersteller ein vorsätzliches bzw. fahrlässiges Mitverschulden eines Geschädigten beweisen, so stellt dies einen Entlastungstatbestand dar. Dies kann beispielsweise dann der Fall sein, wenn der Geschädigte seine Sorgfaltspflicht verletzt hat, indem er deutliche Warnhinweise des Herstellers ignoriert hat.

Praxistipp

Die Abnahme der funktionsfähigen Prothese sollte vom Patienten immer schriftlich bestätigt werden.

Separat durch Unterschrift bestätigt werden sollte vom Patienten der Hinweis auf die maximale Nutzungsdauer der Prothesenpassteile des Herstellers. Die folgende Formulierung könnte verwendet werden:

„Ausdrücklich machen wir darauf aufmerksam, dass die Prothesenpassteile nach dem Hinweis des Herstellers eine maximale Nutzungsdauer von drei Jahren nicht überschreiten darf. Für die Nutzung über diese Dauer hinaus können wir keine Haftung übernehmen, stehen jedoch für den Austausch gegen ein in diesem Fall notwendiges neues Passteil gerne zur Verfügung.“

Im Falle der Überprüfung der Versorgung durch den Kostenträger kann der Nachweis über die ordnungsgemäße Auslieferung erbracht werden.

Immer vor Auftragserteilung vom Patienten unterschreiben lassen, dass er seine Versorgung im Zweifel selbst zahlen muss.

6 Der Medizinische Dienst der Krankenkassen

Um sicherzustellen, dass die Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen ein ausreichendes, zweckmäßiges und wirtschaftliches Maß nicht überschreiten, wird in Fragen der allgemeinen medizinischen und pflegerischen Versorgung das medizinische und pflegerische Wissen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) zur Entscheidung hinzugezogen.

Der MDK begutachtet bei Leistungsanträgen die Antragsteller. In seiner Selbstdarstellung beschreibt der MDK seine Aufgabe so: „Der MDK ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Er stellt sicher, dass die Leistungen der Kranken- und der Pflegeversicherung nach objektiven medizinischen Kriterien allen Versicherten zu gleichen Bedingungen zugutekommen.“

Nach der Regelung des § 275 Abs. 3 SGB V können die Krankenkassen in geeigneten Fällen vor der Bewilligung eines Hilfsmittels durch den MDK prüfen lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist. Dabei hat der MDK den Versicherten zu beraten und mit den Orthopädischen Versorgungsstellen zusammenzuarbeiten.

Die Gutachten des MDK sollten im Widerspruchsverfahren im Rahmen des Akteneinsichtsrechts des Patienten angefordert und zur Prüfung herangezogen werden, wenn eine Ablehnung auf der Empfehlung des MDK beruht. Nicht selten halten die Gutachten einer Prüfung nicht stand und die darauf basierende Entscheidung der Krankenkasse ist demzufolge rechtlich nicht haltbar.

Die Krankenkasse ist nicht verpflichtet, der Empfehlung des MDK zu folgen, wenn es beispielsweise um die Entscheidung geht, welches Modell von elektronischen Kniegelenken

oder Füßen zu bevorzugen ist. Wenn der/die Versicherte gute Gründe für ein bestimmtes Modell anführen kann, kann der zuständige Fachberater der Krankenkasse unabhängig vom Votum des MDK entscheiden.

In diesem Zusammenhang empfiehlt es sich, die Gutachten des MDK stets zu erfragen und zu prüfen oder prüfen zu lassen. Bei den Pflegekassen gehört der Service, den Antragstellern eines Pflegegrades das Pflegegutachten zur Verfügung zu stellen, inzwischen zum Standard und es wird schon bei der Begutachtung vermerkt, ob die Zusendung gewünscht ist. Jeder Versicherte hat einen Anspruch darauf, dass ihm die Krankenkasse im Rahmen des Akteneinsichtsrechts gemäß § 25 SGB X die Akte zur Einsicht zur Verfügung stellt oder eine Kopie des MDK-Gutachtens.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang das Grundverständnis, dass die Entscheidung der Krankenkasse einen Verwaltungsakt darstellt. Dies ist der vom Gesetzgeber vorgesehene Verfahrensweg. Das heißt, eine Behörde wie die Krankenkasse entscheidet grundsätzlich nach Aktenlage, nämlich derjenigen der Verwaltungsakte, in der sich alle entscheidungsrelevanten Unterlagen befinden, zumindest, wenn diese vollständig und korrekt geführt wird. Daher ist es wichtig, dafür Sorge zu tragen, dass der Krankenkasse alle entscheidungserheblichen Unterlagen zur Verfügung gestellt werden, z. B. Atteste, Therapeutenberichte oder Informationen, die für die Nutzung der Prothese und deren Gebrauchsvorteile von Bedeutung sind.

Anders hingegen sollte sich die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst verhalten. Diese sollte nicht nur nach Aktenlage erfolgen. Vielmehr sollte der Versicherte gegenüber der Krankenkasse explizit äußern, dass er eine **persönliche Untersuchung** bei Einbeziehung des Medizinischen Dienstes wünscht. Gezwungen werden kann die Krankenkasse jedoch nicht dazu.

7 DAS ANTRAGSVERFAHREN

Für jede Leistung der Kostenträger bedarf es eines Antrages. Am Beispiel einer Prothesenversorgung wird das Antragsverfahren im Folgenden dargestellt, vergleichbare Abläufe und Parallelen finden sich indes auch bei der Beantragung anderer Hilfsmittel.

7.1 DIE PRIMÄRVERSORGUNG

Eine Prothesenversorgung beginnt mit der Wahl des Sanitätshauses/des Orthopädietechnikers. Zunächst wird eine **Probeversorgung**, die sogenannte **Interimsversorgung** vorgenommen, die noch veränderbar ist. Der Schaft muss perfekt sitzen und das Bein (die Beine bei Doppelamputierten) verändert sich durch die Kompression des Schaftes, sodass in der Regel **Anpassungen** des Schaftes vorgenommen werden müssen. Die prothetische Erstversorgung kann sehr arbeits- und kostenintensiv werden. Bei ungenügender Stumpfvorbereitung kann die Konditionierung auf die geplante Versorgung ein langwieriger Prozess sein.

Der erste Schritt für den Antrag auf Kostenübernahme ist immer die **ärztliche Verordnung** – dabei ist es sinnvoll, in Zusammenarbeit mit dem Techniker eine möglichst detaillierte Verordnung mit der Beschreibung der gewählten Passteile und genauen Angaben zu den verwendeten Materialien ausstellen zu lassen.

Im nächsten Schritt erstellt der Techniker einen **Kostenvorschlag** zur geplanten Versorgung, der mit der Verordnung und einer Begründung zu den ausgewählten Komponenten der Prothese in der Regel der Krankenkasse, bei beruflich verursachten Amputationen den jeweiligen Berufsgenossenschaften zugeleitet wird.

Wenn eine Probeversorgung durchgeführt wurde, ist eine ausführliche **Dokumentation** zur Darstellung der erzielten Ergebnisse sinnvoll. Die so gewonnenen Erkenntnisse sind nach Aktenlage schwer zu entkräften, da die Begründung auf real ermittelten Fakten basiert.

7.2 DIE BEGRÜNDUNG

Bezüglich der Begründung wird immer wieder der Wunsch nach einem Begründungsraster laut. Ein solches Raster ist allerdings nicht zielführend, denn die Prothesenversorgung ist so individuell wie der Mensch, für den sie gebaut wird. Jede Versorgung hat ihre Besonderheiten, der entscheidende Gesichtspunkt ist aber immer die Konzentration auf jeden Einzelfall.

So wie die Kostenträger gehalten sind, ihre Entscheidungen einzelfallbezogen zu treffen, so muss auch die Begründung für die Wahl bestimmter Prothesenpassteile individuell und bezogen auf die spezifischen, unterschiedlichen und speziellen Verhältnisse des jeweiligen Patienten erstellt werden. Dennoch empfiehlt es sich, dass grundsätzlich in jeder Begründung – unabhängig von der spezifischen Versorgung – die Vorgaben des unmittelbaren Behinderungsausgleichs berücksichtigt werden.

Stichworte für eine gute Begründung:

- der Vergleich von verschiedenen Versorgungslösungen
- die Benennung der Gebrauchsvorteile im täglichen Leben bei der gewählten Versorgung
- die Argumente für die medizinische Notwendigkeit

Hilfsmittelversorgungen sind grundsätzlich genehmigungspflichtig. Eine Versorgung vor Genehmigung durch die Krankenkasse geht zu Lasten des Versicherten oder je nach Vereinbarung zu Lasten des Sanitätshauses. Somit kann eine Versorgung immer erst mit der Genehmigung der Krankenkasse beginnen.

7.3 MÖGLICHKEITEN DER SELBSTBESCHAFFUNG

Eine Selbstbeschaffung ist immer dann zulässig, wenn es sich entweder um eine unaufschiebbare Leistung handelt oder die Ablehnung zu Unrecht erfolgte. Diese Varianten der Selbstbeschaffung sind in § 13 Abs. 3 SGB V, in § 13 Abs. 3a SGB V und in § 18 SGB IX geregelt.

In § 13 Abs. 3 SGB V heißt es: „Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.“

In § 18 Abs. 1 Satz 1 SGB IX heißt es: „Kann über den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nicht innerhalb einer Frist von zwei Monaten ab Antragseingang bei dem leistenden Rehabilitationsträger entschieden werden, teilt er den Leistungsberechtigten vor Ablauf der Frist die Gründe hierfür schriftlich mit (begründete Mitteilung).“

Dabei werden Organisationsprobleme des Kostenträgers wie Urlaub, Krankheit oder Personalmangel nicht als nachvollziehbare Gründe anerkannt.

Erfolgt keine begründete Mitteilung, gilt die beantragte Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Die beantragte Leistung gilt auch dann als genehmigt, wenn der in der Mitteilung bestimmte Zeitpunkt der Entscheidung über den Antrag ohne weitere begründete Mitteilung des Rehabilitationsträgers abgelaufen ist, § 18 Abs. 3 SGB IX.

Hinsichtlich der unaufschiebbaren Leistung heißt es in § 18 Abs. 6 SGB IX: „Konnte der Rehabilitationsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat er eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Leistungsberechtigten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese vom Rehabilitationsträger in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwen-

dig war. Der Anspruch auf Erstattung richtet sich gegen den Rehabilitationsträger, der zum Zeitpunkt der Selbstbeschaffung über den Antrag entschieden hat. Lag zum Zeitpunkt der Selbstbeschaffung noch keine Entscheidung vor, richtet sich der Anspruch gegen den leistenden Rehabilitationsträger.“

7.4 DIE ZWEITVERSORGUNG

Eine Zweitversorgung für den Fall eines Ausfalls der Primärversorgung wird nur in Ausnahmefällen bewilligt, wenn die Erstversorgung wegen zu hoher Beanspruchung häufig und für längere Zeiträume – nach Auffassung des BSG (Urteil vom 12.09.2012 – Az. B 3 KR 20 /II R) zusammenhängend etwa bis zur Obergrenze von zehn Tagen – zur Reparatur nicht zur Verfügung steht (so auch SG Düsseldorf mit Urteil vom 20.11.2007 – Az. S 4 (26) KR 36/03). Allerdings ist dies immer eine Einzelfallentscheidung und es sind immer die konkreten Umstände des Einzelfalls zu beachten.

Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, lehnen die Gerichte einen Anspruch auf eine Zweitversorgung für Reparaturzeiten grundsätzlich ab, da aus der Rechtsgrundlage des § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V nur der Grundanspruch auf die Versorgung mit dem im Einzelfall erforderlichen Hilfsmittel hergeleitet werden kann.

So bestimmt auch § 6 Abs. 8 der Hilfsmittel-Richtlinie, dass eine Mehrfachausstattung mit Hilfsmitteln nur dann verordnet werden kann, wenn dies aus medizinischen, hygienischen oder sicherheitstechnischen Gründen notwendig oder aufgrund der besonderen Beanspruchung durch die oder den Versicherten zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Dabei sind als Mehrfachausstattung funktionsgleiche Mittel anzusehen.

7.5 SONDERVERSORGUNGEN

Besondere Versorgungen, wie z. B. Sportprothesen, also Prothesen, die speziell für die Ausübung einer Sportart hergestellt und genutzt werden, fallen nach der bisherigen Rechtsprechung des BSG (z.B. Urteil vom 21.03.2013, Az. B 3 KR 3/12 R) nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen. Mit Urteil vom 30.04.2019 (L4 KR 339/18) hat jedoch das bayerische Landessozialgericht den Anspruch auf die Versorgung mit einer Sportprothese bestätigt, wenn insbesondere im konkreten Einzelfall mit der normalen Laufprothese keine sportlichen Betätigungen möglich sind. Das LSG Bayern vertritt die Ansicht, dass die Förderung des Freizeit- und Vereinssports zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenkasse gehören kann, was sich aus dem mit dem BTHG in § 2 SGB IX neu formulierten Behinderungsbegriff entsprechend dem Verständnis der UN-Behindertenrechtskonvention ergibt.

Das bedeutet für den Anspruch auf Versorgung mit einer Sportprothese, dass es nicht nur alleine auf die wirklichen oder vermeintlichen gesundheitlichen Defizite ankommt, sondern im Vordergrund stehen vielmehr das Ziel der Teilhabe an den verschiedenen Lebensbereichen sowie die Stärkung der Möglichkeiten einer individuellen und den persönlichen Wünschen entsprechenden Lebensplanung und -gestaltung unter Berücksichtigung des Sozialraums und der individuellen Bedarfe. Vor dem Hintergrund dieser neueren Rechtsprechung muss jeder einzelne Fall genau betrachtet werden, ob Anspruch auf Versorgung mit einer Sportprothese bestehen könnte.

Bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen kann eine Versorgung mit einer Sportprothese als Anspruch auf das Grundbedürfnis der angemessenen Schulbildung geltend gemacht werden, wenn diese zur Teilnahme am Sportunterricht benötigt wird.

8 DAS WIDERSPRUCHSVERFAHREN

Lehnt ein Kostenträger, zum Beispiel die Krankenkasse die beantragte Versorgung ab, kann der Versicherte gegen diesen Ablehnungsbescheid **innerhalb eines Monats** ab Zugang des Bescheides **Widerspruch** einlegen. Geht der Bescheid also am 12. eines Monats dem Versicherten zu, muss der Widerspruch am 12. des Folgemonats beim Kostenträger eingehen. Der Widerspruch muss schriftlich eingelegt werden. Um das Schriftformerfordernis zu wahren, reicht eine E-Mail nicht aus.

Bei der Begründung des Widerspruchs ist darauf zu achten, die Argumente der Ablehnung zu widerlegen. Es sollten bezogen auf die Ablehnungsgründe neue Gesichtspunkte eingebracht werden, die die Meinung der Krankenkasse sowie ggf. später des Widerspruchsausschusses zu ändern in der Lage sein könnten. Standardwidersprüche helfen dagegen nicht wirklich weiter.

Neben der Prüfung der vorgetragenen Begründung für die Ablehnung sind einige Punkte zusätzlich zu beachten.

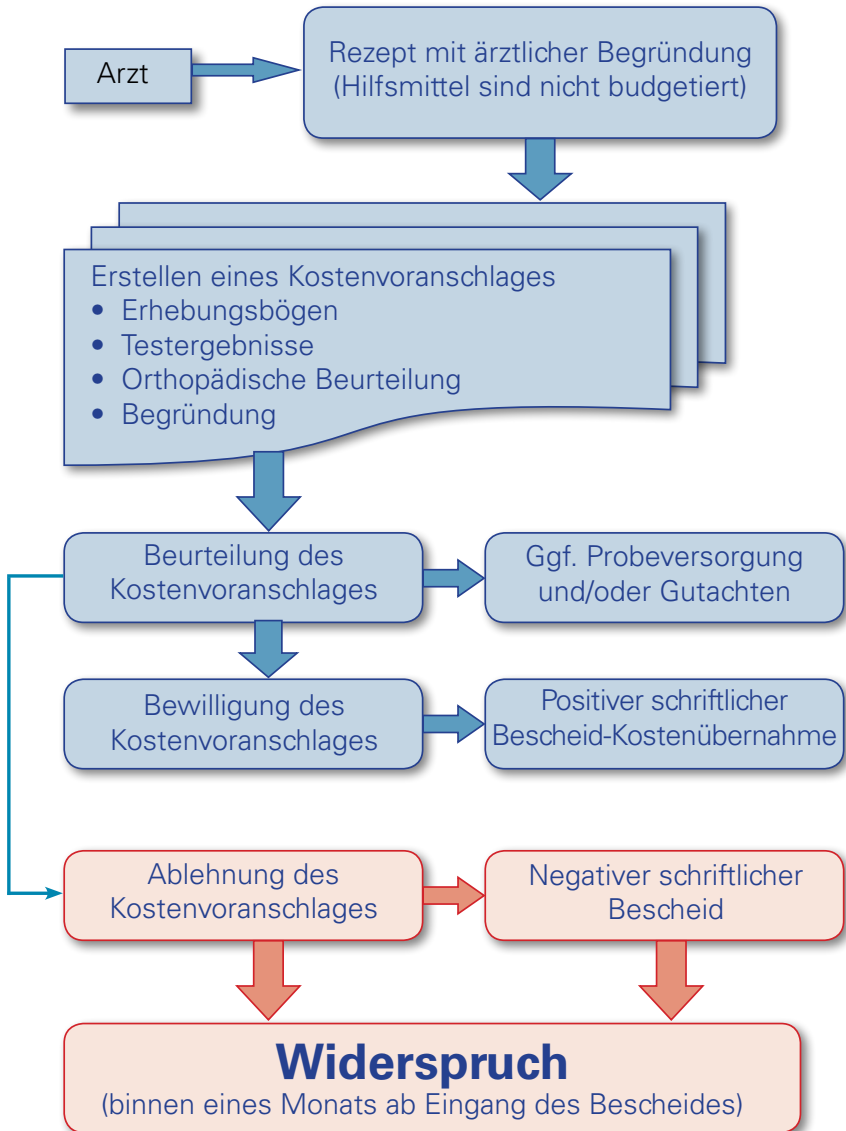
- Entscheidungen nach Aktenlage sind zulässig.
- Weder Bescheide noch die Widerspruchsverfahren dienen in einem ggf. späteren Gerichtsverfahren als Beweismittel. Selbst wenn einer ablehnenden Entscheidung die gesetzlich vorgesehene Begründung fehlt, führt dies nicht automatisch zur Aufhebung der ablehnenden Entscheidung und insbesondere nicht zur Bewilligung des Hilfsmittels.
- Eine inhaltlich gute Begründung im Widerspruch ist sinnvoll, jedoch handelt es sich hierbei um kein Beweismittel mit Beweiskraft. Entscheidend ist, dass hieraus ggf. vom Gericht entsprechende Ermittlungen wie Einholung von Gutachten angestoßen werden.

-
- Der Widerspruch kann zunächst ohne Begründung fristwährend eingelegt werden. Die Begründung sollte im eigenen Interesse baldmöglichst nachgeholt werden. Hilft die Krankenkasse dem Widerspruch des Versicherten gegen den Ablehnungsbescheid nicht ab – erfolgt also keine Genehmigung der beantragten Versorgung – muss die Krankenkasse die Angelegenheit dem Widerspruchsausschuss zur Entscheidung vorlegen.

Die Widerspruchsausschüsse tagen aber oft nur einmal monatlich, daher vergeht oftmals viel Zeit bis zu einem Ergebnis. Sachstandsanfragen können eine schnellere Bearbeitung nach sich ziehen.

Für die **Entscheidung der Behörde/des Kostenträgers über den Widerspruch** sieht das Gesetz in § 88 SGG eine **Frist von drei Monaten** vor. Nach Ablauf dieser Frist kann eine **Untätigkeitsklage** erhoben werden. Nach einem ablehnenden Widerspruchsbescheid kann eine Klage eingeleitet werden.

Rechtlicher Ablauf der Prothesenversorgung I: Von der Verordnung bis zum Widerspruch



9 DER KLAGEWEG IN DER SOZIALGERICHTSBARKEIT

9.1 DAS ERSTINSTANZLICHE KLAGEVERFAHREN

Wird dem ablehnenden Bescheid aufgrund des Widerspruchs nicht abgeholfen, sondern der ablehnende Bescheid bestätigt (es ergeht also der Widerspruchsbescheid), dann ist der Weg zum **Sozialgericht** eröffnet.

Wie beim Widerspruch ist die **Klage** innerhalb der **Frist von einem Monat** nach dem Zugang des Widerspruchsbescheides bei Gericht einzulegen. Die Verfahren der Sozialgerichtsbarkeit sind für die Kläger kostenfrei, auch vom Gericht veranlasste Gutachten sind nicht von den Klägern zu bezahlen. Zudem gilt der **Amtsermittlungsgrundsatz**, d.h. die zuständige RichterIn/der zuständige Richter muss den Sachverhalt aufklären. Es besteht auch kein Anwaltszwang, jede volljährige und geschäftsfähige Person kann sich selbst vertreten.

36/37

Die Klageschrift muss die Bezeichnung der Parteien enthalten, also wer gegen wen klagt, und die Bezeichnung des zuständigen Gerichts unter Beachtung der sachlichen und örtlichen Zuständigkeit. Die sachliche Zuständigkeit liegt bei Streitigkeiten gegen die Kostenträger bei den Sozialgerichten, die örtliche Zuständigkeit liegt in der Regel bei dem Sozialgericht, in dessen Bezirk der Kläger seinen Wohnsitz hat.

Außerdem sind Angaben über den Gegenstand der Klage und den Grund des Anspruches zu machen und ein bestimmter Antrag zu stellen.

Die Klageart wird nach dem Ziel der Klage beurteilt. Zur Durchsetzung eines Anspruches ist die **Leistungsklage** die korrekte Klageart, zur Anfechtung eines Bescheides die **Anfechtungsklage**. Zur Feststellung beispielsweise des Vorliegens einer Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V ist eine **Feststellungsklage** zu erheben, die allerdings ausgeschlossen ist, wenn das Klagebegehren durch Anfechtungs-

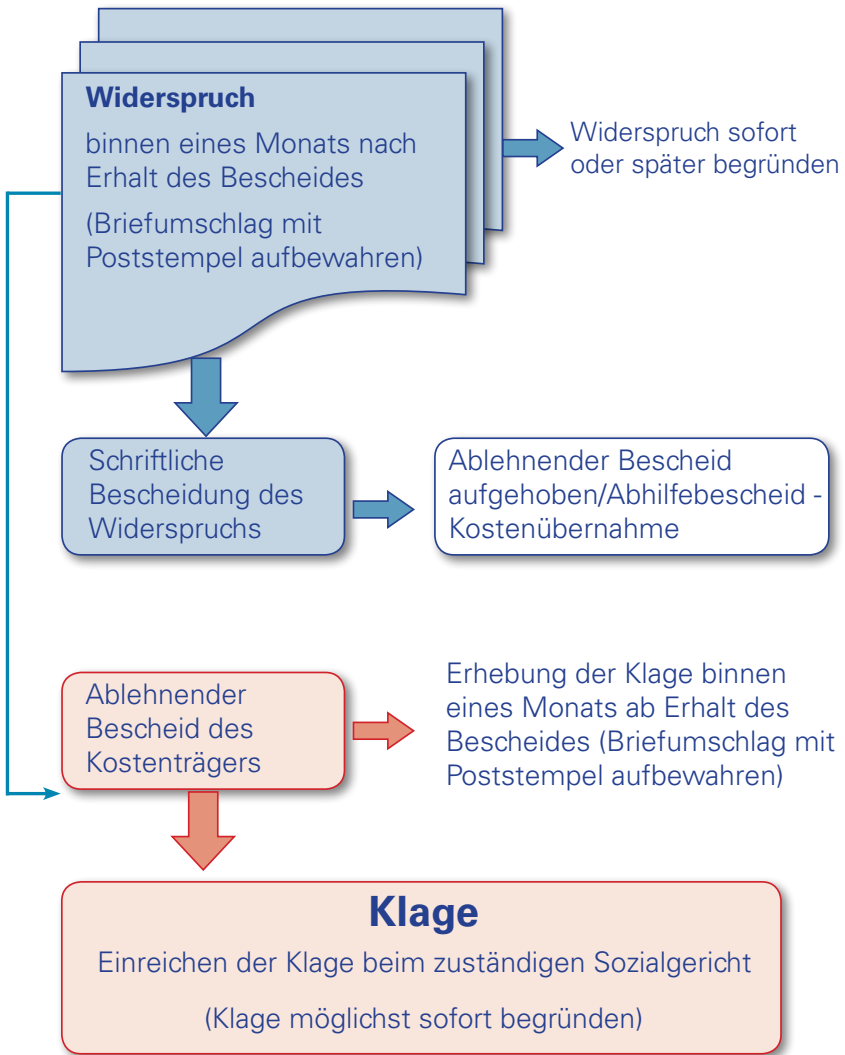
oder Leistungsklage verfolgt werden kann. Klagt ein Versicherter also gegen die ablehnende Entscheidung über seine beantragte Prothesenversorgung, handelt es sich um eine kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage, da er den ablehnenden Bescheid angreift und zugleich die Krankenkasse auf Gewährung der beantragten Versorgung verklagt.

Die Sozialgerichte erhalten von den Krankenkassen die komplette Verwaltungsakte, sodass das bisherige Verwaltungsverfahren bei den Sozialgerichten durchaus bekannt ist. Es sollten trotzdem alle Schreiben aus dem bisherigen Verfahren verwahrt und auf diese auch im Rahmen des gerichtlichen Verfahrens Bezug genommen werden. Jedoch müssen diese nicht unbedingt alle dem Gericht zur Verfügung gestellt werden, da dem Gericht diese ja in der Regel aufgrund der Verwaltungsakte bekannt sind.

Zur Gewährleistung des rechtlichen Gehörs wird ein Termin zur mündlichen Verhandlung anberaumt, in dem auch der Sachverhalt erörtert werden kann. In einigen Fällen wird auf die mündliche Verhandlung verzichtet und bei Einverständnis aller Beteiligten das Verfahren schriftlich durchgeführt.

Fragen, die aus Unkenntnis des Gerichts nicht gestellt werden, werden nicht beantwortet und demzufolge können entscheidende Aspekte unausgesprochen bleiben. Dementsprechend fällt dann unter Umständen das Urteil aus.

Rechtlicher Ablauf der Prothesenversorgung II: Vom Widerspruch bis zur Klage



9.2 DER EINSTWEILIGE RECHTSSCHUTZ

Aufgrund der langen Dauer von Widerspruchs- und Klageverfahren können Fälle der besonders dringlichen Versorgung entstehen. Beispielsweise wenn die Standsicherheit aufgrund erheblichem Verschleiß mit der vorhandenen Prothese nicht mehr gegeben oder wenn die sichere Nutzung der Prothese aus anderen Gründen nicht mehr möglich ist. In diesen Fällen kommt ein Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung an das Sozialgericht in Betracht. Hierbei handelt es sich um ein sogenanntes **Eilverfahren**, um zumindest eine vorläufige Regelung und Versorgung zu erhalten. Vorläufig ist eine solche Regelung daher, weil das bereits begonnene Widerspruchs- oder Klageverfahren als Hauptsacheverfahren weiter fortgeführt werden muss. Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ersetzt also weder den notwendigen Widerspruch noch das notwendige Klageverfahren.

In einem einstweiligen Anordnungsverfahren nimmt das Sozialgericht eine summarische, also verkürzte Prüfung vor. Der geltend gemachte Anspruch auf Versorgung mit einer Prothese wird dabei nicht bis ins letzte Detail und in allen Einzelheiten geprüft, sondern im Überblick. Dafür ist es erforderlich, dass man als Antragsteller einerseits den Anspruch auf die begehrte Prothese und andererseits die besondere Dringlichkeit glaubhaft darstellen kann.

Ein besonderes Augenmerk ist dabei auf die besondere Dringlichkeit zu richten, da der Maßstab von den Sozialgerichten hierfür in aller Regel relativ hoch gesetzt wird. Typische Beispiele für solche besonders dringlichen und damit eilbedürftigen Situationen sind die eingangs geschilderten Situationen, dass bei der Nutzung der vorhandenen Versorgung erhebliche Sicherheitsprobleme bestehen. Die Nutzung der vorhandenen Prothese wird damit unzumutbar. Da sozialgerichtliche Verfahren regelmäßig ein Jahr und häufig auch deutlich länger dauern, kann der Versicherte in einer solchen Situation nicht auf die Nutzung einer technisch unsicheren Prothese verwiesen werden. Anderes Beispiel für eine besondere Dringlichkeit ist, dass bisher der Versicherte noch überhaupt nicht mit einer Prothese versorgt ist, sodass

die Mobilität unzumutbar eingeschränkt ist. Das SG Neuruppin (Beschluss vom 04.12.2014, Az.: S 20 KR 133/14 ER) hat in einem einstweiligen Anordnungsverfahren entschieden, dass selbst bei einem Angebot der Krankenkasse auf Versorgung mit einem weniger geeigneten Prothesenfuß die Versorgung mit einem höherwertigen Prothesenfuß zu erfolgen hat. In diesem Fall hatte der Versicherte glaubhaft machen können, dass die Nutzung des von der Kasse angebotenen Fußes zu unzumutbaren und nicht hinzunehmenden Nachteilen führt.

Da gerade an die Darlegung und Glaubhaftmachung der besonderen Dringlichkeit zur Abwendung wesentlicher Nachteile hohe Anforderungen gestellt werden, sollte man sich auf jeden Fall vor der Beantragung einer einstweiligen Anordnung fachkundig beraten lassen. Der Erlass einer einstweiligen Anordnung ist bestimmten besonders dringlichen Ausnahmesituationen vorbehalten und stellt nicht die Regel dar.

9.3 DAS BERUFUNGSVERFAHREN

Erscheint das Urteil der unterlegenen Partei nicht gerechtfertigt, besteht die Möglichkeit der Einlegung der **Berufung zur zweiten Instanz**, den **Landessozialgerichten (LSG)**.

Auch die Berufung ist wieder an Fristen gebunden, die wie auch im Vorverfahren und der ersten Instanz unbedingt zu beachten sind. Innerhalb eines Monats nach der Zustellung des in vollständiger Form abgefassten Urteils muss die Berufung beim zuständigen Landessozialgericht eingegangen sein. Die Berufung muss schriftlich oder zu Protokoll der zuständigen Geschäftsstelle des LSG eingelegt werden. Allerdings ist die Berufungsfrist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb eines Monats bei dem erstinstanzlichen Sozialgericht schriftlich oder zu Protokoll der Geschäftsstelle eingelegt wurde.

Zwar besteht auch hier der Amtsermittlungsgrundsatz, aber wie in der ersten Instanz werden nicht gestellte Fragen nicht beantwortet und der Berufungskläger muss **schlüssig begründen**, warum das erstinstanzliche Urteil nach seiner Meinung nicht gesetzeskonform ist.

9.4 DAS BUNDESSOZIALGERICHT

Die letzte und **höchste Instanz** der deutschen Sozialgerichtsbarkeit ist das **Bundessozialgericht (BSG)** in Kassel.

Die höchstrichterliche Rechtsprechung der Revisionsinstanz wird durch die einzelnen Urteile des BSG zu den verschiedenen Rechtsfragen zum Leitfaden und Maßstab der Rechtspflege.

Bei Berufung auf die (ggf. auch ständige, also sich bereits wiederholte) Rechtsprechung des BSG muss ein Gegner damit rechnen, dass er auch im streitigen Einzelfall zur Leistung verurteilt werden wird.

Der Weg zum BSG steht aber nicht gegen jedes Urteil eines LSG offen. Vielmehr ist dies nur dann der Fall, wenn eine umstrittene Rechtsfrage zur Klärung ansteht und über den Einzelfall hinaus von allgemeinem Interesse ist (grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache), das Urteil des LSG von der ständigen Rechtsprechung des SBG abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder wenn ein Verfahrensmangel der Vorinstanz geltend gemacht werden kann, der das Ergebnis des Verfahrens beeinflusst.

9.5 DIE KOSTEN DER VERFAHREN

Das Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist in allen Instanzen und damit auch beim Bundessozialgericht für Versicherte, Leistungsempfänger und behinderte Menschen gerichtskostenfrei, § 183 SGG.

Der Kläger und Beklagte, die nicht zu den vorgenannten Personen gehören, haben für jede Streitsache eine Gebühr (für das Verfahren vor den Sozialgerichten: 150 Euro, vor den Landessozialgerichten: 225 Euro, vor dem Bundessozialgericht: 300 Euro) zu zahlen, vgl. § 184 SGG. Dies gilt aber nur, wenn die andere Partei nach § 183 SGG zu den kostenmäßig privilegierten Personen gehört.

Gerichtsgebühren nach Streitwert, wie auch in anderen Gerichtszweigen üblich, gelten schließlich in Verfahren, an denen keine kostenmäßig privilegierte Person, also kein versicherter Leistungsempfänger und behinderter Mensch beteiligt ist (zum Beispiel Rechtsstreitigkeiten zwischen Leistungsträgern oder Vertragsarztsachen).

Außergerichtliche Kosten hingegen, wie sie insbesondere durch die Bestellung eines Prozessbevollmächtigten entstehen, hat der Beteiligte in der Regel selbst zu tragen, wenn er im Rechtsstreit unterliegt; die außergerichtlichen Kosten des obsiegenden Beteiligten werden im Urteil regelmäßig dem Unterlegenen auferlegt. Anders jedoch bei Behörden: Deren Aufwendungen sind nie zu erstatten.

Einkommensschwache Beteiligte können unter bestimmten Voraussetzungen auf Antrag **Prozesskostenhilfe** erhalten. Die Kosten des Prozessbevollmächtigten werden dann je nach Einkommenslage entweder ganz von der Staatskasse getragen oder dem Betroffenen wird Ratenzahlung zugebilligt.

10 Häufig gestellte Fragen

Ab wann bekommt ein Prothesenträger einen neuen Schaft, ein neues Kniegelenk oder einen neuen Fuß? Wie häufig hat man Anspruch auf eine neue Versorgung?

Ein Prothesenträger hat Anspruch auf einen neuen Schaft, ein neues Kniegelenk oder einen neuen Fuß, wenn es erforderlich ist:

- wenn der Schaft wegen Stumpfveränderungen nicht mehr passt,
- wenn Kniegelenk und/oder Fuß defekt sind bzw. die Nutzungsdauer abgelaufen ist oder
- aufgrund der gestiegenen Mobilität oder Gewichtsveränderung nicht mehr geeignet sind
- oder ein alternatives Produkt eine erhebliche Verbesserung/Erleichterung für die Mobilität des Trägers bedeuten würde.

Grundsätzlich hat ein Prothesenträger Anspruch auf eine Versorgung nach dem neuesten Stand der Technik – bei Weiterentwicklungen, deren Nutzen für den Prothesenträger messbar ist, kann ebenso ein neuer Antrag gestellt werden. Es wird nicht jede Neuerung bewilligt werden, aber mit einer guten Begründung kann ein Antrag gestellt werden.

Wie lange muss ich meine Interimsprothese tragen?

Die Übergangsprothese ermöglicht die regelmäßige Nachpassung des Prothesenschafts an das sich verändernde Stumpfvolumen und muss für sechs Monate gebrauchsfähig sein. Sinnvoll ist es, dem Rat des Orthopädietechnikermeisters zu folgen – er kann beurteilen, wann es an der Zeit für die Definitiv-Versorgung ist. Je nach Ausmaß der Stumpfschwankungen wird die Interimsprothese kürzer oder länger getragen, um die Möglichkeit der Anpassung zu gewährleisten.

Muss ich mich einer Mobilitätsklasse zuordnen lassen?

Ja, aber das ist eine Momentaufnahme und kann sich mit Training und Nutzung der Prothese ändern – auf jeden Fall ist darauf hinzuweisen, dass das Ziel in der Verbesserung der Gehfähigkeit liegt.

Was ist der Unterschied zwischen Mobilitätsklasse und Pflegegrad?

Beides ist nicht miteinander vergleichbar – bei dem Pflegegrad steht die vorhandene oder eingeschränkte Kompetenz des Versicherten im Vordergrund. Die orientieren sich dabei an der Schwere der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten. Die Erteilung eines Pflegegrades entscheidet, ob und welche Leistung der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden kann. Ein unmittelbarer Zusammenhang zu dem jeweiligen Mobilitätsgrad besteht nicht. Es ist aber möglich, Hilfe bei der Grundpflege zu benötigen und dennoch in einer hohen Mobilitätsklasse eingruppiert zu sein (z. B. im Fall einer Doppelamputation wird Hilfe zum Anziehen der Prothesen benötigt, aber die Mobilität kann gut sein).

44/45

Was bedeutet, dass man ein Produkt nutzen können muss, um es zu bekommen?

Es macht keinen Sinn, z. B. ein elektronisches Kniegelenk zu beantragen, wenn der Träger sich vornehmlich im Rollstuhl fortbewegt. Die Gebrauchsvorteile, die ein Produkt bietet, müssen für den Träger abrufbar sein, sonst wäre eine Versorgung sinnlos und verschwendet.

Wie kann man nachweisen, dass man ein Produkt und seine Eigenschaften nutzt? Gibt es dafür eine einschlägige Richtlinie?

Eine Richtlinie gibt es nicht, der beste Nachweis ist der Augenschein. Per Videodokumentation oder persönlich kann sich der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) oder der Kostenträger ansehen, wie der Träger das Produkt nutzt. Zudem gibt es für viele Produkte Tests oder Analysen, die einen solchen Nachweis erbringen.

Schließt ein hohes Alter eine aktive, ggf. teure High-Tech-Prothese aus?

Nein, das Alter darf keine Rolle spielen – wenn der ältere Mensch körperlich in der Lage ist, eine High-Tech-Prothese zu nutzen, hat er einen Anspruch darauf.

Einige High-Tech-Prothesen wurden übrigens speziell für ältere Menschen entwickelt, um die Sturzgefahr zu minimieren.

Meine Kasse verweigert aufgrund meiner Doppelamputation (Knieexartikulation) eine computergesteuerte Prothesenversorgung. Aus wirtschaftlichen Gründen sei eine mechanische ausreichend, und da ich doppelamputiert bin, könne ich laut Ablehnungsschreiben die Gebrauchsvorteile sowieso nicht nutzen. Was kann ich tun? Ist das rechtens?

Nein, es ist nicht rechtens – Widerspruch einlegen und bis zum Ende durchziehen.

Meine Kasse verweigert mir eine elektronische Beinprothese. Ich möchte den Mehrbetrag selbst zahlen – inwiefern betrifft das den regelmäßigen Service und Reparaturen? Muss ich das selbst finanzieren oder zahlt das meine Krankenkasse?

Wenn der Mehrbetrag selbst finanziert wird, müssen Service und Reparaturen nur soweit selbst finanziert werden, wenn es sich um den Anteil handelt, der über die notwendige Kassenleistung hinausgeht. Interessant wäre zu erfahren, mit welcher Begründung die Kasse die elektronische Prothese verweigert. Das sollte nicht ohne weiteres akzeptiert werden.

Mein Sanitätshaus kann mir keine hochwertige Prothesenversorgung bauen, da dem Haus laut geschlossenem Kassenvertrag diese Prothesen nicht voll bezahlt werden. Was kann ich tun? Muss mir meine Kasse die für mich beste Prothese finanzieren?

Ja, dazu ist die Kasse verpflichtet – dann eben das Sanitätshaus wechseln.

Kein Prothesenträger muss wegen der Fehler des Sanitätshauses beim Vertragsabschluss auf seine optimale Versorgung verzichten.

Die prothetische Versorgung wurde durch meine private Krankenversicherung vertraglich ausgeschlossen. Ist das rechtens?

Ja, die private Krankenversicherung hat Vertragsfreiheit, sie kann besondere Risiken oder Versorgungen ausschließen. Es kommt bei der Beantwortung dieser Frage immer auf die im Einzelfall abgeschlossenen Versicherungsbedingungen an.

Was bedeutet für mich als Oberschenkelamputierter bei meiner Privatversicherung der Basistarif?

Der Basistarif orientiert sich an den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Laut meiner Privatversicherung werde ich demnach nach den Richtlinien der gesetzlichen Krankenversicherung versorgt. Bekomme ich damit eine hochwertige Prothese bzw. ein computergesteuertes Kniegelenk?

Ja, denn die Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sehen eine Versorgung nach dem neuesten Stand der Technik vor.

ÜBER EUROCOM

eurocom (European Manufacturers Federation for Compression Therapy and Orthopaedic Devices) ist die Herstellervereinigung für Kompressionstherapie und orthopädische Hilfsmittel. Der Verband versteht sich als Gestalter und Dialogpartner auf dem Gesundheitsmarkt und setzt sich dafür ein, das Wissen um den medizinischen Nutzen, die Wirksamkeit und die Kosteneffizienz von Kompressionstherapie und orthopädischen Hilfsmitteln zu verbreiten. Zudem entwickelt eurocom Konzepte, wie sich die Hilfsmittelversorgung aktuell und in Zukunft sicherstellen lässt. Dabei vertritt eurocom die gemeinsamen Interessen der Hersteller gegenüber anderen Akteuren in der Gesundheitspolitik, beispielsweise der Ärzteschaft, den Krankenkassen, politischen Entscheidern sowie dem Fachhandel und Patienten.

Zur Erfüllung ihrer Aufgaben initiiert und unterstützt eurocom wissenschaftliche Studien und stößt den Wissenstransfer an. Der Verband gestaltet politische Prozesse aktiv mit und gibt einen Überblick über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen.

eurocom wurde 1998 zunächst als Vereinigung der im deutschen und europäischen Markt agierenden Hersteller von Kompressionstherapie gegründet. Seit 2003 vertritt eurocom auch Hersteller von Einlagen, Bandagen, Orthesen sowie Prothesen und Hilfsmittel zur modernen Brustversorgung.

Dem Verband gehören nahezu alle im deutschen Markt operierenden europäischen Unternehmen aus den Bereichen Kompressionstherapie und orthopädische Hilfsmittel an.

MITGLIEDER DER ARBEITSGRUPPE PROTHETIK

Blatchford Europe GmbH
Fritz-Hornschuch-Str. 9
D – 95326 Kulmbach
www.blatchford.de

Freedom Innovations Europe B. V.
Jaargetijdenweg 4
NL – 7532 SX Enschede
www.freedom-innovations.eu

Ortho-Reha Neuhof GmbH
Gundelfinger Straße 6
D – 90451 Nürnberg
www.ortho-reha-neuhof.de

Össur Deutschland GmbH
Augustinusstraße 11A
D – 50226 Frechen
www.ossur.de

Streifeneder ortho.production GmbH
Moosfeldstraße 10
D – 82275 Emmering
www.streifeneder.de/op

Uniprox GmbH & Co. KG
Heinrich-Heine-Str. 4
D – 07937 Zeulenroda-Triebes
www.uniprox.de

Wilhelm Julius Teufel GmbH
Robert-Bosch-Straße 15
D – 73117 Wangen
www.teufel-international.de

Stand: Januar 2020

Die aktuelle Mitgliederliste von eurocom e. V. finden Sie auch im Internet unter www.eurocom-info.de

BILDNACHWEIS

Die auf der Titelseite abgedruckten Bildmotive wurden von Fotolia LLC (Säulen) und der Streifeneder ortho.production GmbH (Grafik Prothese) zur Verfügung gestellt.

IMPRESSUM

Herausgeber: eurocom • European Manufacturers Federation for Compression Therapy and Orthopaedic Devices, Berlin

Reinhardtstraße 15
D-10117 Berlin

Telefon +49 30 - 25 76 35 060
Fax: +49 30 - 25 76 35 069

E-Mail: info@eurocom-info.de
Internet: www.eurocom-info.de

Redaktion: Antje Schneider, eurocom e. V.

Jörg Hackstein, Rechtsanwalt und Partner Hartmann Rechtsanwälte Lünen, hat diese Neuauflage grundständig überarbeitet. Der Experte im Deutschen Sozial- und Sozialversicherungsrecht verfügt neben einem tiefen Verständnis der rechtlichen Rahmenbedingungen über detaillierte Markt- und Produktkenntnisse. Er berät und vertritt viele namhafte Leistungserbringer, Hersteller, Verbände und Versicherte in den komplexen Fragestellungen des Gesundheitsmarktes und publiziert zu marktrelevanten Themen in juristischen Fachzeitschriften sowie den Branchenmagazinen für Leistungserbringer.

2. überarbeitete Neuauflage 2020

Hinweis:

Die Inhalte dieses Informationshandbuchs sind urheberrechtlich geschützt. Ihre Nutzung ist nur zum privaten Zweck zulässig. Jede Vervielfältigung, Vorführung, Sendung, Vermietung und/oder Leihe des Handbuchs oder einzelner Inhalte ist ohne Einwilligung des Rechteinhabers untersagt und zieht straf- oder zivilrechtliche Folgen nach sich. Alle Rechte bleiben vorbehalten.

Alle Texte des Informationshandbuchs sind nach bestem Wissen und Gewissen recherchiert. eurocom e. V. übernimmt keinerlei Gewähr für die Aktualität, Korrektheit, Vollständigkeit oder Qualität der bereitgestellten Informationen. Haftungsansprüche, welche sich auf Schäden beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der dargebotenen Informationen verursacht wurden, sind grundsätzlich ausgeschlossen.

eurocom e.V.

Reinhardtstrasse 15
D-10117 Berlin

www.eurocom-info.de