

# Zusammenfassung Rechtskolumne

Duderstadt, 24.10.2017

---

## Newsletter 10/2017

### Entlassmanagement trat zum 1. Oktober 2017 in Kraft

Der Übergang von der stationären Krankenhausversorgung in eine weitergehende medizinische, rehabilitative oder pflegerische Versorgung stellt eine besonders kritische Phase der Behandlungs- und Versorgungskette für die betroffenen Patientinnen und Patienten dar.

Ziel muss sein, möglichst allen betroffenen Personen eine zeitige Rückkehr in den häuslichen Bereich zu ermöglichen. Um die Kontinuität der Behandlung und Betreuung durch einen nahtlosen Übergang sicherzustellen, bedarf es eines umfassenden, frühzeitig einsetzenden sektorenübergreifenden Versorgungsmanagements.

Deshalb ist mit dem "Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung" ein Leistungsanspruch des Versicherten auf ein Versorgungsmanagement eingeführt worden, mit dem alle Leistungserbringer, insbesondere Vertragsärzte, Krankenhäuser, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen verpflichtet werden, für eine sachgerechte Anschlussversorgung der Versicherten zu sorgen (§ 11 Abs. 4 SGB V). Die Krankenkassen haben die Leistungserbringer dabei zu unterstützen. Zu diesem Zweck trat zum 01. Oktober 2017 der Rahmenvertrag "Entlassmanagement" zwischen der deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband in Kraft.



Quality for life

## Newsletter 07/2017

### **Wasserfeste Gehhilfen zählen zum Leistungsumfang der GKV**

(BSG-Urteile vom 26.09.2009, Az. B 3 KR 2/08, B 3 KR 10/08 R und B 3 KR 19/08 R)

Beinamputierte Versicherte, die mit einer normalen Laufprothese versorgt sind und mit dieser sicher umgehen können, können von der Krankenkasse die zusätzliche Versorgung mit einer wasserfesten Prothese (Badeprothese, Schwimmprothese) beanspruchen, wenn die Badeprothese zum Behinderungsausgleich erforderlich und individuell geeignet ist, um sich zu Hause in Bad und Dusche sowie außerhalb der Wohnung im Schwimmbad sicher und ohne Gefahr der Beschädigung der regelmäßig nicht wasserfesten Alltagsprothese bewegen zu können (Weiterentwicklung zu BSG vom 10.10.1979 - 3 KR 30/79 = SozR 2200 § 182 Nr. 55). Die normale Laufprothese ist beim Aufenthalt in und am Wasser (Schwimmbad, Fluss, See) ungeeignet. Dieser Gebrauchsnachteil wird durch die zusätzliche Ausstattung mit einer Badeprothese kompensiert. Die Badeprothese gleicht praktisch das Funktionsdefizit der Alltagsprothese im Nassbereich aus, die das Grundbedürfnis auf möglichst sicheres, gefahrloses Gehen und Stehen gewährleistet. Dem Anspruch auf Versorgung mit einer Badeprothese kann auch nicht entgegengehalten werden, dass es am Markt kostengünstigere wasserfeste Kunststoff-Überzüge gibt, die über die vorhandene Alltagsprothese zu ziehen sind und diese vor Wasserschäden schützen. Dabei handelt es sich nicht um eine in vollem Umfang gleichwertige Versorgungsalternative. Die Versorgung muss aber in vollem Umfang gleichwertig zur Alltagsprothese sein.

Maßgeblich ist, dass eine Badeprothese dem unmittelbaren Behinderungsausgleich beinamputierter Versicherter dient und ihnen im heimischen Nassbereich sowie im Schwimmbad ein sicheres Gehen und Stehen ermöglicht. Bei diesem unmittelbaren Behinderungsausgleich gilt das Gebot eines möglichst weitgehenden Ausgleichs des Funktionsdefizits, und zwar unter Berücksichtigung des aktuellen Standes des medizinischen und technischen Fortschritts. Daneben können Hilfsmittel den Zweck des mittelbaren Behinderungsausgleichs haben, die die direkten und indirekten Folgen der Behinderung ausgleichen. In diesem Rahmen ist die gesetzliche Krankenversicherung allerdings nur für den Basisausgleich der Folgen der Behinderung eintrittspflichtig.

Es geht hier nicht um einen Ausgleich im Sinne des vollständigen Gleichziehens mit den letztlich unbegrenzten Möglichkeiten eines gesunden Menschen. Denn Aufgabe der GKV ist in allen Fällen allein die medizinische Rehabilitation (vgl. § 1 SGB V sowie § 6 Abs 1 Nr. 1 i.V.m. § 5 Nr. 1 und 3 SGB IX), also die möglichst weitgehende Wiederherstellung der Gesundheit und der Organfunktionen einschließlich der Sicherung des Behandlungserfolges, um ein selbstständiges

Leben führen und die Anforderungen des Alltags meistern zu können. Eine darüber hinausgehende berufliche oder soziale Rehabilitation ist hingegen Aufgabe anderer Sozialleistungssysteme. Ein Hilfsmittel zum mittelbaren Behinderungsausgleich ist von der GKV daher nur zu gewähren, wenn es die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben beseitigt oder mildert und damit ein allgemeines Grundbedürfnis des täglichen Lebens betrifft.

Weiterhin muss sich ein Versicherter im häuslichen Bereich (Bad, Dusche) nicht auf Badewannenlifter, Duschhocker, Unterarmgehstützen und rutschfeste Matten verweisen lassen, denn der unmittelbare Behinderungsausgleich durch ein Körperersatzstück hat grundsätzlich Vorrang gegenüber einem nur mittelbaren Ausgleich. Jedoch wie in allen anderen Bereichen der Leistungsgewährung der GKV auch, müssen die Leistungen nach § 33 SGB V ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (§ 2 Abs 4 und § 12 Abs 1 SGB V).

Dem Gegenstand nach besteht für den unmittelbaren ebenso wie für den mittelbaren Behinderungsausgleich Anspruch auf die im Einzelfall ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Hilfsmittelversorgung, nicht jedoch auf eine Optimalversorgung. Die Kriterien der Eignung, Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Erforderlichkeit (vgl. § 2 Abs 4, § 12 Abs 1, § 33 Abs 1 SGB V) sind also nicht nur für die erstmalige Ausstattung mit einem bestimmten Hilfsmittel maßgeblich, sondern gelten auch für die Ersatzbeschaffung und sind deshalb wie bei der erstmaligen Bewilligung eines Hilfsmittels zu prüfen.

Daraus schließt der Gesetzgeber, dass Versicherte keinen Anspruch auf ein teureres Hilfsmittel haben, soweit die kostengünstigere Versorgung für den angestrebten Nachteilsausgleich funktionell in gleicher Weise geeignet ist (vgl. BSG SozR 3-2500 § 33 Nr 26 S 153; stRspr). Mehrkosten, die z.B. für eine salzwasserfeste Badeprothese aufkommen würden, sind gemäß § 33 Abs 1 Satz 5 SGB V (ebenso § 31 Abs 3 SGB IX) von dem Versicherten selbst zu tragen. Demgemäß haben die Krankenkassen nicht für solche "Innovationen" aufzukommen, die keine wesentlichen Gebrauchsvorteile für den Versicherten bewirken, sondern sich auf einen bloß besseren Komfort im Gebrauch oder eine bessere Optik beschränken (BSG SozR 3-2500 § 33 Nr 44; BSGE 93, 183, 188 = SozR 4-2500 § 33 Nr 8). Weswegen ein beinamputierter Versicherter von der Krankenkasse lediglich die Versorgung mit einer süßwasserfesten Badeprothese verlangen kann. Die Mehrkosten einer salzwasserfesten Ausführung hat der Versicherte selbst zu tragen.

- Anspruch auf hochwertige wasserfeste Prothesenpassteile -

Das Sozialgericht München hat die AOK Bayern dazu verurteilt, ihre Versicherte mit einer Badeprothese nach dem aktuellen Stand der Technik auszustatten.

Der 61jährigen fehlt seit 2006 der rechte Oberschenkel. Ihr Arzt verordnete ihr eine wasserfeste Prothese, die sie zum Duschen und für Schwimmbadbesuche nutzen möchte. Obwohl die AOK sie

für Ihren Alltag mit einer hochwertigen Prothese ausgestattet hat, lehnte Sie die Kosten für eine hochwertige Badeprothese mit hydraulischem Kniegelenk (Aqua Knie, Hersteller Fa. Ottobock) ab. Es wurde hingegen nur ein wasserfestes Schalenbein bewilligt, das einem steifen Bein gleichkommt und sich zum Sitzen entriegeln lässt. Das Gericht gab der Klage statt und begründete seine Entscheidung damit, dass bei Prothesenversorgungen für den Nassbereich keine qualitativen Abstriche gemacht werden dürften. Gerade bei feuchtem Untergrund sei die Rutschgefahr besonders groß. Im Übrigen könne die Kasse ihre Versicherte nicht im Alltag hochwertig und ansonsten minderwertig versorgen.

Stand: 18.07.2013

## Newsletter 03/2017

### **Anspruch auf Versorgung mit einer Sportprothese**

Kinder und Erwachsene sind vor dem Gesetz nicht gleich. Das gilt im positiven Sinne bei Hilfsmittelversorgungen, die die Krankenkasse zahlen muss. Sind für Erwachsene die Grenzen zwischen Kassenleistungen und Nichtkassenleistung enger gesteckt, so können Kinder im Rahmen ihrer Schulausbildung und persönlichen Entwicklung vor Ihrer Krankenkasse mehr verlangen. Für Kinder hat das Bundessozialgericht unter anderem entschieden, dass Hilfsmittel, die für den Schulsport verwendet werden, von der Krankenkasse zu bewilligen sind. Dies gilt insbesondere auch für Badeprothesen, da der Aufenthalt in Nassbereichen sogar für Erwachsene ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens ist, dass durch Hilfsmittel zu ermöglichen ist. Eine Grenze zieht das Bundessozialgericht jedoch auch hier, wenn es sich um Hilfsmittel handelt, die ausschließlich für einen bestimmten Vereinssport gedacht sind (z.B. spezieller Basketballrollstuhl).

Für den privaten Lebensbereich gesteht das Bundessozialgericht behinderten Kindern auch behindertengerechte Dreiräder zu, während dies für Erwachsene nur für Therapiezwecke überhaupt möglich ist. Ein Kind soll sich nach dem höchsten deutschen Sozialgericht in die Gruppe Gleichaltriger integrieren können, um eine gesunde geistige Entwicklung nehmen zu können. Zusammenfassend bleibt also festzustellen, dass das Kind alles das erhält, was im Rahmen der Schulausbildung an medizinischen Hilfsmitteln nötig ist.

Im rein privaten Bereich wird es immer wieder auf den Einzelfall ankommen. Die Rechtsprechung ist hier lange noch nicht abgeschlossen.

Für Sie zusammengestellt von RA Ralf Müller

-----

Rechtsanwaltskanzlei Müller & Dr. Paul  
Partnerschaftsgesellschaft  
Strengerstr. 2  
33330 Gütersloh

## Newsletter 01/2017

### **Feste Abrechnungsposition für SiOX TF Pro im neuen BKK Vertrag**

Die SiOCX TF Prothesenschäfte sorgen mit einer Kombination aus innovativen Materialien wie HTV-Silikon, Carbon Prepreg und flexiblem Dyneema-Gewebe für eine optimale Stumpfbettung und Prothesensteuerung. Die Folge sind größtmögliche Bewegungsfreiheit sowie höchste Funktionalität und Stabilität. Das bequeme Sitzen, die starke Haftung im Schaft und der wirksame Schutz sensibler Stumpfbereiche können die Lebensqualität Ihrer Anwender im Alltag maßgeblich erhöhen.

Hinsichtlich der Erstattungssituation ist zu berichten, dass der SiOCX TF Pro im neuen BKK Vertrag (Stand 01.11.2016) unter der Position 24.06.43.1900 einen feste Abrechnungsposition bekommen hat.

## Newsletter 11/2016

### **Fristüberschreitungen der Krankenkasse bei der Beantragung von medizinischen Hilfsmitteln**

München/Gütersloh, 16.11.2016 - Ein gesetzlich Krankenversicherter hat Anspruch auf Versorgung mit einem medizinischen Hilfsmittel, wenn die Krankenkasse nicht innerhalb der gesetzten Frist entschieden hat.

Das Landessozialgericht München hatte sich mit der Frage zu beschäftigen, ob ein gesetzlich krankenversicherter Anspruch auf Versorgung mit einer Oberschenkelprothese mit einem computergestützten Kniegelenkssystem (Genium, Hersteller Ottobock Duderstadt) im Wert von über 47.000 € bereits deshalb hat, weil die Krankenkasse nicht innerhalb der ihr vorgegebenen Fristen entschieden hat. Der Kläger hatte über sein Sanitätshaus einen Kostenvoranschlag über die Beinprothese einreichen lassen. Die Krankenkasse hatte nicht innerhalb der seit Anfang 2013 geltenden dreiwöchigen bzw. fünföchigen Frist nach Einholung eines Gutachtens durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung entschieden. Dem für den Kläger positiven Urteil des Sozialrechtes Augsburg in erster Instanz hielt die Krankenkasse entgegen, die Genehmigungsfiktion gelte nur für Fälle, in denen eine Gesundheitsleistung bereits auf eigene Kosten beschafft wurde. Zudem seien Hilfsmittel ohnehin von der Vorschrift über die Genehmigungsfiktion ausgeschlossen. Dieser Rechtsauffassung erteilte das Landessozialgericht München eine Absage und stellte in den nun vorliegenden Urteilsgründen fest, dass der Fristablauf einen Naturalleistungsanspruch auf Versorgung mit dem Hilfsmittel begründet und dass eine Genehmigungsfiktion auch nicht durch Rücknahmebescheid vernichtet werden kann.

"Für die Versicherten bedeutet dieses Urteil nunmehr weitere Rechtssicherheit", so Rechtsanwalt Ralf Müller-Päucker aus Gütersloh, der den Patienten vertritt. "Das Bundessozialgericht hatte sich bereits in einem Urteil vom März mit der Neuregelung des Gesetzgebers befasst. Die in diesem Urteil offen gebliebenen Fragen beantwortete das Landessozialgericht München nun klarstellend im Sinne der Versicherten."

Die Revision wurde nicht zugelassen.

LSG München L 5 KR 323/14

Urteil vom 18.06.20116

Für Sie zusammengestellt von RA Ralf Müller

-----  
Rechtsanwaltskanzlei Müller & Dr. Paul  
Partnerschaftsgesellschaft  
Strengerstr. 2  
33330 Gütersloh

LSG München L 5 KR 323/14

Urteil vom 18.06.20116



## Newsletter 07/2016

### Patientenrechtegesetz

Kassel (08.03.2015) Das Bundessozialgericht hat die Rechte der Versicherten weiter gestärkt. Im Jahre 2013 trat ein Gesetzespaket unter dem Titel "Patientenrechtegesetz" in Kraft, in dessen Zusammenhang den Krankenkassen eine verkürzte Entscheidungsfrist für Leistungsanträge der Versicherten auferlegt wurde. Danach haben Kassen nun innerhalb von drei Wochen und bei Notwendigkeit der Einholung eines medizinischen Gutachtens fünf Wochen Zeit, um über ihre Leistungspflicht zu entscheiden. Ansonsten "gilt die Leistung als genehmigt" und Versicherte können sich die Leistung selbst beschaffen, so das Gesetz. Das Bundessozialgericht hatte nun darüber zu entscheiden, welche Folge genau eintritt, da der Gesetzgeber die Vorschrift nicht eindeutig formuliert hat. Die Krankenkassen vertraten die Auffassung, es dürfe auch mit Nachhinein noch geprüft werden, ob die Leistung medizinisch erforderlich oder günstiger zu besorgen ist (so genanntes Wirtschaftlichkeitsgebot). Dieser Rechtsauffassung erteilte das Bundessozialgericht nunmehr eine Absage: hält die Krankenkasse die vorgegebenen Fristen nicht ein, so gilt die Leistung im Wortsinne als genehmigt. Die Krankenkasse kann daher nach Fristablauf keine Einwendungen mehr erheben oder die Leistung verweigern. Das Bundessozialgericht machte jedoch eine Einschränkung insoweit, als dass es sich nicht offensichtlich um eine Leistung handelt, die keinen Bezug zur Krankenversicherung hat.

In den letzten Jahren hatte sich bereits eine herrschende Rechtsprechung der Instanzgerichte zugunsten der Patienten entwickelt. Es gab jedoch auch anderslautende Stimmen. Die jetzt vorliegende Klärung durch das Bundessozialgericht schafft nun Rechtsklarheit für die Versicherten.

- BSG B 1 KR 25/15 R -

Für Sie zusammengestellt von RA Ralf Müller

-----

Rechtsanwaltskanzlei Müller & Dr. Paul

Partnerschaftsgesellschaft

Strengerstr. 2

33330 Gütersloh

## Newsletter 08/2015

### **Krankenkasse darf keine Kürzung für eine bereits erbrachte Leistung vornehmen.**

Vor dem Sozialgericht Mainz bekam ein Sanitätshaus Recht, dem eine Krankenkasse die Abrechnung gekürzt hatte. Im Wege einer Akutversorgung hatte sich ein Patient nach Fußverletzung bei dem Sanitätshaus mit einem so genannten Walker versorgen lassen. Das Sanitätshaus hielt sich dabei streng an das Produkt aus der ärztlichen Verordnung (Einzelprodukteverordnung). Die Krankenkasse kürzte jedoch die Abrechnung des Sanitätshauses mit dem Hinweis, ein anderes Produkt wäre nach einem mit einem anderen Leistungserbringer bestehenden Vertrag günstiger gewesen.

Das Sozialgericht folgte der Auffassung des klagenden Sanitätshauses, dass das von der Krankenkasse bewilligte Hilfsmittel bereits medizinisch nicht vergleichbar sei. Zudem müsse man sich gerade bei Akutversorgungen darauf verlassen können, nach Maßgabe einer ärztlichen Verordnung auch das verschriebene Produkt abgeben zu dürfen. Immerhin trügen Arzt und Sanitätshaus auch die Verantwortung für die Heilbehandlung und würden dem Patienten gegenüber in der Haftung stehen. Soweit wegen der medizinischen Notwendigkeit Bedenken bestünden, so seien diese bereits nach der Hilfsmittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zwischen verordnendem Arzt und Medizinischem Dienst der Krankenkassen (MDK) auszuräumen.

SG Mainz Urteil vom 29.05.2015 - Az. - S 7 KR 512/12 - (nicht rechtskräftig)

Für Sie zusammengestellt von RA Ralf Müller

-----

Rechtsanwaltskanzlei Müller & Dr. Paul  
Partnerschaftsgesellschaft  
Strengerstr. 2  
33330 Gütersloh

## Newsletter 02/2015

### Genium X3 ist Kassenleistung

In einem Klageverfahren vor dem Sozialgericht Detmold verlangte ein Oberschenkelamputierter Versicherter die Versorgung mit einem wasserfesten und computergesteuerten Prothesensystem des Typs Genium X3 (Kosten ca. €52.000,- Hersteller Ottobock Duderstadt). Zunächst verweigerte seine Krankenkasse die Kostenübernahme mit dem Hinweis, der Patient sei bereits mit einem computergestützten Prothesenknie ausgestattet. Vor Gericht lenkte die Kasse jedoch ein und erkannte den Anspruch des Familienvaters an. Das Kniegelenk verfügt neben seiner Wasserfestigkeit über eine Reihe weiterer Funktionen, die dem Versicherten in seinem Alltag zugutekommen.

Sozialgericht Detmold - S 5 KR 424/14 -

Für Sie zusammengestellt von RA Ralf Müller

-----

Rechtsanwaltskanzlei Müller & Dr. Paul  
Partnerschaftsgesellschaft  
Strengerstr. 2  
33330 Gütersloh

## Newsletter 08/2014

### **Genium wird auf breiter Basis bestätigt**

Das Genium Kniegelenksystem ist seit seiner Markteinführung im Jahr 2012 mittlerweile in einer Vielzahl von Sozialgerichtsverfahren anerkannt worden. Erfreulicherweise sprach bereits im Herbst 2012 das Sozialgericht Köln einem gesetzlich Versicherten diese Art der Prothese zu. Es folgten eine Reihe von weiteren Urteilen und Anerkennnissen von Krankenkassen vor Gericht.

In den meisten Verfahren wurden Sachverständigengutachten eingeholt, die die Funktionsgewinne wie Treppaufgehen, Rückwärtsschritte, weniger kraftaufwändiges laufen etc. bestätigten. Das Genium ist damit in der Mitte der Versorgungslandschaft angekommen und mittlerweile als so genannter aktueller Stand der Technik gem. §2 SGB V zu bezeichnen. Dem hat sich die Rechtsprechung auch für Privatversicherte angeschlossen. Das Landgericht Stuttgart gelangte ebenfalls nach Einholung eines Sachverständigengutachtens zu der Überzeugung, dass das Genium objektiv medizinisch notwendig ist und gerade nicht gegen das so genannte Übermaßverbot in der Privatversicherung verstößt. Voraussetzung für die Versorgung eines Patienten ist dennoch nach wie vor, dass er in der Lage sein muss, die Funktionen der Prothese auch zu nutzen. Dabei kommt es aber weder darauf an, dass der Anwender sofort dazu in der Lage sein muss, noch, dass er sämtliche Funktionen beherrschen muss. Es reicht aus, dass das Gelenk Vorteile bietet, die sich im Alltag auf seine Mobilität auswirken. Zudem ist ihm eine Eingewöhnungszeit und Gangschule zuzugestehen. Maßstab ist, ob es zukünftig realistisch ist, dass der Umgang mit dem Hilfsmittel Gebrauchsvorteile haben wird.

Für Sie zusammengestellt von RA Ralf Müller

-----

Rechtsanwaltskanzlei Müller & Dr. Paul

Partnerschaftsgesellschaft

Strengerstr. 2

33330 Gütersloh

## Newsletter 07/2014

### **Drehadapter 4R57 ist Hilfsmittel im Sinne des §33 SGB V**

#### **Aktuelles Gerichtsurteil des Sozialgerichts in Oldenburg**

Eine AOK wurde lt. einer Mitteilung der Kanzlei Müller & Dr. Paul (Gütersloh) verurteilt, einen beinamputierten Versicherten mit einem 4R57 Drehadapter von Ottobock für sein vorhandenes C-Leg zu versorgen. Der Drehadapter ermöglicht eine vom Prothesenschaft unabhängige Rotation des Unterschenkels.

Das Gericht vertrat die Auffassung, dass dies ein wesentlicher Gebrauchsvorteil und nicht als zusätzlicher Komfort anzusehen ist. Entscheidend sei hierbei der individuelle Nutzen des Anwenders durch den Einsatz des Hilfsmittels und dessen Vorteile bei den alltäglichen Bewegungsabläufen. Es ging zudem nicht um bloßen Komfort, sondern um die technische Nachbildung einer Funktionseigenschaft des gesunden Beines (SG Oldenburg, Az. S 6 KR 160/13 rechtskräftig).

Das Sozialgericht Oldenburg hat damit angesichts der vom Bundessozialgericht (vgl. BSG, B 3 KR 20/04) aufgestellten Maßstäbe entschieden, dass ein Drehadapter als Hilfsmittel im Sinne des § 33 SGB V anzusehen ist.

## Newsletter 06/2014

### Nach Fristablauf gelten beantragte Leistungen als genehmigt

#### Mehr Rechte für Anwender - Beschluss des Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen vom 23.05.2014

Wie der Sachverständigenrat der Orthopädietechniker-Innung Südwest mitteilt, schafft die aktuelle Entscheidung des Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen vom 23.05.2014 nun Rechtsklarheit. Es bekräftigt in seinem Beschluss den seit dem 26.02.2013 neu eingeführten §13 Abs. 3a SGB V (Krankenversicherung) im Patientenrechtegesetz. Weiter heißt es: Danach haben Krankenkassen über Anträge von Versicherten innerhalb von drei Wochen, bei Notwendigkeit eines Gutachtens binnen fünf Wochen zu entscheiden. Nach dem Wortlaut des Gesetzes „gilt eine Leistung als genehmigt“, wenn die Krankenkasse nicht fristgerecht entscheidet. Dieser Vorzeichenwechsel im Sozialrecht ist klarer Wille des Gesetzgebers für mehr Patientenrechte hin zu schnelleren Versorgungsvorgängen für zumeist dringend benötigte Hilfsmittel. Die Krankenkassen hatten seit der Gesetzesnovelle mehrheitlich die Auffassung vertreten, der Patient könne sich das Hilfsmittel nach Fristablauf lediglich bereits auf eigenes Risiko selbst beschaffen. Dass durch Fristablauf jedoch eine echte Genehmigung eintritt hat das LSG NRW nun in der aktuellen Entscheidung festgestellt:

„Nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V gilt die beantragte Leistung damit als genehmigt. Die Rechtsauffassung der Beklagten, dass § 13 Abs. 3a SGB V den Anspruch auf eine Kostenerstattung beschränkt, wird vom Senat nicht geteilt. Nach dem klaren Wortlaut der Norm gewähren Satz 6 und Satz 7 mittels einer Genehmigungsfiktion einen Sachleistungsanspruch oder einen Kostenerstattungsanspruch für die erforderliche Leistung. Zwar hatte der Gesetzgeber zunächst lediglich einen Kostenerstattungsanspruch für erforderliche Leistungen ins Auge gefasst, wie es sich aus dem Entwurf des Patientenrechtsgesetz (PatRechtG) ergibt (BR-Drucks. 312/12, S.46, siehe auch BT-Drucks. 17/10488, S. 32). Nachdem durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags im November 2012 mit dem Satz 6 eine Genehmigungsfiktion der Leistung bei Nichteinhaltung der Fristen neben der in Satz 7 geregelten Kostenerstattung aufgenommen worden war (BT-Drucks. 17/11710 S.30), um es dem Versicherten zu erleichtern, sich die ihm zustehende Leistung zeitnah zu beschaffen, wurden Satz 6 und Satz 7 - ohne weitere den klaren Wortlaut im Sinne der Beklagten einschränkende Erläuterungen - in der Gesetzesänderung aufgenommen.

Beide Sätze stehen ihrem Wortlaut nach gleichberechtigt nebeneinander. Wäre der Geltungsbereich des § 13 Abs. 3 a SGB V lediglich auf einen Kostenerstattungsanspruch beschränkt, käme Satz 6 kein eigener Regelungsgehalt zu. Zudem schlosse eine solche Auslegung mittellose Versicherte, die nach Ablauf der Frist nicht in der Lage sind, sich die begehrte Leistung

selbst zu beschaffen, entgegen des Gleichbehandlungsgebots nach Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz (GG) praktisch aus dem Schutzbereich des § 13 Abs. 3 a SGB V aus (so im Ergebnis auch SG

Dessau-Roßlau, Urteil vom 18.12.2013 - S 21 KR 282/13 - , SG Nürnberg, Beschluss vom 25.3.2014 - S 7 KR 100/14 ER - und Urteil vom 27.3.2014 - S 7 KR 520/13 - und wohl auch SG Dortmund, Beschluss vom 31.1.2014 - S 28 KR 1/14 ER - sowie Noftz in Hauck/Haines, SGB V, Erg.-Lfg. 1/14, § 13 S. 78g ff.; a.A. wohl Dalichau in Dalichau "SGB V", Stand 1.7.2013, S. 51).  
Selbst wenn man sich der Auffassung anschließen würde, § 13 Abs. 3 a SGB V gewähre nur einen Kostenerstattungsanspruch, so gelangt man zu keinem anderen Ergebnis, da der Kostenerstattungsanspruch auch einen Anspruch auf Freistellung umfasst.“

## Newsletter 12/2013

### Private Gutachterdienste

**Heute beschäftigen wir uns mit der Sachlage zu dem Einsatz von so genannten privaten Gutachterdiensten durch gesetzliche Krankenkassen im Rahmen von Hilfsmittelversorgungen.**

9.07.2013, Halle (Saale). Der Einsatz von so genannten privaten Gutachterdiensten durch gesetzliche Krankenkassen im Rahmen von Hilfsmittelversorgungen verstößt gegen geltendes Wettbewerbsrecht und ist damit rechtswidrig. So entschied das LG Halle (Saale) auf die Klage eines Sanitätshauses gegen einen Gutachterdienst. Der Dienst nennt sich selbst Hilfsmittelberater der Krankenkasse. Er hatte von diesen Prüfungsaufträge angenommen, ob beantragte Hilfsmittelversorgungen für Patienten medizinisch erforderlich und wirtschaftlich seien. Das Gesetz schreibt für diese Fälle vor, dass der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) mit der Prüfung zu betrauen ist. Der Hilfsmittelberater nahm in den Kostenvoranschlägen des Sanitätshauses Kürzungen vor und schlug u.a. auch andere Versorgungsmodelle vor oder kam zu dem Ergebnis, dass beantragte Versorgungen nicht notwendig seien.

Das Sanitätshaus sah in diesem Verhalten einen unrechtmäßigen Eingriff in seinen Gewerbebetrieb, da eine Krankenkasse keine privaten Dienste, sondern nur den MDK beauftragen dürfe und verklagte den Hilfsmittelberater auf Unterlassung.

LG Halle (Saale) - 4 O 127/13 – Urteil v. 9.07.2013, §8 UWG, §§33, 275 SGB V

Für Sie zusammengestellt:

Rechtsanwaltskanzlei Müller & Dr. Paul

Partnerschaftsgesellschaft

Strengerstr. 2

33330 Gütersloh



## Newsletter 11/2013

### Versorgung mit einer Badeprothese

Stuttgart 9.10.2013

Eine Private Krankenversicherung darf einem beinamputierten Versicherten nicht die Versorgung mit einer Badeprothese verweigern. Tarifbedingungen, welche die Versorgung mit Hilfsmitteln gleicher Art auf mindestens drei Jahre ausdehnen, sind zudem nichtig.

Der Kläger beehrte von seiner Versicherung eine Badeprothese für 8.400,- € (Aqua Knie, Hersteller Ottobock, Duderstadt), nachdem er für den Alltag mit einem computergestützten Prothesensystem versorgt war. Die Krankenversicherung verwies ihn zum einen auf den Versicherungstarif, „Leistungen für Hilfsmittel gleicher Art sind innerhalb von drei Jahren nur einmal erstattungsfähig“, zum anderen hätte er für seine Alltagsprothese auch einen wesentlich günstigeren Gummiüberzug verwenden können. Er habe auch eine Schadensminderungspflicht gegenüber seiner Versicherung. Das Gericht folgte der Auffassung des Klägers und erklärte die Versicherungsbedingungen für nichtig. Hauptleistungspflicht einer Krankenversicherung ist die Bereitstellung objektiv notwendiger Gesundheitsleistungen. Dazu gehört eine Badeprothese. Die Beschränkung, bestimmte Leistungen nur alle drei Jahre erbringen zu müssen, ist für den Versicherungsnehmer überraschend und benachteiligt ihn unangemessen. Daher kann es auch dahingestellt bleiben, ob es sich bei einer Alltags- und einer Badeprothese um Hilfsmittel „gleicher Art“ handelt. Die Versicherung wurde zur Zahlung verurteilt.

(LG Stuttgart 18 O 217/13 nicht rechtskräftig)

Für Sie zusammengestellt von RA Ralf Müller

-----  
Rechtsanwaltskanzlei Müller & Dr. Paul  
Partnerschaftsgesellschaft  
Strengerstr. 2  
33330 Gütersloh

## Newsletter 10/2013

### **Heute beschäftigen wir uns mit der Frage: Werden hochwertige Silikon - Fingerprothesen erstattet?**

Darmstadt 24.09.2013. Eine gesetzliche Krankenkasse ist verpflichtet, Fingerprothesen in hochwertiger Silikonausstattung (Typ Natural, Hersteller Ottobock Duderstadt) zu zahlen. Der 19-jährigen Klägerin fehlen aufgrund eines Unfalls Teile des Mittel- und Ringfingers. Sie beantragte bei ihrer Krankenkasse die Versorgung mit zwei hochwertigen Fingerprothesen, die dem natürlichen Aussehen nahekommen. Die Kosten hierfür belaufen sich auf etwa €8.300,-. Diese wurden von der Krankenkasse mit der Begründung abgelehnt, die Prothesen würden für die junge Frau keinen Funktionsgewinn bedeuten. Es stünden gerade bei der hochwertigen Ausführung rein kosmetische Aspekte im Vordergrund, für die die Krankenkasse nicht zuständig sei. Durch Einholung eines Gutachtens durch das Sozialgericht Darmstadt wurde das Gegenteil festgestellt. Der Gutachter bescheinigte neben dem funktionellen Zugewinn auch, dass der Gang zum Psychotherapeuten für die junge Frau entbehrlich wäre, da sie unter dem Verlust der Finger auch seelisch leide. Die Krankenkasse erkannte den Versorgungsanspruch daraufhin an.

Sozialgericht Darmstadt S 8 KR 517/12

Für Sie zusammengestellt von RA Ralf Müller

-----

Rechtsanwaltskanzlei Müller & Dr. Paul  
Partnerschaftsgesellschaft  
Strengerstr. 2  
33330 Gütersloh

## Newsletter 09/2013

### Sind private Gutachterdienste rechtens?

09.07.2013, Halle (Saale)

Der Einsatz von so genannten privaten Gutachterdiensten durch gesetzliche Krankenkassen im Rahmen von Hilfsmittelversorgungen verstößt gegen geltendes Wettbewerbsrecht und ist damit rechtswidrig. So entschied das LG Halle (Saale) auf die Klage eines Sanitätshauses gegen einen Gutachterdienst. Der Dienst nennt sich selbst Hilfsmittelberater der Krankenkasse. Er hatte von diesen Prüfungsaufträge angenommen, ob beantragte Hilfsmittelversorgungen für Patienten medizinisch erforderlich und wirtschaftlich seien. Das Gesetz schreibt für diese Fälle vor, dass der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) mit der Prüfung zu betrauen ist. Der Hilfsmittelberater nahm in den Kostenvoranschlägen des Sanitätshauses Kürzungen vor und schlug u.a. auch andere Versorgungsmodelle vor oder kam zu dem Ergebnis, dass beantragte Versorgungsleistungen nicht notwendig seien.

Das Sanitätshaus sah in diesem Verhalten einen unrechtmäßigen Eingriff in seinen Gewerbebetrieb, da eine Krankenkasse keine privaten Dienste, sondern nur den MDK beauftragen dürfe, und verklagte den Hilfsmittelberater auf Unterlassung.

LG Halle (Saale) - 4 O 127/13 – Urteil v. 9.07.2013, §8 UWG, §§33, 275 SGB V

Für Sie zusammengestellt von RA Ralf Müller

-----  
Rechtsanwaltskanzlei Müller & Dr. Paul  
Partnerschaftsgesellschaft  
Strengerstr. 2  
33330 Gütersloh

## Newsletter 08/2013

### **Wer trägt die Kosten für Schäden durch Nichteinhaltung des Service bei einem Kniegelenk?**

Der Patient/Prothesenträger ist verpflichtet, selbst die Servicetermine für die Kniegelenke zu überwachen. Bleibt das Kniegelenk Eigentum des Kostenträgers, ist er derjenige, der die Servicetermine überwachen muss.

Bei Nichteinhaltung der Serviceeinheiten verfällt die Garantie des Herstellers für das Kniegelenk. Sollte ein Servicetermin aus irgendwelchen Gründen nicht eingehalten worden sein und es entsteht ein Schaden an dem Gelenk, gehen etwaige Kosten (Ersatzbeschaffung, Reparaturkosten, ...) immer zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der Berufsgenossenschaft.

Grundsatz: Der Patient hat zu jeder Zeit Anspruch auf Versorgung (§33 Abs. 1 SGB V)!

## Newsletter 07/2013

### **Beratungspflicht der Krankenkasse - Kostenträger müssen über Versorgung nach dem Stand der Technik beraten**

Die Beratungspflicht der Krankenkasse über eine fortschrittliche Versorgung beruht auf §14 SGB I. In diesem Paragraphen heißt es:

„Jeder hat Anspruch auf Beratung über seine Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch. Zuständig für die Beratung sind die Leistungsträger, denen gegenüber die Rechte geltend zu machen oder die Pflichten zu erfüllen sind.“

Demzufolge hat der Kostenträger seinen Versicherten u.a. über dessen Ansprüche bzw. dessen Rechte in Bezug auf eine orthopädische Versorgung zu beraten.

Insbesondere zu einer Beratung über elektronische Kniegelenke hat das SG Hannover in einem Urteil aus dem Jahr 2007 (Az. S 44 KR 179/07) die Beratungspflicht konkretisiert. In dem Urteil heißt es u.a.:

„Die Möglichkeit der Versorgung mit einem C-Leg ist medizinisch und sozialrechtlich so gefestigt und naheliegend, dass der Kostenträger von sich aus verpflichtet ist, den Versicherten im Rahmen einer Beratung nach §14 SGB I auf die Möglichkeiten einer Versorgung mit einem C-Leg hinzuweisen.“

## Newsletter 06/2013

### **Neue Entscheidung zum Hilfsmittelrecht**

Das Sozialgericht Hamburg stellte den Anspruch eines gesetzlich Krankenversicherten auf Versorgung mit einer computergesteuerten Prothesenhand nebst RTV-Silikonschaft fest. Dem 41jährigen Kläger fehlt aufgrund einer Amputation die linke Hand. Bislang war er schon mit einer hochwertigen Handprothese versorgt. Da eine neuartige Prothesenhand (Michelangelo, Hersteller und Entwickler Fa. Ottobock Duderstadt) auf den Markt kam, die mit weitaus mehr Funktionen ausgestattet ist, beantragte er bei seiner Krankenkasse die Versorgung. Gegen die Ablehnung der Kasse setzte er sich mit einem Eilverfahren vor dem Sozialgericht Hamburg zur Wehr. Letztlich erkannte die Krankenkasse den Anspruch an und gab die Versorgung in Auftrag (SG Hamburg S 25 KR 1515/12 ER)

## Newsletter 05/2013

### **Anspruch auf Versorgung mit einer Sportprothese**

Kinder und Erwachsene sind vor dem Gesetz nicht gleich. Das gilt im positiven Sinne bei Hilfsmittelversorgungen, die die Krankenkasse zahlen muss. Sind für Erwachsene die Grenzen zwischen Kassenleistungen und Nichtkassenleistung enger gesteckt, so können Kinder im Rahmen ihrer Schulausbildung und persönlichen Entwicklung von Ihrer Krankenkasse mehr verlangen.

Für Kinder hat das Bundessozialgericht unter anderem entschieden, dass Hilfsmittel, die für den Schulsport verwendet werden, von der Krankenkasse zu bewilligen sind. Dies gilt insbesondere auch für Badeprothesen, da der Aufenthalt in Nassbereichen sogar für Erwachsene ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens ist, dass durch Hilfsmittel zu ermöglichen ist. Eine Grenze zieht das Bundessozialgericht jedoch auch hier, wenn es sich um Hilfsmittel handelt, die ausschließlich für einen bestimmten Vereinssport gedacht sind (z.B. spezieller Basketballrollstuhl).

Für den privaten Lebensbereich gesteht das Bundessozialgericht behinderten Kindern auch behindertengerechte Dreiräder zu, während dies für Erwachsene nur für Therapiezwecke überhaupt möglich ist. Ein Kind soll sich nach dem höchsten deutschen Sozialgericht in die Gruppe Gleichaltriger integrieren können, um eine gesunde geistige Entwicklung nehmen zu können. Zusammenfassend bleibt also festzustellen, dass das Kind alles das erhält, was im Rahmen der Schulausbildung an medizinischen Hilfsmitteln nötig ist.

Im rein privaten Bereich wird es immer wieder auf den Einzelfall ankommen. Die Rechtsprechung ist hier lange noch nicht abgeschlossen.

Für Sie zusammengestellt von RA Ralf Müller

-----

Rechtsanwaltskanzlei Müller & Dr. Paul  
Partnerschaftsgesellschaft  
Strengerstr. 2  
33330 Gütersloh

## Newsletter 04/2013

### **Versicherte haben Anspruch auf wasserfeste Gehhilfen**

Beinamputierte Versicherte, die mit einer normalen Laufprothese versorgt sind und mit dieser sicher umgehen können, können von der Krankenkasse die zusätzliche Versorgung mit einer wasserfesten Gehhilfe (Badeprothese, Schwimmprothese, Badeorthese) beanspruchen, wenn das Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich erforderlich und individuell geeignet ist, um sich zu Hause in Bad und Dusche sowie außerhalb der Wohnung im Schwimmbad sicher und ohne Gefahr der Beschädigung der regelmäßig nicht wasserfesten Gehhilfe bewegen zu können (Weiterentwicklung zu BSG vom 10.10.1979 - 3 KR 30/79 = SozR 2200 § 182 Nr. 55).

Weiterhin muss sich ein Versicherter im häuslichen Bereich (Bad, Dusche) nicht auf Badewannenlifter, Duschhocker, Unterarmgehstützen und rutschfeste Matten verweisen lassen, denn der unmittelbare Behinderungsausgleich durch ein Körperersatzstück hat grundsätzlich Vorrang gegenüber einem nur mittelbaren Ausgleich.

Jedoch gelten die Kriterien der Eignung, Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Erforderlichkeit (vgl. § 2 Abs 4, § 12 Abs 1, § 33 Abs 1 SGB V) auch bei wasserfesten Gehhilfen. Daher sind Mehrkosten, die z.B. für eine salzwasserfeste Badeprothese aufkommen würden, gemäß § 33 Abs 1 Satz 5 SGB V (ebenso § 31 Abs 3 SGB IX) von dem Versicherten selbst zu tragen.

Da in den BSG-Urteilen von wasserfesten Gehhilfen die Rede ist, ist davon auszugehen, dass die Rechtsprechung in Verbindung mit den rechtlichen Aspekten sowohl für wasserfeste Prothesen als auch für wasserfeste Orthesen angewendet werden kann.