

Recht und Anspruch bei der Prothesenversorgung

Von Sonja M. Mnich
Herausgegeben von eurocom e. V.



Impressum

Herausgeber: eurocom • european manufacturers federation for
compression therapy and orthopaedic devices, Düren

August-Klotz-Strasse 16 d
D-52349 Düren

Phone: +49 (0) 2421 - 95 26 52

Fax: +49 (0) 2421 - 95 26 64

E-Mail: info@eurocom-info.de

Internet: www.eurocom-info.de

Redaktion: Antje Schneider, eurocom e. V.

Zur Autorin: Sonja M. Mnich ist Expertin für Sozialrecht und selbst
beidseitig Oberschenkelamputiert. Sie verfügt über langjährige Erfahrung
mit den juristischen Aspekten der prothetischen Versorgung.

1. Auflage 2014

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.





Dr. Ernst Pohlen

Geschäftsführer eurocom e.V. –
european manufacturers federation for compression
therapy and orthopaedic devices

Vorwort

Die Versorgung behinderter Menschen mit Prothesen hat sich innerhalb der letzten 20 Jahre erheblich verändert. Der technische Fortschritt steht den allorts leeren Kassen diametral in einem Spannungsfeld gegenüber. Hierdurch ist in den letzten Jahren ein erheblicher juristischer Nachholbedarf entstanden. Der Gesetzgeber regelt diese Randmaterie des Gesundheitswesens nur sehr unbestimmt.

Im Gegensatz zum detailliert reglementierten Arzneimittelrecht steht das Hilfsmittelrecht wohl mangels Regelungsnotwendigkeit nicht im Fokus der Gesetzgebung. Immerhin gelang dem Gemeinsamen Bundesausschuss für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung eine detaillierte Beschreibung über die Versorgungsprozesse und die Rollen der Beteiligten.

Vielfach findet sich der auf eine Prothesenversorgung angewiesene behinderte Mensch vor unüberwindbare Hindernisse gestellt, zügig eine seinen Ansprüchen entsprechende Prothesenversorgung zu erhalten. Versorgungsprozesse dauern lange, Zuständigkeiten werden selbst von Kostenträgern ignoriert und die Kosten immer wieder als Bewertungskriterium für den Versorgungsstandard herangezogen.

Dieser Ratgeber stellt die juristischen Aspekte der Prothesenversorgung übersichtlich und verständlich dar und klärt auf diesem Wege über Rechte und Ansprüche auf.

Inhalt

1	Rechtliche Grundlagen	8
1.1	Gesetzliche Rahmenbedingungen	8
1.2	Rechts- und Vertragsverhältnisse	10
1.3	Zuständige Gerichtsbarkeiten	11
2	Der individuelle Versorgungsanspruch der gesetzlich Versicherten	12
2.1	Unmittelbarer und mittelbarer Behinderungsausgleich	12
2.2	Das Wirtschaftlichkeitsprinzip	13
3	Gesetzliche Regelungen im Rahmen der Antragstellung	15
3.1	Die Einhaltung von Fristen und die „Genehmigungsfiktion“	15
3.2	Die Klärung der Zuständigkeiten	16
4	Gewährleistung, Garantie, Nutzungsdauer, Mindestgebrauchszeiten	18
5	Die Produkthaftung	22
6	Verfassungsrechtliche Vorgaben für die Festlegung von Eignungs- und Qualitätsanforderungen durch den GKV-Spitzenverband	24
7	Der medizinische Dienst der Krankenkassen	26
8	Das Antragsverfahren	28
8.1	Die Primärversorgung	28
8.2	Die Begründung	28
8.3	Möglichkeiten der Selbstbeschaffung	29
8.4	Die Zweitversorgung	30
8.5	Mehrfach- und Sondersicherungen	31
9	Das Widerspruchsverfahren	32

10	Der Klageweg in der Sozialgerichtsbarkeit	34
10.1	Das erstinstanzliche Klageverfahren	34
10.2	Der einstweilige Rechtsschutz	36
10.3	Das Berufungsverfahren	36
10.4	Das Bundessozialgericht	37
10.5	Die Kosten der Verfahren	37
11	Häufig gestellte Fragen	39
	Über eurocom e. V.	42
	Mitglieder der Arbeitsgruppe Prothetik	43
	Bildnachweis	44

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 Verwaltungsvorschriften für die Sozialversicherung angesiedelt und auch das zehnte Buch enthält gemeinsame Vorschriften zum Verwaltungsverfahren im Sozialrecht.

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

In 2001 trat das **neunte Buch** in Kraft, in dem die **gleichberechtigte Teilhabe** und die **Selbstbestimmung** der Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohten Menschen erfasst sind. Hier sind die **Anspruchsgrundlagen** für die Leistungen normiert, die Menschen mit Behinderungen zustehen.

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.

Inzwischen hat auch das Bundesverfassungsgericht, das höchste Gericht Deutschlands, in einer wegweisenden Entscheidung die Konvention zur Grundlage einer Entscheidung gemacht und damit den Gesetzescharakter der UN-BRK unterstrichen.

Zukünftig werden die Sozialgerichte an den Rechtspositionen der Konvention, die weitreichender sind als die deutsche Sozialgesetzgebung, nicht mehr vorbeikommen und abzuwägen haben, wie den Menschenrechten der Menschen mit Behinderung auch in Deutschland Geltung verschafft werden kann.

Die UN-BRK birgt ein enormes Innovationspotenzial für Menschen mit Behinderungen, indem sie die individuellen Menschenrechte stärkt und aus der Perspektive behinderter Menschen konkretisiert. Die konsequente Umsetzung in allen Bereichen wird in Deutschland und den anderen 155 Staaten (von 192 Staaten in der UN) zur Humanisierung der Gesellschaft im Ganzen beitragen.

1.2 Rechts- und Vertragsverhältnisse

Die Rechtsverhältnisse zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen, den Kassenvertragsärzten und den Krankenkassen einerseits sowie zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenkassen und den Versicherten / Patienten andererseits beruhen auf **öffentlich-rechtlichen Vertragsverhältnissen**. Das bedeutet, dass es sich um gesetzlich vorgeschriebene Vertragsverhältnisse, man könnte sie auch Zwangsmitgliedschaften nennen, handelt.

Zwischen den Versicherten / Patienten und den behandelnden Ärzten sowie den Sanitätshäusern bestehen im Gegensatz dazu **privatrechtliche Verträge**. Privatrechtliche Verträge regeln Beziehungen zwischen rechtlich gleichgestellten Rechtssubjekten, die im Wege der Privatautonomie das Recht ohne staatlichen Einfluss gestalten.

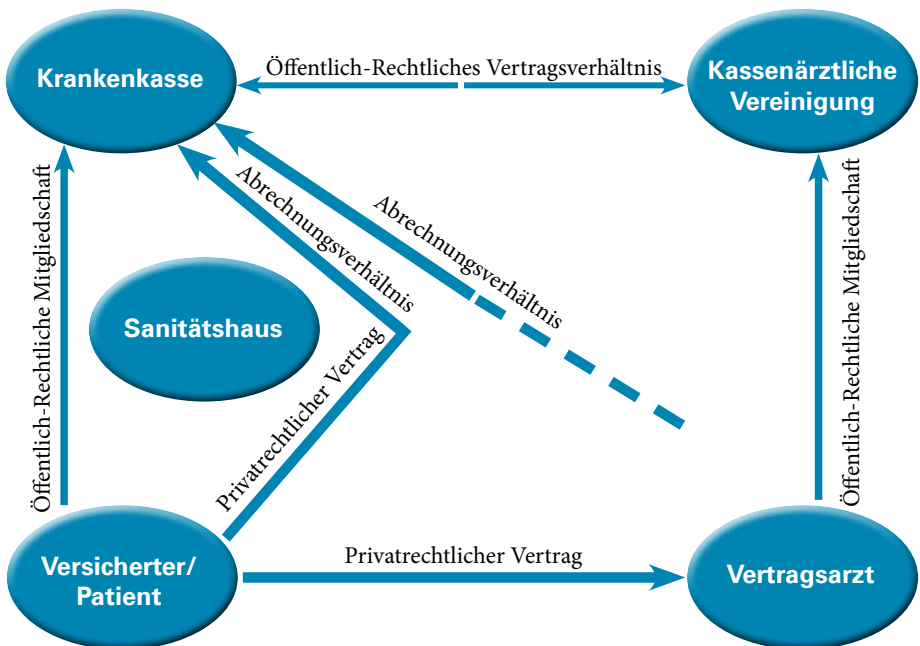


Abb 1: Rechts- und Vertragsverhältnisse in der Versorgungskette

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 ab € 5.001,00 die Landgerichte

Bei Streitigkeiten von Bürgern gegen die **öffentlich-rechtlichen Vertragspartner** sind als besonderer Zweig der Verwaltungsgerichtsbarkeit die **Sozialgerichte** anzurufen.

Die Verfahren sind 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

2.1 Unmittelbarer 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 orthopädische Hilfsmittel und Körperersatzstücke, also alle prothetischen Produkte. 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 neuwertigen aktuellen Modell. 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.

Ein nur **mittelbarer Behinderungsausgleich** findet durch Hilfsmittel statt, die die Auswirkungen der Behinderung betreffen z.B. die Auswirkungen einer Einschränkung beim Treppensteigen kann durch einen Treppenlift beseitigt oder abgemildert werden.

Auf einen einfachen Nenner gebracht umfasst der unmittelbare Ausgleich die Hilfsmittel am Menschen, der mittelbare dagegen die nicht am Menschen, sondern zusätzlich für den Menschen eingesetzten Hilfsmittel.

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.

Demgegenüber hat der Versicherte 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. Zu den notwendigen Alltagsgeschäften gehören insbesondere die wichtigsten Versorgungswege zum Supermarkt, zur Apotheke, zum Arzt etc. Dazu zählt aber auch die Möglichkeit, Sozialkontakte zu pflegen und für einen Spaziergang vor die Haustür zu kommen.

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.

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).

Es ist die notwendige Behandlung zu gewähren, jedoch nicht jede vom Versicherten gewünschte, von ihm für optimal gehaltene Maßnahme zur Heilung oder Linderung des krankhaften Zustands.

Auch an der Frage der Wirtschaftlichkeit scheiden sich die Geister. 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 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“

Die wohl weitreichendste Gesetzesänderung trat am 26. Februar 2013 in Kraft: das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, kurz: **Patientenrechtegesetz (PatRG)**. Es bündelt einerseits bereits bestehende Patientenrechte. Andererseits wurden neue Regelungen eingeführt, die die Rechte der Patienten gegenüber Leistungserbringern und Krankenkassen stärken sollen. Von zentraler Bedeutung ist dabei die **Einhaltung von Fristen**.

In § 13 Abs. 3 SGB V wurde folgender Absatz 3a eingefügt:

Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig zu entscheiden, spätestens bis zum **Ablauf von drei Wochen** nach Antragseingang. In Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), eingeholt wird, muss die Krankenkasse innerhalb von **fünf Wochen nach Antragseingang** entscheiden.

Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der MDK nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung.

Kann die Krankenkasse die Fristen nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines **hinreichenden Grundes**, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

Man spricht in diesem Zusammenhang auch von der sogenannten „Genehmigungsfiktion“: Der Antrag ist zwar nicht tatsächlich genehmigt, die Genehmigung gilt jedoch durch die Nichteinhaltung von Fristen als angenommen.

Der Gesetzgeber legt die Definition des hinreichenden Grundes eng aus: Weder Urlaub noch Krankheit noch Personalmangel der Krankenkassen gelten demnach als hinreichender Grund im Sinne der Vorschrift. Der MDK ist umgehend nach Antragseingang einzubinden und fertigt sein Gutachten binnen drei Wochen.

Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet.

3.2 Die Klärung der Zuständigkeiten

Der Versorgungsanspruch des Patienten hängt in erster Linie davon ab, welcher Kostenträger zuständig ist. Das deutsche **Sozialversicherungswesen** unterscheidet zwischen **verschiedenen Kostenträgern**. Das Gros der Versorgungsleistungen 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.

Soweit es sich bei dem Patienten um einen Schwerbehinderten handelt, besteht ein kostenträgerübergreifender Anspruch nach dem SGB. §31 SGB IX verbietet einen grundsätzlichen Anspruch auf Hilfsmittelversorgung unabhängig davon, welcher Kostenträger zuständig ist.

Die Abgrenzung der Zuständigkeiten gelingt nicht immer trennscharf. Um ein Hase-und-Igel-Spiel der Kostenträger auszuschließen, hat der Gesetzgeber am 1. Juli 2001 zumindest für den Bereich der Schwerbehinderten 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. In diesem Fall leitet er ihn an den seiner Meinung nach zuständigen Kostenträger weiter. Leitet er ihn nicht binnen zwei Wochen weiter, so bleibt er zuständig. Dies gilt selbst dann, wenn sich hinterher herausstellt, dass eigentlich ein anderer öffentlich-rechtlicher Kostenträger zuständig ist. Leitet der Kostenträger den Antrag weiter, so ist der Kostenträger, an den weitergeleitet wurde, in jedem Falle zuständig. Eine erneute Weiterleitung gibt es nicht. Die erste Weiterleitung ist 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, das einen Rollstuhl in einen Sportflitzer verwandelt. Sie hält sich nicht für zuständig und leitet den Antrag an den Sozialhilfeträger weiter.
- Das Sozialamt muss nun nicht nur nach den Vorschriften des SGB XII entscheiden, sondern es muss auch prüfen, ob die Kostenübernahme nicht eigentlich doch durch die Krankenkasse nach den Vorschriften des SGB V hätte erfolgen müssen.

- Das ist hier in der Tat der Fall, wie jüngst das Schleswig-Holsteinische Landessozialgericht (LSG) I in seinem am 17.02.2012 veröffentlichten Urteil (AZ: L 5 KR 31/10) 146/09 bestätigt hat.
- Weil es sich um eine Krankenkassenleistung handelt, ist vom Sozialhilfeträger nach den Vorschriften des SGB V zu entscheiden. Hierfür benötigt das Sozialamt 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

Zunächst sollte ein Blick auf die Begriffe erfolgen, weil diese im üblichen Sprachgebrauch oft vermischt werden.

Der Begriff der **Gewährleistung** hat seit der Schuldrechtsreform eine grundlegende Änderung erfahren. Heute spricht man von der sogenannten **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 2 Jahre nach Kauf und ist in den §§ 437 ff. BGB geregelt.

Die Mängelhaftung im Bereich der Prothesenversorgung ist die Mängelhaftung des **Werkvertragsrechts**. Die Folgen eines Sachmangels sind die folgenden Rechte, die dem Besteller nach dem neuen Schuldrecht zustehen.

- Zuerst hat der Besteller bei Vorliegen eines Mangels den Anspruch auf Nacherfüllung nach § 635 BGB. Schlagen die Nachbesserungsversuche, von denen dem Hersteller zwei Versuche zustehen, aber fehl,
- steht nur dann dem Besteller ein Rücktrittsrecht nach § 634 BGB zu.
- Das Rücktrittsrecht ist ein relatives subjektives Recht, genauer: 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 sofort 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. Er wurde im Zuge der Schuldrechtsmodernisierung geregelt und ist auch an die Stelle des auf das Kauf- und Werkvertragsrecht beschränkten Wandlungsanspruchs getreten.

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 Zusage des Garanten, dass die Sache eine bestimmte Beschaffenheit aufweist. Dabei handelt es sich um ein zusätzliches, freiwillig angebotenes vertragliches Versprechen.

Die Garantie sichert eine unbedingte Schadenersatzleistung.

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:

- "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 vermutet, dass der Mangel schon bei Übergabe der Ware (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 Begrenzung der Haftung des Herstellers.

Die Nutzungsdauer sagt aus, in welchem Zeitraum das Produkt nach der Erfahrung unter Berücksichtigung der Abnutzung funktionsfähig ist. Eine Garantie wird für den bestimmten Zeitraum zugesagt und findet zusätzlich zur gesetzlichen Gewährleistung Anwendung.

Es wird also keine Eigenschaft zugesichert, sondern die Dauer der fehlerfreien Funktion unter Berücksichtigung von Materialbeschaffenheit, Belastbarkeit und Sicherheit des/der Produkt/e eingeschränkt.

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

Die Hersteller von Prothesen und/oder Prothesenkomponenten haben die **Verkehrssicherungspflichten** gemäß § 823 Abs.1 BGB / § 3 ProdsicherheitsG sowie die **Pflicht zur Instruktion der Anwender** nach dem Inverkehrbringen ihrer Produkte zwingend zu beachten.

Der Instruktion der Anwender dient die Betriebsanleitung, die den Verpackungen der technischen Geräte beigelegt ist. In diese Betriebsanleitung, so schreibt § 5 Abs.1 GPSG (Geräte- und Produktsicherheits- Gesetz) vor, ist 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 microprozessorgesteuerte 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 Sanitätshäusern und Kostenträgern, zum Beispiel gemäß §§ 126, 127 SGB V, sehen zum Teil **Mindestgebrauchszeiten** für ganze Versorgungen vor, soweit die Abrechenbarkeit betroffen ist. Hier verpflichtet sich das Sanitätshaus, auf vertraglicher Grundlage freiwillig für eine bestimmte Summe 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 das Sanitätshaus auf eigene Kosten nachbessern oder neu bauen. Der Patient ist hiervon nicht betroffen, da diese Regelungen lediglich das **Abrechnungsverhältnis** 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 Händler. 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) auch 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.

Pasteile, deren Nutzungsdauer überschritten ist, können durch Funktionsausfälle Schäden verursachen, für die der Hersteller keine Haftung mehr übernehmen kann, 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 Prothesenpasteile des Herstellers. Die folgende Formulierung könnte verwendet werden:

„Ausdrücklich machen wir darauf aufmerksam, dass die Prothesenpasteile nach dem Hinweis des Herstellers eine maximale Nutzungsdauer von 3 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.“

Die Vergütung kann unmittelbar abgerechnet werden.

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 Verfassungsrechtliche Vorgaben für die Festlegung von Eignungs- und Qualitätsanforderungen durch den GKV-Spitzenverband

Spätestens seit dem sogenannten Kassenarzturteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23.3.1960 ist anerkannt, dass öffentlich-rechtliche Vorschriften, die den Zugang zum Markt der gesetzlichen Krankenversicherung regeln, am Grundrecht der Berufsfreiheit des Art. 12 GG zu messen sind. Das gilt nicht nur für Kassen- bzw. Vertragsärzte, sondern auch für die sonstigen Leistungserbringer. Soweit die Erstreckung der Normsetzung auf sogenannte Außenseiter vorgesehen ist, werden diese dadurch nicht beeinträchtigt, sondern nur begünstigt, sodass auch insoweit keine Bedenken hinsichtlich der demokratischen Legitimation bestehen.

- § 126 Abs.1a SGB V in der Fassung durch das GKV-OrgWG gibt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) weder eine ausdrückliche noch eine aus der Natur der Sache folgende Ermächtigung, die Qualifizierungsanforderungen für Leistungserbringer einseitig festzulegen.
- Für eine solche einseitige Regelung fehlte es dem GKV-SV auch an einer hinreichenden demokratischen Legitimation, weil die Leistungserbringer dadurch in erster Linie und im wesentlichen Umfang betroffen werden. Selbst wenn er es wollte, könnte selbst der Gesetzgeber es von Verfassung wegen nicht anordnen.

Auf einer verfassungsrechtlich weitgehend sicheren Basis steht dagegen die Ermächtigung für die Krankenkassen und die betroffenen Leistungserbringer, durch vertragliche Vereinbarung die Qualitätsanforderungen sowohl an die Leistungserbringer als auch an die Zertifizierungsstellen sowie das Verfahren zu ihrem Nachweis zu vereinbaren.

- Die Vertragspartner haben dabei einen weiten Spielraum, der lediglich begrenzt wird durch die allgemeinen berufsrechtlichen Voraussetzungen für die Leistungserbringer und
- die Sicherstellung der Versorgung der Versicherten, die besondere berufsrechtlichen Voraussetzungen hinausgehende Anforderungen rechtfertigen kann.

Das Gesetz lässt es ohne weiteres zu, dass die Vertragspartner paritätisch besetzte Gremien bestimmen, die für die Ernennung der geeigneten Stellen zu-

ständig sind, wie auch die unmittelbare Bestimmung und Zusammensetzung der geeigneten Stellen etwa in der Form, dass die bisher auf Landesebene tätigen Zulassungsstellen der Krankenkassen, eventuell erweitert um Vertreter der jeweils betroffenen Leistungserbringer, als geeignete Stellen tätig werden.

- Soweit von den Vertragspartnern ein besonderes Qualitätssicherungsmanagement für erforderlich gehalten wird, können auch private Träger als geeignete Stellen benannt werden. Diesen könnte auch die Höhe der zu erhebenden Entgelte durch vertragliche Vereinbarung vorgegeben werden.
- Zur Überprüfung ablehnender Entscheidungen wäre ein Beschwerderecht außerhalb eines Verwaltungsverfahrens vorzusehen. Für die gerichtliche Überprüfung dürften die Sozialgerichte zuständig sein, da es sich um öffentlich rechtliche Verträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern handelt (§ 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG).

Soweit durch die Einschaltung externer Stellen privatrechtliche Beziehungen entstehen, entscheiden bei Streitigkeiten in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung ebenfalls die Sozialgerichte (§ 51 Abs. 2 SGG)

7 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, um – so die Selbstdarstellung – „die gesundheitliche Versorgung insgesamt qualitativ weiterzuentwickeln, die Leistungsentscheidungen der Krankenkassen sozialmedizinisch zu begründen und Maßnahmen zu vermeiden, die unausgereift, unnötig, gefährlich oder unwirtschaftlich sind“.

Die Gutachten des MDK sollten bereits beim Widerspruch 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 und der Preisunterschied nicht übermäßig unterschiedlich ist, 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 einer Pflegestufe das Pflegegutachten zur Verfügung zu stellen, inzwischen zum Standard und es wird schon bei der Begutachtung vermerkt, ob die Zusendung gewünscht ist.

Weiter kann es sich positiv auswirken, den Kontakt zu den zuständigen Mitarbeitern der Krankenkasse zu suchen. Die meisten schätzen es, ihre Versicherten abseits von Beschwerden und Meinungsverschiedenheiten kennenzulernen und sich ein Bild machen zu können.

Die unausgewogenste und einseitigste Entscheidung ist diejenige nach Aktenlage. Der Mensch und seine Bedürfnisse sind mehr als ein Fall in einer Akte. Zudem ist Papier geduldig und in den wenigsten Fällen sind die Auskünfte in einer Akte so erschöpfend, dass eine Einzelfallentscheidung, die das Gesetz vorsieht, auch wirklich getroffen wird und werden kann.

Die Entscheidungen nach Aktenlage verweigern den Versicherten das Recht auf eine selbstbestimmte medizinische Behandlung und ersetzen eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung durch einen bürokratischen Verwaltungsakt.

Eine isolierte Begutachtung nach Aktenlage kann als Verletzung der Sorgfaltspflicht nach §§ 276 BGB, 76 Abs. IV SGB V aufgefasst werden, die die Gefahr eines gesundheitlichen Schadens beim Patienten grob fahrlässig verursachen kann. Dies kann einen zivilrechtlichen Schadensersatzanspruch des Patienten/Versicherten nach sich ziehen.

Auch strafrechtliche Folgen aufgrund von Falschattestierungen können durch Entscheidungen nach Aktenlage entstehen, denn § 278 StGB schützt das Vertrauen in die Richtigkeit ärztlicher Atteste. Die Strafgerichte interpretieren den Tatbestand weitreichend und wenden ihn auch an, wenn ein Befund bescheinigt wird, ohne dass der Arzt überhaupt eine Untersuchung vorgenommen hat.

Insbesondere im Falle einer als unrichtig empfundenen Ablehnung bei Entscheidung nach Aktenlage sollte der Versicherte umgehend Widerspruch erheben und auf eine Begutachtung mit persönlicher Untersuchung bestehen.

8 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.

8.1 Die Primärversorgung

Eine Prothesenversorgung beginnt mit der Wahl des Sanitätshauses/des Orthopädietechnikers. Zunächst wird eine **Probeversorgung**, die sogenannte **Inte-rimsversorgung** vorgenommen, die noch veränderbar ist. Der Schaft muss perfekt sitzen und das Bein (die Beine bei Doppelamputierten) verändert sich durch die Kompression des Schaftes, so dass 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 **Kostenvoranschlag** 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.

8.2 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 generiert werden. Detaillierte und individuell geschriebene Ausführungen führen sicherlich schneller zum Erfolg als jedes schematische Raster.

Stichworte für eine gute Begründung:

- der Vergleich von verschiedenen Versorgungslösungen
- die Benennung von Vorteilen bei der gewählten Versorgung
- der Nachweis der Wirtschaftlichkeit
- die Argumente für die medizinische Notwendigkeit

Badeprothesen gehören zur Primärversorgung und sind im Leistungsspektrum der Krankenkassen enthalten, weil mit der vorgesehenen Verwendung ein allgemeines Grundbedürfnis des täglichen Lebens betroffen ist.

Mit der Versorgung sollte keinesfalls vor der Genehmigung durch den Kostenträger begonnen werden – diese käme einer Beschränkung der Wirtschaftlichkeitsprüfung und damit des Ermessens der Kostenträger gleich.

Die Kosten einer Selbstbeschaffung werden nur unter sehr restriktiven rechtlichen Voraussetzungen erstattet – deshalb sollte die Selbstbeschaffung immer nur die „ultima ratio“ bleiben.

8.3 Möglichkeiten der Selbstbeschaffung

§ 15 SGB IX regelt die Voraussetzungen einer zulässigen Selbstbeschaffung.

Die erste Variante beschreibt § 15 Abs. I Satz 1 SGB IX:

- Kann der Kostenträger die Leistung nicht innerhalb der in § 14 SGB IX vorgeschriebenen Fristen bescheiden, muss er dies schriftlich dem Leistungsberechtigten mit der Angabe nachvollziehbarer Gründe für die Fristversäumnis mitteilen.
- Organisationsprobleme des Kostenträgers wie Urlaub, Krankheit oder Personalmangel werden dabei nicht als nachvollziehbare Gründe anerkannt.
- Erfolgt die Mitteilung nicht oder liegt ein zureichender Grund nicht vor, können Leistungsberechtigte dem Rehabilitationsträger eine angemessene Frist setzen und dabei erklären, dass sie sich nach Ablauf der Frist die erforderliche Leistung selbst beschaffen.

- Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist der zuständige Rehabilitationsträger unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet.

Die zweite Variante beschreibt § 15 Abs. I Satz 4 SGB IX:

- Danach besteht die Erstattungspflicht auch, wenn der Rehabilitationsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder er eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat.
- Diese Vorschrift gilt bei Menschen mit Behinderungen, sofern nicht ein spezielleres Gesetz etwas anderes bestimmt.

8.4 Die Zweitversorgung

Eine Zweitversorgung für den Fall eines Ausfalls der Primärversorgung wird nur in Ausnahmefällen bewilligt werden, 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 /11 R) zusammenhängend etwa bis zur Obergrenze von 10 Tagen – zur Reparatur nicht zur Verfügung steht (Urteil des SG Düsseldorf vom 20.11.2007- AZ. S 4 (26) KR 36/03).

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

Bezieht sich die unmittelbar ausgleichende Funktionsbeeinträchtigung jedoch auf ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens, dann kann auch eine Zweitversorgung nicht abgelehnt werden. Ist die Erhaltung bzw. Wiederherstellung einer Körperfunktion selbst als solche ein Grundbedürfnis, oder beseitigt oder mildert die Zweitversorgung die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben und betrifft damit wieder ein allgemeines Grundbedürfnis des täglichen Lebens (stRspr, zuletzt BSGE 109, 199 = SozR 4-2500 § 33 Nr. 37, RdNr. 14 m.w.N), dann ist auch ein Hilfsmittel zum mittelbaren Behinderungsausgleich als Zweitversorgung zu gewähren.

8.5 Mehrfach- und Sonderversorgungen

Mehrfachversorgungen und besondere Versorgungen wie Sportprothesen fallen nicht in die Leistungspflicht der Krankenkassen, die die möglichst weitgehende Wiederherstellung der Gesundheit und der Organfunktionen einschließlich der Sicherung des Behandlungserfolges umfasst, 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.

9 Das Widerspruchsverfahren

Wenn die Entscheidung nicht im Sinne des Antragstellers ausgefallen ist, kann **innerhalb von vier Wochen** ab Eingang des Bescheides **Widerspruch** eingelegt werden. Geht der Bescheid also am 12. eines Monats ein, muss der Widerspruch am 12. des Folgemonats beim Kostenträger eingehen.

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 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 stets zu beanstanden, da sie rechtlich unzulässig sind.
- Ebenso unzulässig sind Ablehnungen ohne Begründung. Ohne Begründung sind Bescheide auch dann, wenn auf bereits besprochene Sachverhalte oder Telefonate hingewiesen wird, ohne den Inhalt der mündlichen Erläuterungen schriftlich zu wiederholen. Diese Bescheide sind auch vor Gericht nicht beweiskräftig.
- Das Widerspruchsschreiben wird ggf. in einem späteren Gerichtsverfahren als Beweis dienen. Je nachvollziehbarer und ausführlicher der Widerspruch dargestellt ist, desto beweiskräftiger ist der Vortrag.
- Im Notfall kann der Widerspruch zunächst ohne Begründung fristwährend eingelegt werden. Die Begründung sollte im eigenen Interesse baldmöglichst nachgeholt werden, zwei Wochen nach der Ankündigung des Widerspruchs sollten nicht überschritten werden.
- Jede Verzögerung verlängert die Zeit bis zum Widerspruchsbescheid.

Die Widerspruchsausschüsse tagen 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 **Untätigkeitsklage** erhoben werden. Nach einem ablehnenden Widerspruchsbescheid kann eine Klage eingeleitet werden.

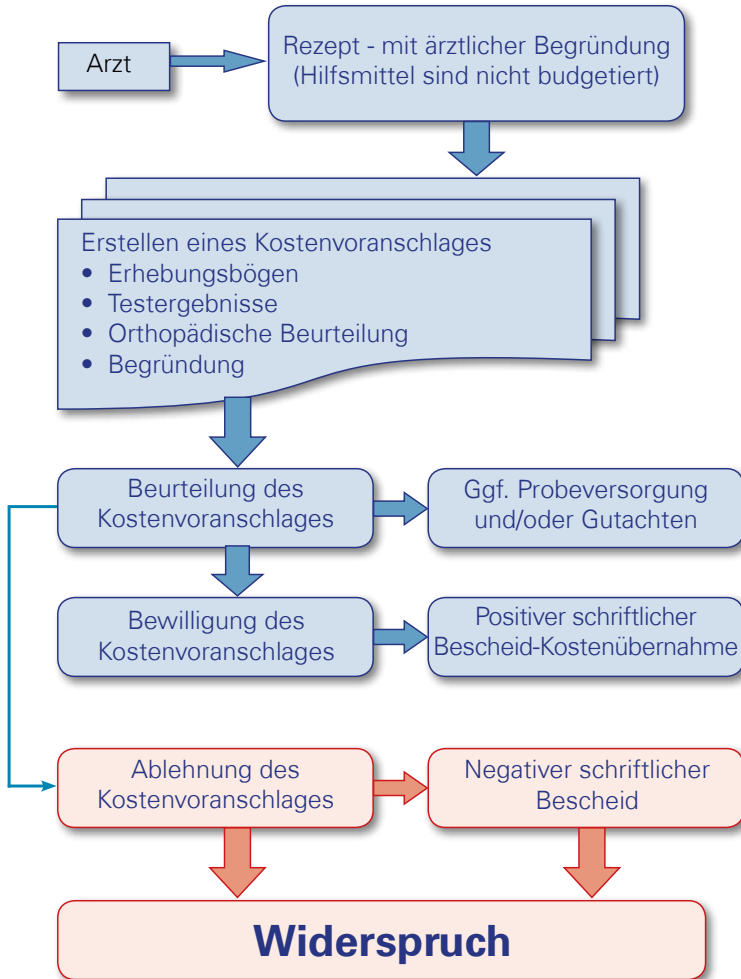


Abb. 2: Rechtlicher Ablauf der Prothesenversorgung I: Von der Verordnung bis zum Widerspruch

10 Der Klageweg der Sozialgerichtsbarkeit

10.1 Das erstinstanzliche Klageverfahren

Wird dem ablehnenden Bescheid aufgrund des Widerspruchs nicht abgeholfen, sondern der ablehnende Bescheid bestätigt, dann ist der Weg zum **Sozialgericht** eröffnet.

Wie beim Widerspruch ist die **Klage** innerhalb der **Frist von einem Monat** nach dem Eingang 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 Kammer muss den Sachverhalt aufklären. Es besteht auch kein Anwaltszwang, jeder Geschäftsfähige kann sich selbst vertreten.

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 Sitz oder 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.

Dabei ist zu beachten, dass die Kammer die Hintergründe des Klagebegehrens und die Geschehnisse auf dem Verwaltungsrechtsweg, d.h. von der Antragstellung über den Widerspruch bis zur Klageerhebung nicht kennt. Es sind detailliert und nachvollziehbar die Gründe der Klage vorzutragen, so dass das Gericht sich ein genaues Bild des Sachverhaltes machen kann. Deshalb empfiehlt es sich, alle Schreiben, sowohl die eigenen Schreiben an den Kostenträger als auch dessen Bescheide sorgsam aufzubewahren, da diese der lückenlosen Beweisführung vor Gericht dienen müssen.

Zur Gewährleistung des rechtlichen Gehörs wird ein Termin zur mündlichen Verhandlung anberaumt, in dem 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.

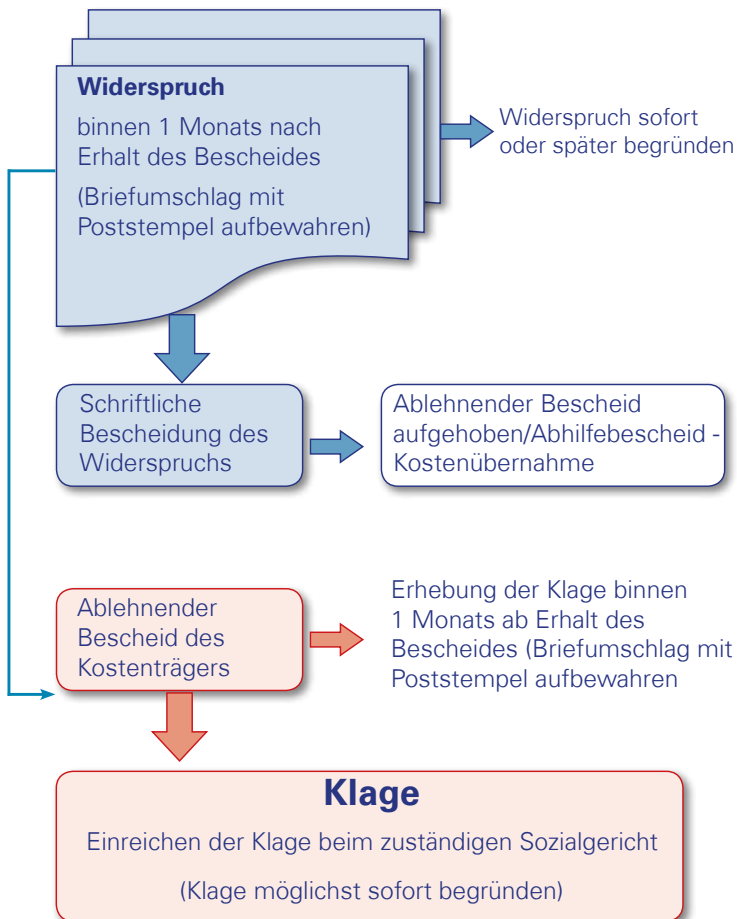


Abb. 3: Rechtlicher Ablauf der Prothesenversorgung II: Vom Widerspruch bis zur Klage

10.2 Der einstweilige Rechtsschutz

In besonders dringenden Fällen kann durch einen Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz ein subjektives Recht bereits vor einer Entscheidung im Hauptsacheverfahren wirksam geschützt werden.

Das sogenannte **Eilverfahren** ist nur dann statthaft, wenn eine etwaige Rechtsverletzung wegen der Dauer des Hauptsacheverfahrens fortgesetzt zu werden droht und das übliche Verfahren für einen wirksamen Rechtsschutz nicht ausreichend ist.

Der einstweilige Rechtsschutz darf keine vollendeten Tatsachen schaffen und trifft keine endgültige Entscheidung, weil die Vorwegnahme der Hauptsache grundsätzlich verboten ist.

Merkmale des vorläufigen Rechtsschutzes:

- Der vorläufige Rechtsschutz reduziert den Prüfungsmaßstab auf die sogenannte summarische Prüfung.
- Das Gericht kann ohne mündliche Verhandlung oder sonstige Anhörung auch des Gegners entscheiden und Fristen abkürzen.
- Die Entscheidung basiert auf den nachvollziehbar vorgetragenen und glaubhaft gemachten Tatsachen und der besonderen Eilbedürftigkeit.
- Die beantragte Entscheidung darf grundsätzlich nur „einstweilig“ sein, es ist daher nur in Ausnahmefällen möglich, im Wege der Einstweiligen Verfügung bereits die Erfüllung eines Anspruchs zu erreichen.

10.3 Das Berufungsverfahren

Wenn das Urteil der unterlegenen Partei nicht gerechtfertigt erscheint, besteht die Möglichkeit der **Berufung zur zweiten Instanz**, den **Landessozialgerichten**.

Auch die Berufung ist wieder an Fristen gebunden, die wie auch im Vorverfahren und der ersten Instanz unbedingt beachtet werden sollten. Innerhalb eines Monats nach der Zustellung des in vollständiger Form abgefassten Urteils, spätestens aber mit dem Ablauf von fünf Monaten nach der Verkündung muss die Berufungsschrift beim zuständigen Landessozialgericht eingegangen sein.

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.

10.4 Das Bundessozialgericht

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

Die höchstrichterliche Rechtsprechung der Revisionsinstanz wird bei wiederholten Urteilen zu einer Rechtsfrage zum Leitfaden und Maßstab der Rechtspflege. Während ein erstes Urteil noch nicht zwingend zur Änderung getroffener Entscheidungen der Kostenträger führt, umso nachhaltiger ist dann die ständige Rechtsprechung.

Bei Berufung auf die ständige Rechtsprechung muss der Gegner damit rechnen, dass er auch im streitigen Einzelfall zur Leistung verurteilt werden wird, sofern der Gang zum höchsten Gericht von den Landessozialgerichten zugelassen wird.

Dies ist nur dann der Fall, wenn eine umstrittene Rechtsfrage zur Klärung ansteht und über den Einzelfall hinaus von allgemeinem Interesse ist, das Urteil der Vorinstanz von der ständigen Rechtsprechung abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder wenn ein Verfahrensmangel der Vorinstanz geltend gemacht werden kann, der das Ergebnis des Verfahrens beeinflusst.

10.5 Die Kosten der Verfahren

Das Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist in allen Instanzen und damit auch beim Bundessozialgericht für den Bürger, der als Versicherter, sonstiger Leistungsempfänger oder als Behinderter klagt (beziehungsweise verklagt wird) gerichtskostenfrei.

Sonstige Kläger und Beklagte haben jedoch für jede Streitsache eine Gebühr (für das Verfahren vor den Sozialgerichten: 150 Euro, vor den Landessozialgerichten: 225 Euro, vor dem Bundessozialgericht: 300 Euro) zu entrichten, auch wenn die Entscheidung zu ihren Gunsten ausgeht.

Gerichtsgebühren nach Streitwert, wie auch in anderen Gerichtszweigen üblich, gelten schließlich in Verfahren, an denen kein Versicherter oder ähnlicher Bürger 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.

11 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 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 spätestens nach vier Jahren 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 darauf hinweisen, dass das Ziel in der Verbesserung der Gehfähigkeit liegt.

Was ist der Unterschied zwischen Mobilitätsklasse und Pflegestufe?

Beides ist nicht miteinander vergleichbar – bei der Pflegestufe ist Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung und ggf., aber nicht zwingend bei der Mobilität erforderlich. Es ist möglich, Hilfe bei der Grundpflege zu benötigen, aber 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).

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 Video 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 doppelt amputiert bin, könne ich laut Ablehnungsschreiben die Gebrauchsvorteile sowieso nicht nutzen. Was kann ich tun? Ist das rechtens?

Nein, es ist nicht rechtens – einen neuen Antrag stellen 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 auch der Service und die Reparaturen selbst finanziert werden. 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 ausschließen.

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 e. V.

Die Europäische Herstellervereinigung für Kompressionstherapie und Orthopädische Hilfsmittel (European manufacturers federation for compression therapy and orthopaedic devices), kurz: eurocom, wurde 1998 zunächst als Vereinigung der im deutschen und europäischen Markt agierenden Hersteller von Kompressionstherapie gegründet. In 2003 kamen Hersteller Orthopädischer Hilfsmittel (Bandagen, Orthesen, Prothesen, Einlagen) hinzu.

Aufgabe von eurocom ist es, die gemeinsamen Interessen der Hersteller gegenüber anderen Akteuren in der Gesundheitspolitik zu vertreten, beispielsweise der Ärzteschaft, den Krankenkassen, politischen Entscheidern sowie dem Fachhandel. Außerdem informiert eurocom über die Volkskrankheit Venenleiden und ihre Therapiemöglichkeiten mit Hilfe der Kompressionstherapie sowie über die neuesten Entwicklungen im Bereich der Orthopädischen Hilfsmittel.

Zur Erfüllung ihrer Aufgaben initiiert und unterstützt eurocom wissenschaftliche Studien und stößt den Wissenstransfer an. Sie gestaltet politische Prozesse aktiv mit, gibt einen Überblick über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen und schafft Branchentransparenz durch vierteljährliche Marktanalysen.

eurocom verfolgt das Ziel, das Wissen um den medizinischen Nutzen, die Wirksamkeit und die Kosteneffizienz von Kompressionstherapie und Orthopädischen Hilfsmitteln bei denen zu verankern, die über das Wohl der Patienten entscheiden.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe Prothetik

Blatchford Products Ltd. / endolite Deutschland GmbH
Holzstraße 5
95336 Mainleus
www.endolite.de

medi GmbH & Co. KG
Medicusstraße 1
95448 Bayreuth
www.medi.de

ORTHO-REHA Neuhof GmbH
Neuburger Straße 35
90451 Nürnberg
www.ortho-reha-neuhof.de

Össur Deutschland GmbH
Augustinusstraße 11 A
50226 Frechen
www.ossur.com

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

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

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

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 Mitgliedsfirmen von eurocom e. V. sowie von einer Fotoagentur zur Verfügung gestellt. Das sind v.l.n.r. nummeriert:

Össur Deutschland GmbH: Abbildung 1, 2 und 4

endolite Deutschland GmbH: Abbildung 3 und 5

Wilhelm Julius Teufel GmbH: Abbildung 6

Fotolia LLC: Abbildung unten



eurocom e.V.

**August-Klotz-Strasse 16 d
D-52349 Düren**

Phone: +49 (0) 2421 - 95 26 52

Fax: +49 (0) 2421 - 95 26 64

info@eurocom-info.de

www.eurocom-info.de