



DIE VERSORGUNG MIT MEDIZINISCHEN KOMPRESSIONSSTRÜMPFEN

**RECHTSRATGEBER FÜR
LEISTUNGSERBRINGER UND PATIENTEN**


eurocom
• WIR • ENTWICKELN • GESUNDHEIT •

Die Versorgung mit medizinischen Kompressionsstrümpfen

**Rechtsratgeber für
Leistungserbringer
und Patienten**

Inhaltsverzeichnis



8	<u>VORWORT</u>
10	1. <u>RECHTLICHE GRUNDLAGEN</u>
10	1.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen
10	1.2 Rechts- und Vertragsverhältnisse
12	2. <u>DER INDIVIDUELLE HILFSMITTELANSPRUCH DES GESETZLICH VERSICHERTEN</u>
12	2.1 Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung
13	2.2 Das Wirtschaftlichkeitsprinzip
14	2.3 Zubehör
15	2.4 Mehrfachversorgung
15	2.5 Hilfsmittel-Richtlinie
18	2.6 Hilfsmittelverzeichnis
19	3. <u>GESETZLICHE REGELUNGEN IM RAHMEN DER ANTRAGSTELLUNG</u>
19	3.1 Die Einhaltung von Fristen und die „Genehmigungsfiktion“
22	4. <u>GEWÄHRLEISTUNG, GARANTIE, NUTZUNGSDAUER, MINDESTGEBRAUCHSZEITEN</u>
29	5. <u>DIE PRODUKTHAFTUNG</u>

Inhaltsverzeichnis



31	6.	<u>DER MEDIZINISCHE DIENST DER KRANKENKASSEN</u>
34	7.	<u>DAS ANTRAGSVERFAHREN</u>
34	7.1	Die ärztliche Verordnung
35	7.2	Auswahl des Hilfsmittels
36	7.3	Genehmigung durch die Krankenkasse
38	7.4	Die gesetzliche Zuzahlung und wirtschaftliche Aufzahlung
40	8.	<u>DAS WIDERSPRUCHSVERFAHREN</u>
42	9.	<u>DER KLAGEWEG IN DER SOZIALGERICHTSBARKEIT</u>
42	9.1	Das erstinstanzliche Klageverfahren
43	9.2	Der einstweilige Rechtsschutz
45	9.3	Das Berufungsverfahren
46	9.4	Das Bundessozialgericht
46	9.5	Die Kosten der Verfahren
48	10.	<u>ANHANG</u>
48	10.1	Über eurocom e. V.
49	10.2	Mitglieder im Fachbereich Kompressionstherapie
51	10.3	Impressum



DR. ERNST POHLEN

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

VORWORT

Medizinische Kompressionsstrümpfe sind die Basistherapie bei der Behandlung venöser und lymphologischer Krankheitsbilder. Der behandelnde Arzt verschreibt Patienten, die beispielsweise an einer chronisch venösen Insuffizienz oder einem Lymphödem erkrankt sind, Kompressionsstrümpfe, der Patient wiederum sucht mit dem Rezept ein Sanitätshaus oder eine Apotheke auf, wo er die Kompressionsstrümpfe erhält. Die Krankenkasse, bei der der Patient versichert ist, übernimmt dann die hierfür vertraglich vereinbarten Kosten.

08/09

In aller Regel verläuft dieser Prozess ohne größere Schwierigkeiten. Dennoch gibt es auch bei der Versorgung mit medizinischen Kompressionsstrümpfen immer wieder Fälle, bei denen Krankenkassen die jeweilige Versorgung ablehnen oder es zu Unstimmigkeiten zwischen Patient und Sanitätshaus kommt.

Der vorliegende Rechtsratgeber will daher Antworten auf in der Praxis häufig auftretende Fragen geben. Er informiert über die rechtlichen Rahmenbedingungen der Versorgung mit medizinischen Kompressionsstrümpfen, den gesetzlich geregelten Anspruch des Patienten sowie den Ablauf der Versorgung und die Möglichkeiten, die der Patient hat, um sich gegen ablehnende Entscheidungen der Krankenkasse zu wehren.

Er wendet sich deshalb in erster Linie an Leistungserbringer und Patienten.

E. Pohlen

1. Rechtliche Grundlagen

1.1 GESETZLICHE RAHMENBEDINGUNGEN

Das Sozialrecht ist in Deutschland in zwölf Büchern (SGB I – SGB XII) geordnet. Im ersten Buch finden sich die für alle Bücher geltenden allgemeinen Regelungen, im vierten Buch sind die gemeinsamen Verwaltungsvorschriften für die Sozialversicherung angesiedelt, im siebten Buch wird die gesetzliche Unfallversicherung geregelt, die in der Regel über die Berufsgenossenschaften abgedeckt wird, und in den weiteren Büchern sind die Regelungen für die übrigen Kostenträger erfasst. Das zehnte Buch enthält gemeinsame Vorschriften zum Verwaltungsverfahren im Sozialrecht.

Alle Bestimmungen, die die Organisation, die Versicherungspflicht sowie die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie deren Rechtsbeziehungen zu den Leistungserbringern (Ärzte, orthopädietechnische Fachbetriebe bzw. Sanitätshäuser, Apotheken usw.) betreffen, sind im fünften Buch (SGB V) zusammengefasst.

1.2 RECHTS- UND VERTRAGSVERHÄLTNISSE

Die gesetzliche Krankenversicherung erfüllt in der Regel die Leistungsansprüche ihrer Versicherten nicht selbst. Hierzu bedient sie sich so genannter Leistungserbringer. Bei den Leistungserbringern handelt es sich um Ärzte, Krankenhäuser, Therapeuten, Sanitätshäuser oder Apotheken. Typisch

für Leistungserbringer ist, dass sie über eine entsprechende Zulassung, Präqualifizierung oder Versorgungsberechtigung im System der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen. Hinzu kommen zum Teil vertragliche Vereinbarungen (öffentlich-rechtliche Verträge), die z. B. im Hilfsmittelbereich zwischen den Hilfsmittelversorgern und den Krankenkassen zu finden sind.

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

Bei Streitigkeiten von Versicherten gegen ihre Krankenversicherung sind die Sozialgerichte zuständig.

10/11



Abb. 1: Rechts- und Vertragsverhältnisse in der Versorgungskette.

2. Der individuelle Hilfsmittelanspruch des gesetzlich Versicherten

Der Versorgungsanspruch des gesetzlich Versicherten auf Hilfsmittel wird in § 33 SGB V geregelt. Danach haben Versicherte Anspruch auf die Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen.

Dabei gilt der Grundsatz des Sachleistungsprinzips. Die Krankenkasse stellt medizinische Sach- und Dienstleistungen bereit. Der Versicherte nimmt Leistungen zur Krankenbehandlung, beispielsweise medizinische Hilfsmittel, von der Krankenkasse selbst in Anspruch, ohne dafür eine Rechnung vom Leistungserbringer zu erhalten. Er muss nicht selber in Vorleistung treten. Der Leistungserbringer rechnet mit der Krankenkasse ab.

2.1 SICHERUNG DES ERFOLGS DER KRANKENBEHANDLUNG

Medizinische Kompressionsstrümpfe sind die Basistherapie bei der Behandlung venöser und lymphologischer Erkrankungen. Sie werden außerdem begleitend bei allen anderen Behandlungsmethoden sowie zur Prophylaxe eingesetzt.



2.2 DAS WIRTSCHAFTLICHKEITSPRINZIP

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung müssen gemäß dem Wirtschaftlichkeitsgebot zwar ausreichend,

zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Eine Ablehnung mit der Begründung, ein Hilfsmittel sei zu teuer, ist gesetzlich aber unzulässig. Auch die teuerste Versorgung als solche ist per se nicht unwirtschaftlich. Das Wirtschaftlichkeitsprinzip erlaubt keinen Vergleich von „Äpfeln mit Birnen“. Nur funktionsgleiche und gleich geeignete Hilfsmittel dürfen miteinander verglichen werden. Ein Hilfsmittel ist also nur dann unwirtschaftlich, wenn ein preisgünstigeres Hilfsmittel zum gleichen Erfolg, nämlich der Sicherung der Krankenbehandlung, führt. Es muss in jedem Fall eine wirtschaftlichere Alternative aufgezeigt und bei Vorliegen der medizinischen Notwendigkeit dann auch bewilligt werden.

Ablehnende Entscheidungen müssen von den Krankenkassen begründet werden. Der Begründung müssen dabei die wesentlichen rechtlichen und tatsächlichen Gesichtspunkte für die Ablehnung zu entnehmen sein. Ein pauschaler Hinweis, das Hilfsmittel sei nicht notwendig und/oder nicht wirtschaftlich und ein einfaches Hilfsmittel reiche aus, ist dabei keine ausreichende Begründung.

In diesen Fällen ist von der Krankenkasse als Kostenträger zu erläutern, exakt welche Funktion des Hilfsmittels im Detail keinen Nutzen bringt und warum 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.

Versicherte können sich für eine höherwertige, das heißt über das medizinisch Notwendige hinausgehende, Hilfsmittelversorgung entscheiden (§ 33 Abs. 1 S. 5 SGB V).

Die hierdurch entstehenden Mehrkosten und dadurch bedingt höheren Folgekosten müssen sie selber tragen.

2.3 ZUBEHÖR

Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln umfasst nicht nur die Versorgung mit Kompressionsstrümpfen an sich. Versicherte, die Schwierigkeiten haben, ihre Kompressi-

onsstrümpfe an- und ausziehen, können von ihrem behandelnden Arzt zusätzlich spezielle An- und Ausziehhilfen verordnet bekommen. Diese müssen den Versicherten dann ebenso von der gesetzlichen Krankenversicherung als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden.

2.4 MEHRFACHVERSORGUNG

Medizinische Kompressionsstrümpfe müssen täglich getragen werden. Da Kompressionsstrümpfe aber auch täglich gewaschen werden sollten, ist es angeraten, eine Mehrfachausstattung zu verordnen. Eine solche Mehrfachausstattung mit Hilfsmitteln ist dann möglich, wenn dies aus medizinischen, hygienischen oder sicherheitstechnischen Gründen notwendig oder aber aufgrund der besonderen Beanspruchung durch den Versicherten zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Dies gilt beispielsweise bei der Erstversorgung mit medizinischen Kompressionsstrümpfen. Hierbei kann aus hygienischen Gründen ein zweites Paar Kompressionsstrümpfe zum Wechseln verordnet werden (vgl. § 6 Abs. 8 Hilfsmittel-Richtlinie).

14/15

2.5 HILFSMITTEL-RICHTLINIE

Mit der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung – Hilfsmittel-Richtlinie – soll die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Stands der medizinischen Erkenntnisse sichergestellt werden. Die Richtlinie ist für die Versicherten, die Krankenkassen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen sowie die Leistungserbringer verbindlich. Die Hilfsmittel-Richtlinie konkretisiert den Anspruch des Versicherten auf die Versorgung mit Hilfsmitteln. Die Versorgung des Versicherten mit Kompressionsstrümpfen muss demnach nach pflichtgemäßem Ermessen sowie nach den Regeln der ärztlichen Kunst und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen

Erkenntnisse erfolgen und ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein (§ 6 Abs. 1 Hilfsmittel-Richtlinie).

Gemäß § 7 Hilfsmittel-Richtlinie muss die Verordnung auf dem entsprechenden Vordruck-Muster (Muster 16) vorgenommen werden. Die Vordrucke müssen vollständig ausgefüllt werden, die Verwendung von Stempeln, Aufklebern u. ä. ist nicht zulässig. Der Arzt ist zudem gehalten, auf dem Vordruck-Muster entweder die so genannte Produktart entsprechend dem Hilfsmittelverzeichnis oder die siebenstellige Positionsnummer anzugeben.

Allerdings räumt die Hilfsmittel-Richtlinie dem Arzt bei der Verordnung von Hilfsmitteln einen breiten Handlungsspielraum ein: Im Rahmen seiner Therapiefreiheit und -hoheit kann er entscheiden, dass ein spezielles Hilfsmittel erforderlich ist. In diesen Fällen hat er die Möglichkeit, eine Einzelproduktverordnung durchzuführen. Diese erfolgt bei einem im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Produkt durch Verwendung der zehnstelligen Positionsnummer, bei einem nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Produkt durch namentliche Nennung. In beiden Fällen der Einzelproduktverordnung ist eine entsprechende patientenindividuelle Begründung erforderlich. Um Nachfragen durch die Krankenkassen und damit Mehrarbeit in der Praxis zu vermeiden, ist es – insbesondere bei zu genehmigenden Hilfsmitteln – empfehlenswert, die Einzelproduktverordnung auf dem Rezept zu begründen. Ein Grund kann dabei beispielsweise sein, dass nur ein bestimmtes Produkt die für die Behandlung medizinisch notwendigen funktionalen Eigenschaften besitzt oder dass der Arzt bei einer spezifischen Indikation produktspezifische Ausstattungen oder Merkmale als notwendig erachtet.

Sonderfall Entlassmanagement

In der Regel erfolgen Hilfsmittelverordnungen durch die niedergelassenen Ärzte. Da viele Patienten ihr Hilfsmittel jedoch häufig schon beim Übergang von der stationären Versorgung im Krankenhaus in den häuslichen Bereich benötigen, hat

der Gesetzgeber das Entlassmanagement speziell in § 39 Abs.1a SGB V geregelt. Danach können jetzt auch Krankenhäuser und Rehakliniken den Versicherten im Rahmen der Entlassung für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen häusliche Krankenpflege, Heilmittel, Hilfsmittel und Soziotherapie sowie Arzneimittel verordnen und für diesen Zeitraum auch eine etwaige Arbeitsunfähigkeit feststellen. Infolgedessen hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Dezember 2015 u. a. die Hilfsmittel-Richtlinie geändert.

Nach § 6a Hilfsmittel-Richtlinie kann das Krankenhaus nun im Rahmen des Entlassmanagements wie ein Vertragsarzt Hilfsmittel für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung verordnen, soweit es für die Versorgung des Versicherten **unmittelbar** nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlich ist. **Nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel, beispielsweise Orthesen oder medizinische Kompressionsstrümpfe, können vom Krankenhaus auch über diese Sieben-Tage-Frist hinaus verordnet werden.** Entscheidendes Kriterium ist, dass der Versicherte beim Verlassen des Krankenhauses auf das Hilfsmittel angewiesen ist.

Bei Hilfsmitteln, die einer individuellen Anfertigung und einer ärztlichen Nachkontrolle nach der Entlassung bedürfen und zur dauerhaften Versorgung vorgesehen sind, wird nicht von einer unmittelbaren Erforderlichkeit ausgegangen. Das gilt beispielsweise für Prothesen und Hörgeräte.

Begründete Ausnahmen hiervon sind jedoch zulässig. Das ist insbesondere für die individuelle Kompressionsstrumpfversorgung bei Entlassung aus dem Krankenhaus von Bedeutung. Zur Sicherstellung der ununterbrochenen, kontinuierlichen Versorgung müssen die individuellen Kompressionsstrümpfe bei Entlassung vorliegen, da ansonsten der Therapieerfolg gefährdet ist und die Versorgung fehlschlagen kann. Eine begründete Ausnahme, die eine Verordnung eines individuell gefertigten Hilfsmittels durch das Krankenhaus gestattet, würde damit vorliegen.

2.6 HILFSMITTELVERZEICHNIS

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt gemäß § 139 SGB V ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis, in dem von der Leistungspflicht umfasste Hilfsmittel aufgeführt sind. Das Hilfsmittelverzeichnis ist aktuell in 33 so genannte Produktgruppen gegliedert. Hilfsmittel zur Kompressionstherapie, zu denen medizinische Kompressionsstrümpfe gehören, sind in der Produktgruppe 17 zusammengefasst. Das Hilfsmittelverzeichnis dient als Orientierungshilfe und ist nicht abschließend, es ist keine Positivliste. Das bedeutet, dass auch Hilfsmittel, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind, zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet und genehmigt werden können.

3. Gesetzliche Regelungen im Rahmen der Antragstellung

18/19

3.1 DIE EINHALTUNG VON FRISTEN UND DIE „GENEHMIGUNGSFIKTION“

Die wohl weitreichendste Gesetzesänderung für Versicherte 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. Die Information, ob die Krankenkasse diese einhalten kann, erhält dabei nur der Patient. Der Leistungserbringer wird nicht durch die Krankenkasse informiert.

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

„Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von 3 Wochen nach Antrags-
eingang zu entscheiden. In Fällen, in denen eine gutachtliche
Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes
der Krankenversicherung (MDK), eingeholt wird, muss die
Krankenkasse innerhalb von 5 Wochen nach Antrags-
eingang



entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und den Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der MDK nimmt innerhalb von 3 Wochen gutachtlich Stellung.

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

Es handelt sich hierbei um eine sogenannte Genehmigungsfiktion. Der Gesetzgeber setzt sich an die Stelle der Krankenkasse, die nicht fristgerecht entschieden hat. Damit gilt die Sachleistung als genehmigt.

Mit Urteil vom 08. März 2016 (B 1 KR 25/15 R) hat das Bundessozialgericht (BSG) sich erstmalig mit der Wirkung der Genehmigungsfiktion bei Fristversäumnis beschäftigt. Gerade im Hinblick auf die Erforderlichkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistung war die Wirkung der Genehmigungsfiktion auf Ebene der Landessozialgerichte umstritten. In dem vom Bundessozialgericht entschiedenen Fall ging es um einen Kostenerstattungsanspruch auf Versorgung mit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. Der entsprechende Antrag wurde von der Krankenkasse nicht innerhalb der 3-Wochenfrist beschieden, so dass nach Ausführungen des BSG der Anspruch aufgrund der Genehmigungsfiktion bestand. Der Kläger konnte auch subjektiv von der Erforderlichkeit der Leistung ausgehen, da es sich nicht offensichtlich um eine außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung stehende Leistung handelte und auch die entsprechende Einschätzung der Erforderlichkeit seiner Therapeuten vorlag.

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 fertig sein Gutachten binnen drei Wochen.

Nach der oben genannten Entscheidung des BSG führt das Fristversäumnis ohne die erforderlichen schriftlichen Mitteilungen zur Genehmigungsfiktion und begründet damit einen Naturalleistungsanspruch bzw. bei selbst beschafften Leistungen einen Kostenerstattungsanspruch.

Das heißt, der Versicherte kann bei Eintritt der Genehmigungsfiktion von seiner Krankenkasse die Versorgung mit der beantragten Leistung oder, wenn er nach Ablauf der Frist die Leistung selbst beschafft hat, die Zahlung an ihn verlangen.

4. Gewährleistung, Garantie, Nutzungsdauer, Mindestgebrauchszeiten

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

In § 33 SGB V heißt es dazu:

„Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und Kontrollen.“



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

Der Begriff der **Gewährleistung** hat seit der Schuldrechtsreform eine grundlegende Änderung erfahren. Heute spricht man von der so genannten Mängelhaftung, die dem Käufer im Rahmen eines Kaufvertrags zusteht, und erfasst mit die-

sem Begriff die Ansprüche bei Vorliegen eines Mangels.

Die Gewährleistung oder Mängelhaftung z. B. beim Kauf, bei der der Verkäufer dafür einzustehen hat, dass die verkaufte Sache frei von Sach- und Rechtsmängeln ist, beträgt gegenüber Verbrauchern zwei Jahre nach Kauf und ist in den §§ 437 ff. BGB geregelt. Der Verkäufer haftet für alle Mängel, die schon zum Zeitpunkt des Verkaufs bestanden haben – auch für solche, die erst später bemerkt werden. Er haftet hingegen nicht für Verschlechterungen, Abweichungen von vereinbarten Eigenschaften und Fehlern, die erst nach diesem Zeitpunkt auftreten und deren Ursache nicht schon in dem Produkt angelegt war. **Auch natürlicher Verschleiß und Verbrauch sind keine Mängel.**

Zugunsten des Verbrauchers wird in den ersten sechs Monaten nach Übergabe des Kaufgegenstandes vermutet, dass die Ware schon zum Lieferzeitpunkt mangelhaft war, es sei denn, diese Vermutung ist mit der Art der Sache oder des Mangels unvereinbar (so genannte Beweislastumkehr). Eine Ausnahme von dieser Beweislastumkehr besteht auch in den Fällen, in denen der Verkäufer nachweisen kann, dass der Mangel zum Zeitpunkt der Lieferung noch nicht bestand. Bemerkt der Verbraucher erst sechs Monate nach dem Kauf den Mangel, muss er beweisen, dass der Kaufgegenstand schon bei der Übergabe mangelhaft war.

Auch für den gesetzlich Versicherten und den Leistungserbringer hat die Gewährleistung eine Bedeutung. Hat der Versicherte, der in diesem Fall wie ein Käufer behandelt wird, nämlich eine mangelhafte Ware, also ein fehlerhaftes Hilfsmittel, erhalten, stehen ihm grundsätzlich folgende gesetzliche Rechte zu:

- Zuerst hat er bei Vorliegen eines Mangels den Anspruch auf Nacherfüllung. Hierbei kann er nach seiner Wahl die Beseitigung des Mangels oder die Lieferung einer mangelfreien Sache verlangen (§ 439 BGB).

Schlagen die Nachbesserungsversuche, von denen dem Verkäufer (Leistungserbringer) zwei Versuche zustehen, aber fehl,

- steht dem Käufer (Versicherten) ein Rücktrittsrecht nach § 440 BGB zu.
- Statt zurückzutreten, kann er auch den Kaufpreis nach § 441 BGB mindern und
- ggf. Schadensersatz verlangen.

Der Rücktritt führt zu einer Rückabwicklung des Vertrages. Das bedeutet, dass bereits ausgetauschte Leistungen (also bei einem Kauf der gezahlte Kaufpreis und die erhaltene Ware) zurückgewährt werden müssen. Wenn die Leistungen noch nicht ausgetauscht wurden, also die Ansprüche – z.B. auf Kaufpreiszahlung – noch nicht erfüllt wurden, so erlöschen diese.

Von der Gewährleistung zu unterscheiden ist der im Sprachgebrauch oft fälschlicherweise synonym genutzte Begriff der **Garantie**. Eine Garantie ist eine freiwillige Zusicherung des Garanten, dass die Sache eine bestimmte Eigenschaft aufweist. Dabei handelt es sich um ein zusätzliches, freiwillig angebotenes vertragliches Versprechen.

Die Garantie sichert eine unbedingte Schadensersatzleistung zu. Die Gewährleistung definiert eine zeitlich befristete Nachbesserungsverpflichtung und gilt ausschließlich für Mängel, die zum Zeitpunkt der Herstellung/des Kaufs bereits bestanden. Die Garantie beinhaltet also eine freiwillige Selbstverpflichtung des Händlers oder Herstellers.

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 Produktes eingeschränkt.

Die vom Hersteller des Hilfsmittels nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) festgelegte maximale Nutzungsdauer beschreibt, wie lange das Produkt sicher genutzt werden kann. Die Nutzungsdauer beginnt dabei mit der Ingebrauchnahme durch den Versicherten.

Für medizinische Kompressionsstrümpfe gilt eine Nutzungsdauer von sechs Monaten bei normalem und bestimmungsgemäßem Gebrauch. Nach diesem Nutzungszeitraum auftretende Verschlechterungen und Schäden werden durch die Gewährleistungsansprüche nicht mehr erfasst. Das heißt, die maximale Nutzungsdauer befristet die vereinbarte Gewähr für die Beschaffenheit des Produkts. **Leiert z.B. der medizinische Kompressionstrumpf nach sechs Monaten aus, stellt dies keinen Mangel dar, da keine längere Nutzungsdauer vereinbart wurde.**

Dies ergibt sich auch aus den Gebrauchsinformationen der Hersteller medizinischer Kompressionsstrümpfe, in denen es beispielhaft wie folgt heißt:

„Unsere Kompressionsstrümpfe verfügen bei regelmäßigem Gebrauch und ordnungsgemäßer Pflege über eine Lebensdauer von sechs Monaten. In diesem Zeitraum besteht für Sie ein Anspruch auf Gewährleistung. Das bedeutet, dass die von uns als Hersteller in Verbindung mit dem Gütezeichen garantierten Eigenschaften, wie der medizinisch korrekte Druckverlauf sowie faltenfreier und rutschfester Sitz und damit die benötigte Wirksamkeit, für diesen Zeitraum gewährleistet sind. Ausgeschlossen davon sind in der Regel Mängel, die durch üblichen Verschleiß, wie z.B. kleine Faserknötchen, oder unsachgemäßem Gebrauch entstehen können. Durch das tägliche Waschen und Tragen der Strümpfe wird der in das Gestrick eingelegt Schussfaden, der für die Kompressionswirkung sorgt, beansprucht. Nach Ablauf der sechs Monate ist daher die volle medizinische Kompressionswirkung nicht mehr in jedem Fall gegeben und die Strümpfe sollten ausgetauscht werden, um zu einer erfolgreichen Therapie beitragen zu können.“

Zur Verdeutlichung dienen die folgenden Beispiele:

1. Ein Versicherter erhält einen passgerechten und mangelfreien Kompressionsstrumpf, was er dem Leistungserbringer auch schriftlich bestätigt. Nach vier Monaten fordert der Versicherte z. B. wegen einer Laufmasche oder einer durchgelaufenen Ferse am Strumpf im Wege der Gewährleistung einen neuen (kostenlosen) Kompressionsstrumpf vom Leistungserbringer. Da jedoch der Versicherte bei Erhalt des Kompressionsstrumpfes die Fehlerfreiheit bestätigt hat, ist in einem solchen Fall davon auszugehen, dass die Laufmasche durch ein Missgeschick des Versicherten oder durch erhöhten Verschleiß entstanden ist. In diesem Fall hat der Versicherte keinen Anspruch auf den Erhalt eines neuen (kostenlosen) Kompressionsstrumpfes durch den Leistungserbringer, denn der Kompressionsstrumpf war bei Erhalt

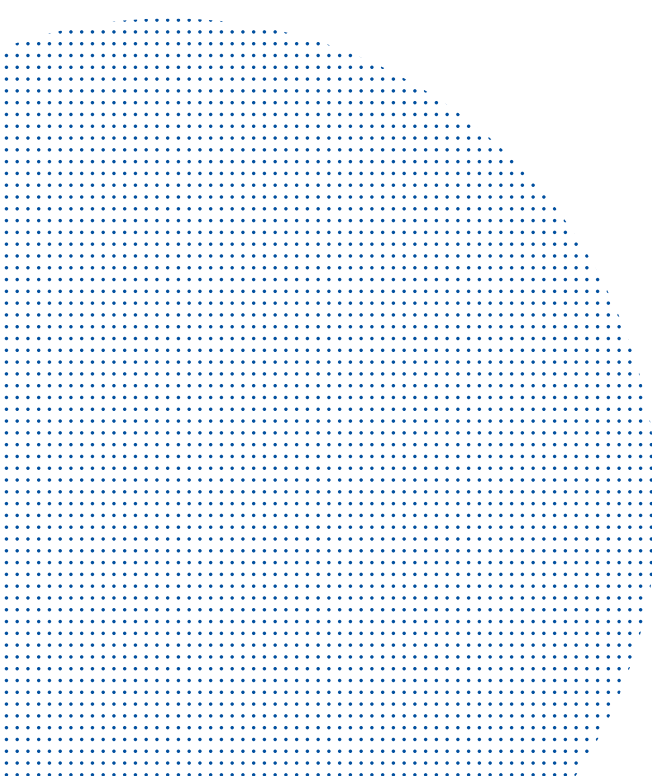
mangelfrei. Auch gegen den Hersteller besteht in einem solchen Fall kein Anspruch auf Erhalt eines neuen (kostenlosen) Kompressionsstrumpfes. In der Regel werden in den Gebrauchsinformationen der Hersteller ausdrücklich Mängel, die durch üblichen Verschleiß oder durch unsachgemäße Handhabung entstehen, ausgenommen (siehe hierzu oben zitierter beispielhafter Auszug aus der Gebrauchsinformation eines Herstellers medizinischer Kompressionsstrümpfe). Es ist jedoch möglich, dass der behandelnde Arzt bei erhöhtem, beispielsweise berufsbedingtem Verschleiß vor Ablauf der sechs Monate eine Folgeverordnung ausstellt.

2. Ein Versicherter erhält von seinem Leistungserbringer die verordneten Kompressionsstrümpfe. Eine Anprobe findet nicht statt. Der Versicherte stellt bei der ersten Anprobe zu Hause fest, dass die Kompressionsstrümpfe nicht passen, weil sie zum Beispiel rutschen. Die fehlerhafte Passform stellt einen Mangel dar und es ist davon auszugehen, dass dieser Mangel bei Übergabe bereits vorlag. In diesem Fall hat der Versicherte Anspruch auf die Mangelbeseitigung, also zunächst auf Neulieferung passgerechter Kompressionsstrümpfe.

3. Bei Abgabe der Kompressionsstrümpfe erfolgt im Geschäft des Leistungserbringers eine Anprobe. Der passgerechte Sitz der Kompressionsstrümpfe wird dabei vom Leistungserbringer überprüft. Der Versicherte bestätigt dem Leistungserbringer schriftlich, dass die Passform in Ordnung ist, also die Mangelfreiheit der Kompressionsstrümpfe. Einige Wochen später beschwert sich der Versicherte bei dem Leistungserbringer, dass die Kompressionsstrümpfe nicht passen würden. In diesem Fall ist nicht davon auszugehen, dass die Kompressionsstrümpfe bei Abgabe mangelhaft waren, denn der Versicherte hat die Mangelfreiheit durch die Anprobe überprüft und schriftlich bestätigt. Dem Versicherten steht kein Gewährleistungsanspruch zu.

4. Der Versicherte erhält korrekt sitzende Kompressionsstrümpfe und trägt diese länger als sechs Monate. Nach Ablauf von sechs Monaten fangen die Kompressionsstrümpfe an zu rutschen. In diesem Fall steht dem Versicherten kein Anspruch auf Neulieferung o. ä. zu, da die Nutzungsdauer der Kompressionsstrümpfe überschritten ist. Es ist kein Mangel, wenn nach Ablauf der Nutzungsdauer die Kompressionsstrümpfe nicht mehr korrekt sitzen.

Dies sind nur verkürzte Beispiele. In der Praxis muss jeder Sachverhalt im Einzelfall überprüft und bewertet werden. Auch müssen die Leistungserbringer die Inhalte der Verträge mit den gesetzlichen Krankenkassen beachten, da auch Regelungen bezüglich der Gewährleistung Vertragsinhalt sind bzw. sein können.



5. Die Produkthaftung

Bei der Mängelhaftung richtet der Käufer, wie dargelegt (siehe Kapitel 4), seine Ansprüche direkt an seinen Händler. Bei der Produkthaftung hingegen bestehen Ansprüche direkt gegen den Hersteller oder Produzenten. Sie umfasst weitere Schäden an Leben, Gesundheit, Eigentum und weiteren Rechtsgütern, die gerade durch die Mangelhaftigkeit der Sache entstanden sind.

28/29

Bei der Produkthaftung besteht im Gegensatz zu den Mängelgewährleistungsrechten nicht die Möglichkeit der Nachbesserung.

Bei Überschreiten der Nutzungsdauer besteht keine Haftung nach dem Produkthaftungsgesetz.

Sobald ein Produkt in den Verkehr gebracht wurde, hat der Hersteller eine Pflicht zur Produktbeobachtung mit entsprechendem Handlungsbedarf je nach aufgetretenem Fehler. Dieser Handlungsbedarf reicht von der nachträglichen Aufklärung bzw. Warnung bis hin zum Rückruf. Um eine Haftung auszuschließen, sollten daher folgende Punkte von dem Hersteller beachtet werden:

- Der Gebrauch des Produktes – 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 oder 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 den laufenden Produktionen sowie zur Aufklärung bei bereits verkauften Produkte, je nach Fall bis hin zum Rückruf bereits verkaufter Produkte.

Hilfsmittel, 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, in dem er deutliche Warnhinweise des Herstellers ignoriert hat.

6. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen

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

30/31

Die Aufgaben des MDK sind in § 275 SGB V niedergelegt.

Die Gutachten des MDK sollten bereits beim Widerspruch des Versicherten (siehe hierzu auch Kapitel 8) zur Prüfung herangezogen werden, wenn eine Ablehnung auf der Empfehlung des MDK beruht. Nicht selten halten die Gutachten einer Prüfung nicht stand. Die darauf basierende Entscheidung der Krankenkasse ist demzufolge rechtlich nicht haltbar.

Die Krankenkasse ist nicht verpflichtet, der Empfehlung des MDK zu folgen. Wenn der Versicherte gute Gründe für eine bestimmte Hilfsmittelversorgung anführen kann und der Preisunterschied nicht übermäßig unterschiedlich ist, kann der zuständige Sachbearbeiter der Krankenkasse unabhängig vom Votum des MDK entscheiden. In diesem Zusam-

menhang 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. Jeder Versicherte hat einen Anspruch darauf, dass ihm die Krankenkasse im Rahmen des Akteneinsichtsrechts gem. § 25 SGB X die Akte zur Einsicht oder eine Kopie des MDK-Gutachtens zur Verfügung stellt.

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

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

Die Begutachtung nach Aktenlage verweigert den Versicherten das Recht auf eine selbstbestimmte medizinische Behandlung und ersetzt eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung durch einen bürokratischen Verwal-

tungsakt. Eine isolierte Begutachtung nach Aktenlage kann als Verletzung der Sorgfaltspflicht nach §§ 276 BGB, 76 Abs. 4 SGB V aufgefasst werden, die die Gefahr eines gesundheitlichen Schadens beim Versicherten grob fahrlässig verursachen kann. Dies kann einen zivilrechtlichen Schadenersatzanspruch des Versicherten nach sich ziehen.

7. Das Antragsverfahren

Für Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen im Hilfsmittelbereich bedarf es in der Regel eines Antrages. Das Antragsverfahren wird im Folgenden beispielhaft dargestellt.

7.1 DIE ÄRZTLICHE VERORDNUNG

Vor der Versorgung mit einem medizinischen Kompressionsstrumpf steht zunächst der Besuch bei einem Arzt – entweder bei einem Hausarzt oder einem auf Venenerkrankungen spezialisierten Facharzt (Phlebologe) –, der auf Grundlage der Diagnose eine Behandlung einleitet und eine Verordnung für medizinische Kompressionsstrümpfe ausstellt.

Dabei richtet sich die Verordnung nach der jeweiligen Diagnose, d. h. der Arzt wählt auf Grundlage des individuellen Beschwerdebildes aus, wie lang der Kompressionsstrumpf sein muss (Knie-, Schenkel-, Oberschenkelstrumpf oder Strumpfhose) und welche Kompressionsklasse (I bis IV) erforderlich ist.

Das Rezept sollte daher neben der Diagnose möglichst genaue Angaben über den erforderlichen Kompressionsstrumpf enthalten (siehe Rezeptbeispiele).

Rezeptbeispiel 1 (links):

Diagnose: Lymphödem Stadium II

1 Stück Kompressionsstrumpfhose (AT) flachgestrickt, CCL 3 offene Fußspitze mit Lymphpad gerippt (Wade rechts) Maßanfertigung.

Rezeptbeispiel 2 (rechts):

Diagnose: Chronisch venöse Insuffizienz Stadium I mit geringer Ödemneigung

1 Paar Kompressionschenkelstrümpfe (AG) CCL 1 mit Spitzenhaftband geschlossene Fußspitze

Abb. 3: Rezeptbeispiele

In der Regel verordnet der Arzt eine so genannte Produktart, also beispielsweise einen rundgestrickten Wadenstrumpf, und kein Einzelprodukt eines bestimmten Herstellers. Das konkrete Einzelprodukt wird anschließend im Sanitätshaus oder in der Apotheke ausgewählt. Der Arzt kann aber in begründeten Fällen auch einen bestimmten Kompressionsstrumpf verordnen.

7.2 AUSWAHL DES HILFSMITTELS

Auf Grundlage der ärztlichen Verordnung erfolgt die konkrete Auswahl des Kompressionsstrumpfes bei einem Leistungserbringer, der mit der Krankenkasse des Versicherten einen Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln hat. Dies kann ein Sanitätshaus oder eine Apotheke sein. Die jeweilige Krankenkasse muss ihre Versicherten darüber informieren, welcher Leistungserbringer versorgungsberechtigt ist.

Vor der Auswahl des Kompressionsstrumpfes müssen Arme bzw. Beine des Versicherten sorgfältig vermessen werden. Das gibt dem Leistungserbringer einen Hinweis darauf, welche Größe benötigt wird und ob er einen Serienstrumpf abgeben kann oder ein Maßstrumpf erforderlich ist. Der korrekte Sitz des Kompressionsstrumpfes ist auch deshalb wichtig, weil er nur dann medizinisch wirksam ist. Kompressionsstrümpfe, die einschnüren oder rutschen, werden zudem in der Regel vom Versicherten nicht getragen. Das kann zur Folge haben, dass sich das Krankheitsbild verschlechtert.

Zu den Aufgaben des Leistungserbringers zählt auch die Einweisung in die Handhabung des Kompressionsstrumpfes. Das heißt, er erklärt dem Versicherten, wie der Kompressionsstrumpf wirkt, wie er richtig an- und ausgezogen und wie er gepflegt wird.

7.3 GENEHMIGUNG DURCH DIE KRANKENKASSE

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

Allerdings kann die Krankenkasse auf diese Genehmigung auch verzichten, beispielsweise indem sie in den Verträgen mit den Leistungserbringern so genannte Genehmigungsfreigrenzen vereinbart.

Alle Hilfsmittelversorgungen bis zu dieser Genehmigungsfreigrenze – und hierzu zählen in der Regel auch die Versorgungen mit rundgestrickten Serien-Kompressionsstrümpfen – können demnach ohne vorherige Genehmigung vorgenommen werden. Für flachgestrickte Kompressionsstrümpfe oder Maßversorgungen ist zumeist eine Genehmigung erforderlich.

Hält sich die Krankenkasse nicht an die gesetzlich geregelten Fristen hinsichtlich der Genehmigung, greift das Patientenrechtegesetz (siehe Kapitel 3.1).

.....

Verordnung eines medizinischen Kompressionsstrumpfes durch den Arzt (z. B. Hausarzt oder auch Facharzt) nach entsprechender Diagnosestellung



Einleitung des Antragsverfahrens durch das aufgesuchte Sanitätshaus: Einreichung eines Kostenvoranschlages an die zuständige gesetzliche Krankenkasse (z. B. für Kompressionsstrümpfe bei Lymphödemen)



Prüfung des Antrages bei der Krankenkasse und Bewilligung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse – Information an den Versicherten und in der Regel an das Sanitätshaus



Auswahl des Kompressionsstrumpfes und Versorgung des Versicherten entsprechend der Bewilligung

7.4 DIE GESETZLICHE ZUZAHLUNG UND WIRTSCHAFTLICHE AUFZAHLUNG

Die Krankenkasse übernimmt die mit den Leistungserbringern vertraglich vereinbarten Preise für die jeweiligen Hilfsmittel (§ 33 Abs. 7 SGB V).

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, müssen bei jeder zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgten Hilfsmittelversorgung 10 % des Abgabepreises dazuzahlen (§ 33 Abs. 8 SGB V). Diese gesetzliche Zuzahlung beträgt mindestens 5,00 Euro, höchstens jedoch 10,00 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Hilfsmittels. Hilfsmittel, die im Zusammenhang mit Schwangerschaft oder Entbindung verordnet werden, sind von der Zuzahlungspflicht befreit.

Die Zuzahlungspflicht ist beschränkt. Pro Kalenderjahr haben Versicherte nur Zuzahlungen bis zur Höhe von 2 % ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen zu leisten, für chronisch Kranke ist dieser Betrag auf 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen reduziert. Ist diese so genannte Belastungsgrenze überschritten, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr vom Versicherten zu leisten sind.

Von der gesetzlichen Zuzahlung ist die wirtschaftliche Aufzahlung, die von einigen Leistungserbringern bei der Abgabe von Kompressionsstrümpfen zusätzlich erhoben wird, zu unterscheiden.

Seit Anfang des Jahres 2005 gelten für einige Hilfsmittel bundesweit einheitliche Festbeträge als fixe Vergütungs- bzw. Abrechnungspreise. Festbeträge werden nicht für jedes Produkt einzeln festgesetzt, stattdessen wurden die betroffenen Hilfsmittel in sechs Festbetragsgruppen eingeteilt. Derzeit gelten für Einlagen, Hörhilfen, Inkontinenzhilfen, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie, Sehhilfen und Stomaartikel Festbeträge.

Der Leistungserbringer erhält maximal nur diesen fest-

gesetzten Preis von der Krankenkasse, unabhängig vom empfohlenen Verkaufspreis des Herstellers. Es kann vorkommen, dass der Festbetrag gelegentlich unter der „Wirtschaftlichkeitsgrenze“ des Leistungserbringers liegt. In diesen Fällen fordert der Leistungserbringer teilweise Aufzahlungen, also Beträge, die der Versicherte zu zahlen hat, damit er seine Leistungen kostendeckend abgeben kann. Wird ein Alternativprodukt eines anderen Herstellers mit den gleichen Eigenschaften und einem abweichenden Verkaufspreis angeboten und vom Versicherten ausgewählt, kann sich diese wirtschaftliche Aufzahlung erhöhen oder vermindern. Außerdem ist in vielen Versorgungsverträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen festgelegt, dass der Leistungserbringer dem Versicherten mindestens ein aufzahlungsfreies Produkt anbieten muss.

Von der wirtschaftlichen Aufzahlung ist der Fall zu trennen, wenn ein Versicherter einen Kompressionsstrumpf wünscht, der Eigenschaften aufweist, die über das medizinisch Notwendige hinaus gehen und der dadurch teurer ist als ein Kompressionsstrumpf, der diese Eigenschaften nicht aufweist. Der Versicherte muss in diesen Fällen die entstehenden Mehrkosten selber tragen. Solche Eigenschaften können z. B. modische Verzierungen mit Schmucksteinchen am Kompressionsstrumpf sein oder dass der Strumpf während des Tragens eine hautpflegende Substanz abgibt.

8. Das Widerspruchsverfahren

Wenn die Entscheidung nicht im Sinne des Versicherten ausgefallen ist, die Krankenkasse also den Antrag auf Versorgung abgelehnt hat, kann innerhalb eines Monats ab Eingang des Bescheides Widerspruch eingelegt werden. Der Widerspruch muss innerhalb dieser Monatsfrist beim Kostenträger eingehen. Ist der Bescheid beispielsweise am 12. eines Monats beim Versicherten eingegangen, so muss der Widerspruch am 12. des Folgemonats dem Kostenträger zu gehen. Der Widerspruch muss schriftlich eingelegt werden. Um das Schriftformerfordernis zu wahren, reicht eine E-Mail nicht aus.

Bei der Begründung des Widerspruchs ist darauf zu achten, die Argumente der Ablehnung zu widerlegen. Es sollten bezogen auf die Ablehnungsgründe neue, patientenbezogene 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 zulässig.

-
- Weder Bescheide noch die Widerspruchsverfahren dienen in einem möglichen späteren Gerichtsverfahren als Beweismittel. Selbst wenn einer ablehnenden Entscheidung die gesetzlich vorgesehene Begründung fehlt, führt dies nicht automatisch zur Aufhebung der ablehnenden Entscheidung und insbesondere nicht zur Bewilligung des Hilfsmittels.
 - Eine inhaltlich gute Begründung im Widerspruch ist sinnvoll, jedoch handelt es sich hierbei um kein Beweismittel mit Beweiskraft. Entscheidend ist, dass hieraus gegebenenfalls vom Gericht entsprechende Ermittlungen wie Einholung von Gutachten angestoßen werden.
 - Im Notfall kann der Widerspruch zunächst ohne Begründung fristwährend eingelegt werden. Die Begründung sollte im eigenen Interesse baldmöglichst nachgeholt werden.
 - Jede Verzögerung verlängert die Zeit bis zum Widerspruchsbescheid.

Widerspruchsausschüsse tagen oft nur ein Mal monatlich, daher vergeht häufig viel Zeit bis zu einem Ergebnis. Sachstandsanfragen können eine schnellere Bearbeitung nach sich ziehen.

Für die Entscheidung der Krankenkasse 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 beim Sozialgericht eingeleitet werden.

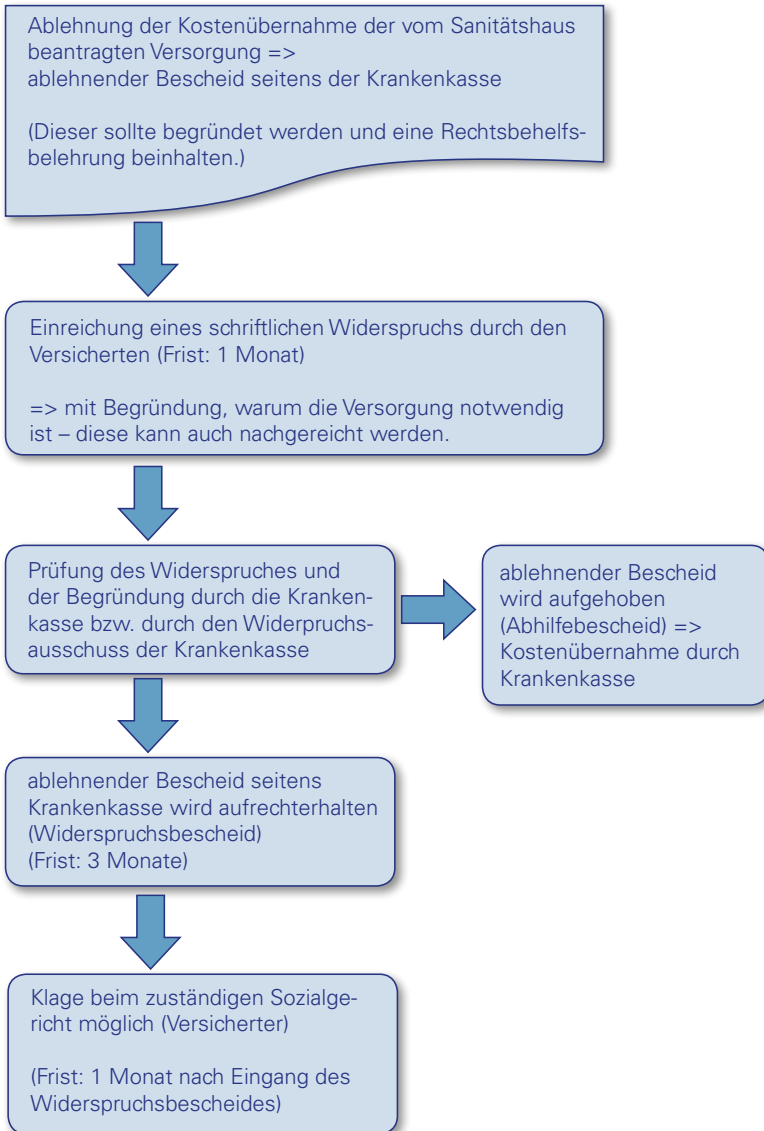


Abb. 5: Das Widerspruchsverfahren.

9. Der Klageweg in der Sozialgerichtsbarkeit

9.1 DAS ERSTINSTANZLICHE KLAGEVERFAHREN

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

42/43

Wie beim Widerspruch ist die Klage innerhalb der Frist von einem Monat nach dem Eingang des Widerspruchsbescheides schriftlich bei Gericht einzulegen. Dabei gilt der Amtsermittlungsgrundsatz, das heißt das Gericht muss den Sachverhalt aufklären. Es besteht 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 Wohnsitz hat.

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

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

Die Sozialgerichte erhalten von den Krankenkassen die komplette Verwaltungsakte, so dass das bisherige Verwaltungsverfahren bei den Sozialgerichten durchaus bekannt ist. Es sollten trotzdem alle Schreiben aus dem bisherigen Verfahren verwahrt werden und auf diese auch im Rahmen des gerichtlichen Verfahrens Bezug genommen werden. 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. Entscheidende Aspekte können deshalb unausgesprochen bleiben. Dementsprechend fällt dann unter Umständen das Urteil aus.

9.2 DER EINSTWEILIGE RECHTSCHUTZ

Aufgrund der langen Dauer von Widerspruchs- und Klageverfahren können Fälle der besonders dringlichen Versorgung entstehen. Das kann der Fall sein, wenn beispielsweise aus medizinischen Gründen die sofortige Versorgung mit Kompressionsstrümpfen erforderlich ist. In diesen Fällen kommt ein Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung an das Sozialgericht in Betracht. Hierbei handelt es sich um ein so genanntes Eilverfahren, um zumindest eine vorläufige Regelung auf Versorgung zu erhalten. Vorläufig ist eine solche Regelung daher, weil das bereits begonnene Widerspruchs- oder Klageverfahren als Hauptsacheverfahren weiter fortgeführt werden muss. Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ersetzt also weder den notwendigen

Widerspruch, noch das notwendige Klageverfahren.

In einem einstweiligen Anordnungsverfahren nimmt das Sozialgericht eine summarische, das heißt eine verkürzte Prüfung vor. Der geltend gemachte Anspruch auf Versorgung mit einem Hilfsmittel wird dabei nicht bis ins letzte Detail und in allen Einzelheiten geprüft, sondern lediglich im Überblick. Dafür ist es erforderlich, dass man als Antragsteller einerseits den Anspruch auf das begehrte Hilfsmittel und andererseits die besondere Dringlichkeit glaubhaft darstellen kann. Ein besonderes Augenmerk ist dabei auf die besondere Dringlichkeit zu richten, da der Maßstab von den Sozialgerichten in aller Regel hierfür relativ hoch gesetzt wird. Da gerade an die Darlegung und die Glaubhaftmachung der besonderen Dringlichkeit zur Abwendung wesentlicher Nachteile hohe Anforderungen gestellt werden, sollte man sich auf jeden Fall vor der Beantragung einer einstweiligen Anordnung fachkundig beraten lassen. Der Erlass einer einstweiligen Anordnung ist bestimmten, besonders dringlichen Ausnahmesituationen vorbehalten und stellt nicht die Regel dar.

9.3 DAS BERUFUNGSVERFAHREN

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 müssen. Innerhalb eines Monats nach Zustellung des in vollständiger Form abgefassten Urteils 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.

9.4 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 (Krankenkassen) führt, führt eine ständige Rechtsprechung zur Änderung der Entscheidungen der Kostenträger.

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.

Die Revision wird nur dann zugelassen, wenn eine umstrittene Rechtsfrage zur Klärung ansteht und über den Einzelfall hinaus im allgemeinen Interesse ist, wenn also die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat, das Urteil der Vorinstanzen von einer Entscheidung des BSG, des gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichtes abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder wenn ein Verfahrensmangel der Vorinstanz geltend gemacht werden kann, der das Ergebnis des Verfahrens beeinflusst.

9.5 DIE KOSTEN DER VERFAHREN

Das Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist bei allen Instanzen und damit auch beim Bundessozialgericht für den Bürger, der als Versicherter, sonstiger Leistungsempfänger oder als Behinderter klagt (bzw. verklagt wird), gerichtskostenfrei. Auch von den Sozialgerichten veranlasste Gutachten müssen nicht vom Kläger bezahlt werden.

Sonstige Kläger und Beklagte haben jedoch für jede Streitsa-

che eine Gebühr (für das Verfahren vor den Sozialgerichten 150,00 Euro, vor den Landessozialgerichten 225,00 Euro, vor dem Bundessozialgericht 300,00 Euro) zu entrichten, auch wenn die Entscheidung zu ihren Gunsten ausgeht.

Gerichtsgebühren nach Streitwert, wie in anderen Gerichtszweigen üblich, gelten schließlich in Verfahren, an denen kein Versicherter oder ähnlicher Bürger beteiligt ist (z. B. Rechtsstreitigkeiten zwischen Leistungsträgern oder Vertragsarztsachen).

Außergerichtliche Kosten hingegen, wie sie insbesondere durch die Bestellung eines Prozessbevollmächtigten (Rechtsanwalt) entstehen, muss der Beteiligte in der Regel selbst tragen, wenn er im Rechtsstreit unterliegt. Die außergerichtlichen Kosten der Partei, die das Verfahren gewonnen hat, werden im Urteil regelmäßig dem unterliegenden auferlegt. Anders jedoch bei Behörden und somit bei den Krankenkassen: Deren Aufwendungen müssen nie erstattet werden.

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

10. Anhang

10.1 ÜBER EUROCOM E. V

eurocom (european manufacturers federation for compression therapy and orthopaedic devices)

ist die Herstellervereinigung für Kompressionstherapie und orthopädische Hilfsmittel.

Der Verband versteht sich als Gestalter und Dialogpartner auf dem Gesundheitsmarkt und setzt sich dafür ein, das Wissen um den medizinischen Nutzen, die Wirksamkeit und die Kosteneffizienz von Kompressionstherapie und orthopädischen Hilfsmitteln zu verbreiten. Zudem entwickelt eurocom Konzepte, wie sich die Hilfsmittelversorgung aktuell und in Zukunft sicherstellen lässt. Dabei vertritt eurocom die gemeinsamen Interessen der Hersteller gegenüber anderen Akteuren in der Gesundheitspolitik, beispielsweise der Ärzteschaft, den Krankenkassen, politischen Entscheidern sowie dem Fachhandel.

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 wurde 1998 zunächst als Vereinigung der im deutschen und europäischen Markt agierenden Hersteller von Kompressionstherapie gegründet. Seit 2003 vertritt eurocom auch Hersteller von Einlagen, Bandagen, Orthesen so-



wie Prothesen und Hilfsmitteln zur modernen Brustversorgung.

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

10.2 MITGLIEDER IM FACHBEREICH KOMPRESSIONS-THERAPIE

Bauerfeind AG,
Triebeser Straße 16, 07937 Zeulenroda,
Tel.: 03 66 28/66-20 00, Fax: 03 66 28/66-29 99,
Internet: www.bauerfeind.com

BSN-Jobst GmbH,
Beiersdorfstraße 1, 46446 Emmerich,
Tel.: 0 28 22/607-0, Fax: 0 28 22/607-191,
Internet: www.jobst.com

Bösl Medizintechnik GmbH,
Charlottenburger Allee 13, 52068 Aachen,
Tel.: 02 41/9 00 77-0, Fax: 02 41/9 00 77-10,
Internet: www.boesl-med.de

Cizeta Medicali S.p.A.,
via IV novembre, 46, I - 20012 Cuggiono (MI),
Tel.: +39 02/97 21 81-1, Fax: +39 02/97 24 07 34,
Internet: www.cizetamedicali.it

Compressana GmbH,
Böhmerwaldstr. 3, 93073 Neutraubling,
Tel.: 0 94 01/92 26-0, Fax: 0 94 01/92 26-20,
Internet: www.compressana.de

Egertina GmbH,
Kuhlenkamp 8, 38640 Goslar,
Tel.: 0 53 21/3 47 60, Fax: 0 53 21/34 76 25,
Internet: www.egertina.de

GLORIA MED S.p.A.,
Via A. Diaz 7, I - 22017 Menaggio (CO),
Tel: +39 03 44/3 21 23, Fax: +39 03 44/3 20 35,
Internet: www.gloriamed.com

Julius Zorn GmbH (JUZO),
Juliusplatz 1, 86551 Aichach,
Tel.: 0 82 51/90 11 42, Fax: 0 82 51/90 12 05,
Internet: www.juzo.de

medi GmbH & Co. KG,
Medicusstraße 1, 95448 Bayreuth,
Tel.: 09 21/9 12-111, Fax: 09 21/9 12-57,
Internet: www.medi.de

OPED GmbH,
Medizinpark 1, 83626 Valley/Oberlindern,
Tel.: 0 80 24/60 81 82-10, Fax: 0 80 24/60 81 82-99,
Internet: www.oped.de

Sigvaris GmbH,
Dr.-Karl-Lenz-Straße 35, 87700 Memmingen,
Tel.: 0 83 31/757-0, Fax: 0 83 31/757-111,
Internet: www.sigvaris.de

Thuasne Deutschland GmbH,
Im Steinkamp 12 , 30938 Burgwedel,
Tel.: 0 51 39/9 88-0, Fax: 0 51 39/9 88-177,
Internet: www.thuasne.de

Villa Sana GmbH & Co. medizinische Produkte KG,
Hauptstraße 10, 91798 Weiboldshausen,
Tel.: 0 91 41/85 46-0, Fax: 0 91 41/85 46-26,
Internet: www.villa-sana.de

Stand: Juli 2016

10.3 IMPRESSUM

Herausgeber:

eurocom e. V. • european manufacturers federation for compression therapy and orthopaedic devices, Düren

August-Klotz-Strasse 16 d
D-52349 Düren

Phone: +49 (0) 24 21/95 26 52
Fax: +49 (0) 24 21/95 26 64

Email: info@eurocom-info.de
Internet: www.eurocom-info.de

Redaktion: Swea Menser, eurocom e. V.

50/51

Juristische Zusammenarbeit: Rechtsanwälte Jörg Hackstein und Kerstin Bigus, Hartmann Rechtsanwälte, Am Brambusch 24, 44536 Lünen

1. Auflage: 2016

Hinweis:

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

Alle Texte dieses Rechtsratgebers sind nach bestem Wissen recherchiert. Die eurocom 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 bzw. durch die Nutzung fehlerhafter und unvollständiger Informationen verursacht wurden, sind grundsätzlich ausgeschlossen.

