

wir helfen Menschen

Ernährung

Infusionen

Arzneimittel

Medizinprodukte

Rechte und Pflichten der Patienten in der Hilfsmittelversorgung

Hilfsmittelforum des BVMed auf der REHACARE 2015
„Rechte und Pflichten der Patienten in der Hilfsmittelversorgung versus Versorgungsrealität“

Sindy Schulz

Diplom Wirtschaftsjuristin (FH)

Juristische Referentin Legal & Compliance DACH im Bereich

Gesundheitsrecht & Politik der Fresenius Kabi Deutschland GmbH

Agenda

1. Gesetzliche Ansprüche des Versicherten
2. Beratungs- und Informationspflichten der Krankenkassen
3. Pflichten des Versicherten
4. Aktuelle Fragestellungen
5. Fragen und Diskussion

Gesetzliche Ansprüche des Versicherten

§ 27 Abs. 1 SGB V

- „Versicherte haben **Anspruch auf Krankenbehandlung**, wenn sie **notwendig** ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.“ (vgl. Satz 1)
- „Die **Krankenbehandlung umfasst** [...] 3. **Versorgung mit** Arznei-, Verband-, Heil- und **Hilfsmitteln**, [...]“ (vgl. Satz 2)

Gesetzliche Ansprüche des Versicherten

§ 33 Absatz 1 SGB V

- „Versicherte haben **Anspruch auf Versorgung mit [...] Hilfsmitteln**, die **im Einzelfall erforderlich** sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen [...].“
 - **Erforderlich**, wenn das **Hilfsmittel ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und notwendig ist** (vgl. § 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V)
 - Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (vgl. § 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V).
- „[...] 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 und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen.“

Gesetzliche Ansprüche des Versicherten

Sachleistungsprinzip

- Krankenkasse ist verpflichtet Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen
- Zur Erfüllung des Anspruchs des Versicherten auf das konkrete Hilfsmittel bedient sich die Kasse der sonstigen Leistungserbringer (z.B. Sanitätshäuser oder Homecare-Unternehmen)
- Auf Grundlage von Verträgen zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse erfolgt die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln
 - Leistungserbringer stellt dem Versicherten das benötigte Hilfsmittel zur Verfügung und rechnet mit der Krankenkasse ab

Gesetzliche Ansprüche des Versicherten

Grundsätzliche Rechte

- **Freie Wahl unter den Vertragspartnern** der zuständigen Krankenkasse
 - **Einschränkung bei Ausschreibungen**
(**AUSNAHME:** „berechtigtes Interesse“ gemäß § 33 Absatz 6 Satz 3 SGB V,
ABER: Mehrkosten müssen vom Versicherten selbst getragen werden)
- Krankenkasse hat die Kosten für eine **ausreichende, medizinisch notwendige Versorgung aufzahlungsfrei** zu übernehmen, die wirtschaftlich und zweckmäßig ist, um das Versorgungsziel zu erreichen (vgl. § 12 Absatz 1 Satz 1 SGB V)
 - **AUSNAHME:** Mehrkosten für über das Maß des Notwendigen hinausgehende Hilfsmittel/Leistungen sind durch den Versicherten selbst zu tragen (§ 33 Absatz 1 Satz 5 SGB V). **BEACHTEN:** Versicherte muss sein Wahlrecht ausüben / zusätzlichen Kosten nur nach schriftlichem Einverständnis zahlen

Grundsatz

Alle Sozialleistungsträger haben umfassende Aufklärungs-, Auskunft- und Beratungspflichten.

Zweck

- Die Betroffenen auf ihre Rechte und Pflichten hinzuweisen
- Unter Beachtung des Sachlichkeitsgebots (= zutreffende Auskünfte geben und ausführlich beraten - ungeachtet eines ggf. anderen eigenen Standpunkts)

- **Aufklärung** in § 13 SGB I
 - allgemeine Information einer unbestimmten Vielzahl von Versicherten (z.B. bei gesetzlichen Neuregelungen durch Broschüren, über Presse, Funk, Fernsehen oder Internet)
- **Beratung** in § 14 SGB I
 - Jeder hat grundsätzlich Anspruch auf richtige und umfassende (individuelle) Beratung über seine Rechte und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch, allerdings besteht kein Anspruch auf sämtliche Informationen, sondern nur auf solche, die im Zusammenhang mit Rechten und Pflichten des Ratsuchenden von Interesse sein können
- **Auskunft** in § 15 SGB I
 - Bezieht sich insbesondere darauf Sach- und Rechtsfragen im Einzelfall erschöpfend zu beantworten (z.B. zuständigen Krankenkassen sind verpflichtet, über alle sozialen Angelegenheiten Auskünfte zu erteilen, auch in Zusammenarbeit mit den anderen Leistungsträgern)

Informationspflicht nach § 13 Abs. 3a SGB V*

- Hilfsmittelantrag muss innerhalb von drei Wochen / bei Einschaltung des Medizinischen Dienstes (MDK) innerhalb von fünf Wochen genehmigt werden
- gutachtliche Stellungnahme des MDK ist bei Bedarf unverzüglich einzuholen und der Versicherte ist hierüber zu unterrichten
- Kann eine Genehmigung nicht fristgerecht erfolgen, muss der Versicherte hierüber **innerhalb dieser Frist schriftlich informiert** werden – dabei ist ein hinreichender Grund für die Verzögerung anzugeben

Recht des Versicherten bei Pflichtverletzung/Fristversäumnis

- Hilfsmittelantrag gilt als genehmigt
 - **Variante 1:** Verordnete Hilfsmittel selbst beschafft und Kostenerstattung in voller Höhe verlangen
 - **Variante 2:** Aufforderung an die Kasse zur Versorgung nach Maßgabe der Bewilligungs-/Genehmigungsfiktion

* Am 26. Februar 2013 durch das Patientenrechtegesetz (PatRG) eingeführt

Beratungs- und Informationspflichten

Der Krankenkassen bei der Hilfsmittelversorgung

Informationspflicht nach § 127 V SGB V

- über alle zur Versorgung berechtigten Vertragspartner
- über die wesentlichen Inhalte der Verträge auf Nachfrage des Versicherten
 - Qualitätsanforderungen, die an den Leistungserbringer gestellt werden
 - vertraglich geregelten Leistungen (z.B. Beratung und sonstige Dienstleistungen)

Beratungspflicht

- bei jedem Antrag auf Versorgung von sich aus im Einzelfall richtig, umfassend und vollständig

Recht des Versicherten bei Pflichtverletzung

- Der Versicherte muss so gestellt werden, als wären er richtig beraten worden.

Pflichten des Versicherten

- Bei **Problemen** mit der Versorgung durch Ausschreibungsgewinner, umgehende mündlich oder schriftlich Information an die Kasse
 - **Patientenrecht:** unter Setzung einer Frist eine **Nachbesserung** fordern
- **Zuzahlung** (§ 33 Absatz 8 Satz 3 SGB V)
 - **Patientenrecht: Beschränkung** der Zuzahlungspflicht auf Antrag (Vgl. § 62 SGB V – Belastungsgrenze / Chronikerregelung)
- **Mehrkosten** bei Ausübung des Patientenwahlrechts
 - § 33 Absatz 6 Satz 3 SGB V – „**berechtigtes Interesse**“ bei Ausschreibungen
 - § 33 Absatz 1 Satz 5 SGB V – für **über das Maß des Notwendigen** hinausgehende Hilfsmittel/Leistungen

LSG NRW Beschluss vom 23.05.2014, Az. L 5 KR 222/14 B ER

Sachverhalt:

- **Antrag** auf Kostenübernahme Glukosemesssystem (Empfänger und Transmitter) einschließlich Sensor am 22.07.2013 eingegangen
- **Mitteilung der Krankenkasse**, dass der MDK eingeschalten wird vom 05.08.2013 – **nicht erkennbar**, ob überhaupt von einer Entscheidungsfrist ausgegangen wird und ob eine solche eingehalten oder aus welchen Gründen nicht eingehalten werden kann
- Innerhalb der **Fünf-Wochenfrist** - 26.08.2013 – weder eine Entscheidung mitgeteilt noch dargelegt, dass und weshalb die Frist nicht eingehalten werden kann
- Lediglich Aufforderung vom 29.08.2013, **weitere Unterlagen** einzureichen

LSG NRW Beschluss vom 23.05.2014, Az. L 5 KR 222/14 B ER

„Die Rechtsauffassung der Beklagten, dass § 13 Abs. 3a SGB V den Anspruch auf eine Kostenerstattung beschränkt, wird vom Senat nicht geteilt. Nach dem klaren Wortlaut der Norm gewähren Satz 6 und Satz 7 mittels einer Genehmigungsfiktion einen Sachleistungsanspruch oder einen Kostenerstattungsanspruch für die erforderliche Leistung.“ ...

➔ Versicherter hat zwei Möglichkeiten: **Kostenerstattung** oder **Sachleistung** nach Maßgabe der Genehmigungsfiktion

„Durch die Fiktion der Genehmigung ist die Leistungsberechtigung des Antragstellers wirksam verfügt und die Krankenkasse mit allen Einwendungen ausgeschlossen. Nur auf diese Weise kann der Wunsch des Gesetzgebers, generalpräventiv die Zügigkeit des Verfahrens zu verbessern, umgesetzt werden. Dieses Ziel würde ins Leere laufen, könnte die Genehmigungsfiktion durch eine (außerhalb der Frist erfolgende) nachträgliche Prüfung der einzelnen Leistungsvoraussetzungen wieder erlöschen.“

➔ Kein nachträgliches Prüfungsrecht der Krankenkasse

SG Heilbronn, Urteil vom 11.03.2015, Az. S 11 KR 2425/14

Sachverhalt:

- **Antrag** operative Straffung von erheblichen Hautüberschüssen ... an den Oberschenkeln und im Kniebereich beidseits am 27.12.2013 eingegangen
- **Mitteilung der Krankenkasse**, dass der MDK eingeschaltet wird vom 07.01.2014
- Innerhalb der **Fünf-Wochenfrist** – 31.01.2014 – weder eine Entscheidung mitgeteilt noch dargelegt, dass und weshalb die Frist nicht eingehalten werden kann
- **Telefonat** vom 10.02.2014 – Mitteilung die Kostenübernahme negativ zu bescheiden
- Ablehnender **Bescheid** vom 26.06.2014

SG Heilbronn, Urteil vom 11.03.2015, Az. S 11 KR 2425/14

„Die vorgeschriebene Schriftform (vgl. § 126 BGB) trägt der Bedeutung der Mitteilung Rechnung und hat Klarstellungs- und Beweisfunktion. Die Nichtbeachtung dieser Form hat die Nichtigkeit bzw. Unwirksamkeit der Mitteilung zu Folge (vgl. §§ 125 Satz I BGB, 39 Abs. 3 SGB X; hierzu s. auch SG Marburg, a.a.O.).

Hervorzuheben ist insoweit, dass der Gesetzgeber ausdrücklich und unmissverständlich im Wortlaut von einer Mitteilung eines hinreichenden Grundes für die Nichteinhaltung der Frist spricht.“

➔ Eine telefonische Mitteilung erfüllt nicht das gesetzliche Formerfordernis

SG Heilbronn, Urteil vom 11.03.2015, Az. S 11 KR 2425/14

„[...] es würde den Sanktionscharakter des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V und die Genehmigungsfiktion dieser Vorschrift leer laufen lassen, wenn die beklagte Krankenkasse nach Nichtbeachtung der in § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V genannten Vorgehensweise im weiteren (Klage-)Verfahren mit Erfolg einwenden könnte, die beantragte Leistung hätte im konkreten Fall gar nicht bewilligt werden dürfen. Zudem hätte bei einer solchen Auslegung ein Versicherter ungeachtet eines Verstoßes der Krankenkasse gegen die in § 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V normierte Hinweispflicht keine Gewissheit, dass die beantragte Leistung von der Krankenkasse bezahlt oder zumindest die Kosten hierfür erstattet werden. Dies kann nicht Sinn und Zweck des Patientenrechtegesetzes gewesen sein, welches gerade darauf abzielt, die Rechte des Patienten zu stärken.“

- ➔ betroffene Krankenkasse kann später nicht einwenden, dass die beantragten Leistungen überhaupt nicht hätten bewilligt werden dürften
- ➔ **nicht rechtskräftig – es wurde Berufung eingelegt**

SG Detmold, Beschluss vom 09.07.2015, Az. S 24 KR 254/14

Sachverhalt:

- **Kostenvoranschlag** des Leistungserbringers auf Versorgung mit einem Elektrostimulationsgerät für die Füße am 15.01.2014 eingegangen
- **Mitteilung der Krankenkasse**, dass der MDK eingeschaltet wird vom 22.01.2014
- **Vorstellung beim MDK** am 18.02.2014 – Empfehlung zur leihweisen Versorgung mit einem derartigen Produkt für 1 bis 2 Wochen, zur Erprobung
- Innerhalb der **Fünf-Wochenfrist** – 19.02.2014 – weder eine Entscheidung mitgeteilt noch dargelegt, dass und weshalb die Frist nicht eingehalten werden kann
- **Erneute Vorstellung** am 01.04.2014 und 15.04.2014 – Gutachten vom 25.04.2014 kommt zu Schluss, dass das Hilfsmittel ist nicht zweckmäßig, wirtschaftlich und notwendig ist
- Ablehnender **Bescheid** vom 28.04.2014

SG Detmold, Beschluss vom 09.07.2015, Az. S 24 KR 254/14

„Entscheidend bleibt jedenfalls, dass die Klägerin aufgrund eines fehlenden Hinweises der Beklagten nicht wusste, ob sie sich die Leistung selbst beschaffen könnte. Durch die Genehmigungsfiktion gilt die Genehmigung der beantragten Leistung durch einen fingierten Verwaltungsakt als erlassen.“

- ➔ **Fünf-Wochenfrist wird durch Nachfrage und mehrmalige Vorstellung beim MDK nicht gehemmt – schriftliche Mitteilung mit hinreichender Begründung ist zur Fristwahrung zwingend erforderlich**

„§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V kann [...] nur dahingehend ausgelegt werden, dass das Wirksamwerden der Genehmigungsfiktion nur von der Nichteinhaltung der Frist bzw. der unzureichenden oder fehlenden schriftlichen Mitteilung der Nichteinhaltung der Frist abhängt, nicht hingegen auch von der Einhaltung des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 2 Abs. 1 Satz 3, § 12 Abs. 1 SGB V.“

- ➔ **Späterer ablehnender Bescheid der Krankenkasse, wird nicht als Rücknahmebescheid umgedeutet**
- ➔ **nicht rechtskräftig – es wurde Berufung eingelegt**

- überwiegender Teil der Sozialgerichte folgt den vorgestellten Urteilen
 - Genehmigungsfiktion begründet sowohl Anspruch auf **Kostenerstattung** als auch auf **Sachleistung**
 - Genehmigungsfiktion unabhängig von einem später Einwand, dass die beantragten Leistungen überhaupt nicht hätten bewilligt werden dürften
- **ABER:** ein kleiner Teil der Sozialgerichte vertritt die Auffassung, dass Versicherte sich nach Fristablauf eine beantragte medizinische Leistung lediglich schon einmal **auf eigenes Risiko selbst beschaffen** dürfen, **vorbehaltlich einer medizinischen Prüfung des Nutzens**
 - Gesetzgeber wollte die Patientenrechte stärken, nimmt man lediglich eine **begünstigte Selbstbeschaffung** an, so bestünde das Risiko, dass das Patientenschutzgesetz wegen der hohen Kosten ins Leere liefe

➔ **Bislang noch keine Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes**

- Krankenkasse kann sich von den Rechtsfolgen ggf. über den Weg einer **Rücknahme bzw. Aufhebung** gemäß §§ 44 ff. SGB X lösen
- **Rücknahmebescheid nach § 45 SGB X**
 - Rücknahme/Aufhebung eines rechtswidrig begünstigenden Verwaltungsaktes
 - **ABER:** Das Vertrauen des Begünstigten überwiegt das öffentliche Interesse, wenn es schutzwürdig ist (z.B. Erbrachte Leistungen wurden verbraucht)
 - **Ermessensentscheidung** (aus der Begründung muss erkennbar sein, dass die Krankenkasse ihr Ermessen ausgeübt hat und von welchen Gesichtspunkten sie dabei ausgegangen ist (vgl. § 35 Abs. 1 Satz 3 SGB X))
 - **vorherigen Anhörung** des Begünstigten zwingend erforderlich (§ 24 SGB X)
 - **einjährige Rücknahmefrist** (§ 45 Abs. 4 Satz 2 SGB X)
 - Aufhebung des Verwaltungsakts i.d.R. **nur mit Wirkung für die Zukunft** (es seiden der Begünstigte kann sich wegen eines unredlichen Verhaltens nicht auf den Vertrauensschutz berufen)

Fragen

wir helfen Menschen

Ernährung

Infusionen

Arzneimittel

Medizinprodukte