

Hilfsmittelversorgung in der Rechtspraxis – Anspruch und Wirklichkeit

11.11.2015, Berlin

Ralf Müller
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht
Fachanwalt für Sozialrecht

Der Einstieg — Gefühlte Realität eines Rechtsanwaltes



Warum kommt es aus rechtlicher Sicht bei der Hilfsmittelversorgung Problemen?

Ein Erklärungsversuch

Die Krankenkassen haben die gefühlte Marktmacht

1. Die gefühlte deutliche Mehrzahl der Hilfsmittelversorgungen geht zu Lasten der GKV
2. Wer verklagt seine Krankenkasse, wenn sie nicht zahlt? Hilfsmittel stehen im Gegensatz zu Arzneimitteln unter Genehmigungsvorbehalt.

Das Spannungsfeld

Leistungsanspruch  Versorgungsrealität

- Eigene Bedürfnisse an die Versorgung
- Familiäre Unterstützung
- Eigene finanzielle Ressourcen
- Rechtenschutzversicherung
- Rechtliche Beratung
- Herstellerinteressen
- Ärztliche Interessen
- Fachhandelsinteressen
- Kostendämpfungsbemühungen insgesamt
- Sachbearbeiterinteressen
- Politische Dämpfungsbemühungen
- Eitelkeiten
- Obrigkeitsdenken

Die Versorgungssituation

Leistungsansprüche Gesetzlich
Krankenversicherter

Schaubild – Medizinische Erforderlichkeit §§27, 33 SGB V

Behinderungsausgleich



Die Rechtsprechung



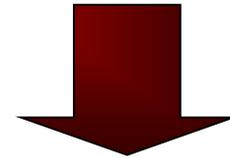
Der Grundsatz des BSG

- Unmittelbarer
Behinderungsausgleich



Vollständiger
Behinderungsausgleich
im Sinne eines
Gleichziehens mit
einem gesunden
Menschen

- Mittelbarer
Behinderungsausgleich



Basisausgleich zum
erledigen der
Alltagsgeschäfte

Was das BSG auch sagt:

„Die Versorgung mit der C-Leg-Prothese verstößt trotz der erheblichen Mehrkosten gegenüber einer herkömmlichen Prothese von rund 10.000,00 € auch nicht gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 Abs 1 SGB V). Eine Kosten-Nutzen-Erwägung ist hier nicht anzustellen. Erhebliche Mehrkosten sind nur dann beachtlich, wenn die zusätzlichen Gebrauchsvorteile eines neuen Hilfsmittels im Alltagsleben als eher gering und die dafür anfallenden Kosten im Vergleich zu einem bisher als ausreichend angesehenen Versorgungsstandard als unverhältnismäßig hoch einzuschätzen sind.“

Leistungsbegrenzung durch das Wirtschaftlichkeitsgebot

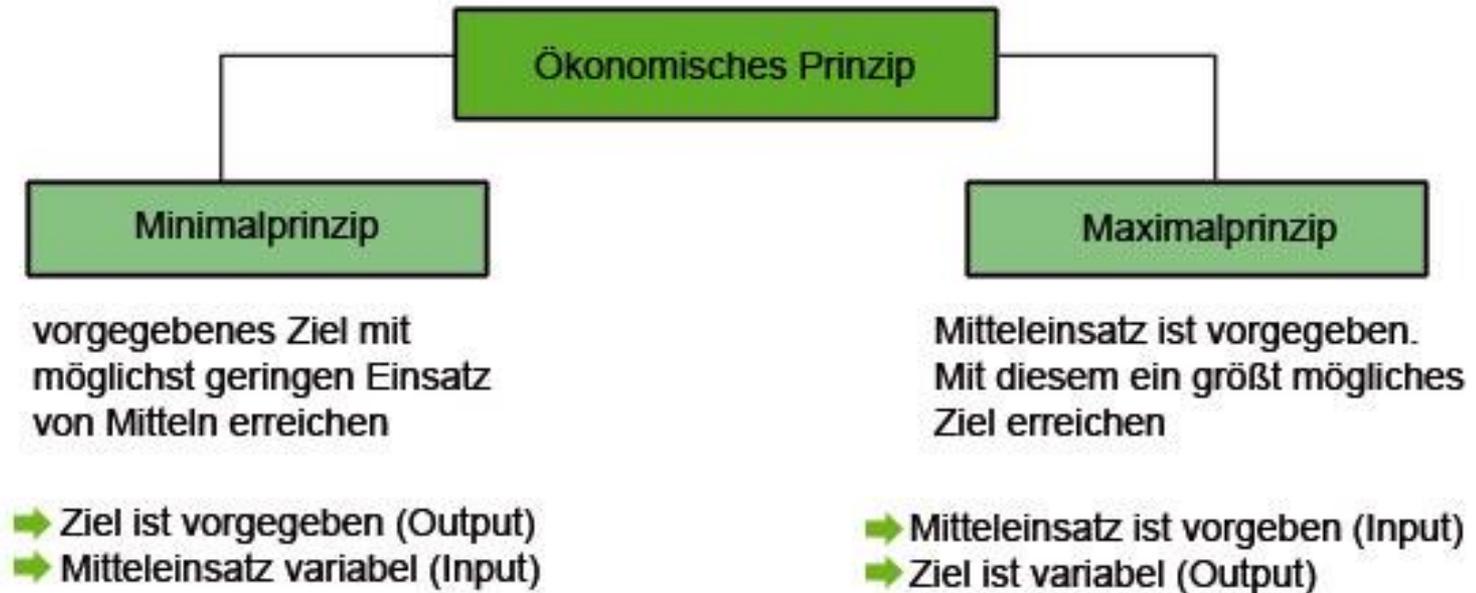


Das Wirtschaftlichkeitsgebot

Eine Versorgung ist erst dann unwirtschaftlich, wenn eine **funktionsgleiche** Versorgung günstiger zu haben ist!



Das Wirtschaftlichkeitsprinzip aus Kassensicht (in „gefühlter“ Anwendung)



www.rechnungswesen-verstehen.de

Der Versorgungsweg – Der Amtsermittlungsgrundsatz

- Sanitätshäuser gehen in Vorleistung mit Probeversorgungen
- Krankenkassen verkennen ihre Amtsermittlungspflicht auf eigene Kosten oder nehmen sie nicht wahr
- Arzt und Sanitätshaus legen die Art der Versorgung fest.
- Krankenkassen und MDK machen contra legem Versorgungsangebote und -vorschläge



Die Rolle des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung)

- Die Rolle des MDK ist die **unabhängige Begutachtung** von Versicherten, zur Feststellung des medizinischen Versorgungsbedarfes.
- Die Aufgabe des MDK ist **nicht**, andere als vom Kassenarzt verordnete Therapien vorzuschlagen („Peronäusschiene ist ausr., zweckm. und wirtschaftl.“)
- Die Begutachtung hat nach ärztlich Regeln und aufgrund gültiger Verordnungsrichtlinien zu erfolgen. Dementsprechend müssen die Gutachter über eine entsprechende Fachausbildung verfügen.
- Das Sanitätshaus kann Einsicht in das Gutachtenergebnis des MDK verlangen, §277 SGB V



MDK – Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Der Einsatz privater Gutachterdienste

- Trotz mangelnder gesetzlicher Bestimmungen haben Krankenkassen private Gutachterdienste eingesetzt und tun dies noch
- Für diese Dienste gibt es keine Marktzugangsvoraussetzungen.
- Es gibt keine Aufsichtsbehörde
- Es gibt keine Grundlage für die Datenweitergabe, da auch eine Versichertenerklärung rechtswidrig ist.

Der Faktor Zeit



Verfahrensverkürzung seit 26.02.2013

Patientenrechtegesetz

- Die Krankenkasse hat innerhalb von 3 Wochen zu entscheiden.
- Hält die KK ein Gutachten für erforderlich, so hat sie binnen 5 Wochen zu entscheiden und der Versicherten zu informieren.
- Der MDK hat binnen 3 Wochen zu entscheiden.
- Folgen: Macht die Krankenkasse keine Mitteilung über Verzögerungsgründe so **gilt** die Leistung als **genehmigt**. Beschaffen sich Versicherte die Leistung selbst, so **hat** die Kasse die Kosten zu **erstatten**.
- Urteile gibt es en masse!



Das Prozessverhalten der Kostenträger

- Versicherte werden nicht als Beitragszahler, sondern Kostenfaktor empfunden
- Im Gerichtsverfahren wird sich alle erdenkliche Mühe gegeben, die im Antragsverfahren häufig vermisst wird.
- Argumentationsketten gleichen dem Suchen nach dem Haar in der Suppe.

Lösungsansätze

- Den Patienten als Gesamtpaket sehen
- Berührungspunkte zwischen Herstellern, Kostenträgern und MDK abbauen und Eitelkeiten überwinden
- Verbindliche Versorgungsprozesse und Standards erarbeiten



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

