

Rechtliche Tipps und Tricks für Lipödem- und Lymphpatienten

SHG Lily Ludwigsburg
25.10.2019

Derzeitige Rechtslage



Rechtsprechung 1. Senat BSG



Ausgangssituation:

**Ambulant: keine positive Empfehlung des G-BA
(B 1 KR 11/08 R vom 16.12.2008)**

**Stationär: entspricht nicht dem Qualitätsgebot des SGB V
(B 1 KR 10/17 R, B 1 KR, B 1 KR 13/16 R vom 24.04.2018)**



Rechtsprechung 1. Senat BSG



Konsequenz dieser Urteile:

Auch bei sehr hoher Compliance nahezu keine Chance auf Kostenübernahme!

Begrenzte Ausweichmöglichkeiten:

- Genehmigungsfiktion
- Verfassungsrechtliche Aspekte
- Indikationsstellung nach G-BA-Beschluss vom 19.09.2019
- Einkommensteuer



Vorgehensweise des Sozialrechtsanwalts



- **Formal:**
 - **hat die Kasse in der Frist des § 13 Abs. 3 a SGB V entschieden?**
(3 o. 5 Wochen) = **echte Fiktion (Fiktion im engeren Sinne)**
 - **weichen Antragsgegenstand und Entscheidungsgegenstand voneinander ab?**
= **unechte Fiktion (Fiktion im weiteren Sinne)**
- **Materiellrechtlich:**
 - bei ambulanter Behandlung: Systemversagen wg. verspäteter Beschlussfassung des G-BA?
 - bei stationärer Behandlung im Sinne des § 137 c Abs. 3 SGB V: mögliche Verfassungswidrigkeit der BSG-Urteile v. 24.04.2018
- **Liegt eine Indikationsstellung für ein 3er-Stadium im Sinne des G-BA-Beschlusses v. 19.09.19 vor?**
(BMI < 35; BMI 35 – 40 + Adipositas therapie); BMI 40+ : G-BA-Beschluss § 4 Abs. 4 „soll“
- **Ggf. steuerliche Geltendmachung der Operationskosten und Operationsnebenkosten**



Genehmigungsfiktion



Fiktion beginnt mit der Antragstellung

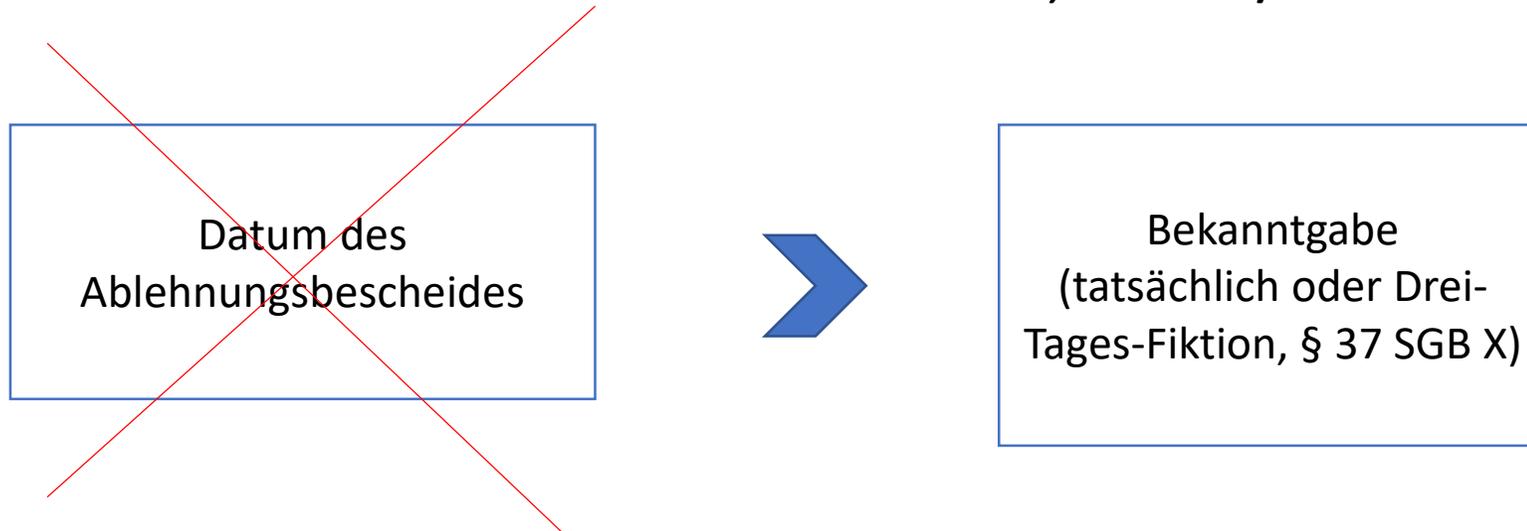
BSG vom 08.03.2016 (B 1 KR 25/15 R)
„subjektiv für erforderlich halten dürfen“



- = Die ärztliche Empfehlung muss schlüssig und nachvollziehbar sein
- Immer medizinisch erforderliche Maßnahmen, keine ausschließliche Beschränkung auf privatärztliche Therapiemaßnahmen
 - Der Beschaffungsweg ist einzuhalten

Fristende

BSG v. 11.07.2017, B 1 KR 26/16 R



Fristen bei Einschaltung des MDK

BSG v. 06.11.2018, B 1 KR 30/18 R



Auch die verspätete Unterrichtung über die Einschaltung des MDK kann zum Eintritt einer Genehmigungsfiktion führen!

Es gilt die 3-Wochen-Frist (nicht 5 Wochen).

Fristverlängerung durch die Krankenkasse



BSG v. 26.09.2017, B 1 KR 8/17 R



Die Fristverlängerung muss **w i r k s a m** sein (= hinreichender Grund und taggenaue Angabe des Fristendes unter Berufung auf § 13 Abs. 3 a SGB V); die reine Unterlagenanforderung führt **n i c h t** zu einer Fristverlängerung.

Rücknahme der Genehmigungsfiktion

BSG v. 07.11.2017, B 1 KR 24/17 R

Die Rücknahme der Fiktion (= fiktiver Verwaltungsakt) ist regelmäßig rechtswidrig, auch wenn die beantragte Maßnahme nicht dem Leistungskatalog der GKV entfällt.



Fristberechnung – ein weihnachtliches Beispiel

Dezember 2019

Woche	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
48							<u>1</u>
49	2	<u>3</u>	<u>4</u>	5	<u>6</u>	7	<u>8</u>
50	9	10	11	12	13	14	<u>15</u>
51	16	17	18	19	20	21	<u>22</u>
52	23	<u>24</u>	<u>25</u>	<u>26</u>	27	28	29
1	30	<u>31</u>					

Antragseingang: 03.12.2019
 Fristbeginn: 04.12.2019
 Fristende: 24.12. oder 27.12.18?



Ruhensvereinbarungen



Ruhen des Verfahrens

Ruhen des Verfahrens bedeutet nicht immer Stillstand



- Urteil SG Trier, Az. S 1 KR 237/16; Beschluss LSG Rheinland-Pfalz
- Ruhen des Verfahrens: wirklich eine Entscheidung?
- Was bedeutet das?
- Die Mär vom Rechtsmissbrauch



Aktuelles zum Thema Ruhensvereinbarung

2 Fallgruppen:

1. Keine Ablehnung in der Frist, nur Ruhensvereinbarung
2. Ablehnung in der Frist, danach Ruhensvereinbarung



Im 1. Fall Genehmigungsfiktion wegen Nichtentscheidung in der Frist (wird von der TK idR anerkannt)

Im 2. Fall sog. „inhaltliche Überholung“ und Rechtswidrigkeit der Aufhebung der Ruhensvereinbarung (bedarf höchstrichterlicher Klärung)

Stationäre Therapie



BSG-Urteile v. 24.04.2018



Demontage des § 137 c Abs. 3 SGB V?



- Erwähnt wird **nur die Methode der Liposuktion**, sodass der Eindruck einer kosmetischen und medizinisch nicht indizierten Therapie entsteht
- Das für eine Anwendung des § 137 c Abs. 3 SGB V ausreichende Potential wird **contra legem** ausgehebelt (da keine Außenseitermethode, keine lediglich vorübergehende Erkrankung)
- Das Vorliegen einer Erprobungsmöglichkeit schließt die Anwendung des § 137 c Abs. 3 SGB V nicht aus (vgl. § 137 Abs. 3 S. 2 SGB V)
- Entscheidungen stehen **im Gegensatz zum Willen des Gesetzgebers** (Verwerfungsmonopol des Bundesverfassungsgerichtes)
- Der Wortlaut „dürfen angewendet werden“ wird zu „Potentialleistungen sind verboten“ konstruiert (Anwendungsbereich des § 137 c SGB V läuft ins Leere)

BSG-Urteile v. 24.04.2018



Demontage des § 137 c Abs. 3 SGB V?

- Abweichende Rechtsauffassung des **LSG Baden-Württemberg** zu den Urteilen des 1. BSG-Senates, L 11 KR 206/18, bezogen auf Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung
- Positive Entscheidung des **LSG Niedersachsen-Bremen**, L 4 KR 266/15, nach Revision im Verfahren BSG v. 28.05.2019, B 1 KR 32/18 R, wegen angeblich mangelnder Feststellungen an das LSG zurückverwiesen

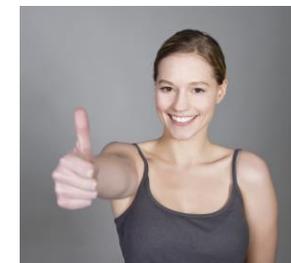
Gesundheitspolitische Entwicklungen



BT-Drucksache Nr. 19/13589



Entwurf eines Implantateregister-Errichtungsgesetz (EIRD) Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit:



Auf S. 45 ff. D E R Knüller, zunächst in Form eines Semikolons und Halbsatzes:

- In § 39 Abs.1 S. 1 SGB V wird eingefügt: „....umfasst auch Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Entscheidung nach § 137 c Abs. 1 SGB V getroffen hat und die das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten.“
- § 91 b SGB V (neu): Verordnungsermächtigung zur Regelung der Verfahrensgrundsätze der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung und im Krankenhaus (u. a.: „das sich anschließende Methodenbewertungsverfahren ist innerhalb von zwei (2!) Jahren abzuschließen“.)
- § 137 c Abs. 3 SGB V: In Absatz 3 Satz 1 werden nach den Wörtern „dürfen im Rahmen der Krankenhausbehandlung angewandt“ die Wörter „und von den Versicherten beansprucht“ eingefügt.

Eingebracht von der Bundesregierung

Angenommen von der CDU/CSU, der SPD und der FDP gegen die Stimmen der Linken bei Stimmenthaltung der Grünen und der AfD

- Anregung: „Der Bundestag wolle beschließen, den Gesetzesentwurf 19/10523 ... anzunehmen.“
- Der Ausschuss für Gesundheit setzt sich aus Mitgliedern aller Parteien zusammen
- Der Ausschuss gibt über Gesetzesentwürfe, Anträge und EU-Vorlagen aus dem Deutschen Bundestag eine Empfehlung ab (Sachkunde)
- Der deutsche Bundestag beschließt unter Einbeziehung des Bundesrates als Ländervertretung alle Gesetze, die unter die Hoheit des Bundes fallen (hier zu beachten: keine Zustimmungsbedürftigkeit – was gut sein kann, denn schon einer weniger, der ablehnen kann!!!)
- Initiative der Bundesregierung: Zuleitung an den Bundestag zur Stellungnahme; dann an den Bundestag. Bevor jedoch ein Gesetzesentwurf überhaupt im BT beraten werden kann, muss er dem Bundespräsident zugeleitet und von der Verwaltung registriert und gedruckt werden – dann kommt er in den Bundestag.

G-BA-Beschluss v. 19.09.2019 (Richtlinie)



Adressaten	Krankenhaus i. S. d. 108 SGB V	Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung	
Methode	Nur Tumescenz	ggf. mit wasserstrahlassistierten Systemen	und/oder ggf. mit Vibrationskanülen
Diagnose/Indikation	Lipödem Stadium III	insb. Disproportion	Dokumentation Patientenakte
Gruppe m. Adipositas	Konservativ > 6 Mte. BMI $\geq 35 < 40$	BMI < 35 Therapie Adipositas	
Verpflichtend vor 1. OP	BMI > 40 OP-Planung	Grdsl. keine operative Therapie Insb. Anzahl Eingriffe und Absaugvolumen	Aber: „soll“ (!)
Maximal zulässiges Absaugvolumen	8 % des Körpergewichtes in Litern	➤ 3.000 ml nur bei post-OP-Betreuung > 12 h	Notfallpläne (SOP) und Geräte für Notfallversorgung müssen vor Ort bereits gehalten werden Ggf. Kooperation mit Einrichtung mit intensivmedizinischen Einheiten
Ärzte	Fachärzte für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	Andere operativ tätige Facharztgruppen	
Expertise	50 + x Fälle vor Inkrafttreten des G-BA-Beschlusses selbständig durchgeführt	20 + x Fälle innerhalb von zwei Jahren unter Anleitung eines erfahrenen Anwenders	50 + x Fälle = zur Anleitung berechtigt
Mindestanforderungen nicht erfüllt	Wegfall Vergütungsanspruch	Anwendung zu Lasten GKV untersagt	
Unterrichtung	Information über Erprobungsstudie		
In Kraft	mit Veröffentlichung im Bundesanzeiger	Geltung bis 31.12.2024	

G-BA-Beschluss v. 19.09.2019

- **Nur wenige Patientinnen erfüllen die Anforderungen**
- Bei Schwerstbetroffenen BMI 40 + „soll“ nicht operiert werden
- Jedoch hier durch optimale Befundstützung ebenfalls antragstechnische Möglichkeiten 
- 1er und 2er –Stadien müssen weiterhin auf den Eintritt der Genehmigungsfiktion setzen, auf eine Teilnahme an der Studie (ca. 450 Plätze bundesweit) oder steuerliche Möglichkeiten (immer noch Stand BFH-Urteil v. 18.06.2015, Az. VI R 68/14) nutzen

Wissenswertes zur Adipositas-Therapie



Adipositas-Therapie



Konservativ

- Viele Kassen unterstützen Ernährungsberatung

Bariatrische Chirurgie

- Antragstellung erforderlich

Grundlagenurteile des BSG



BSG-Urteil vom 19.02.2003, Az. B 1 KR 1/02 R (Magenband)

BSG-Urteil vom 16.12.2008, Az. B 1 KR 2/08 R (Magenband)

Bariatrische Chirurgie ist ultima ratio, da Eingriff in ein gesundes Organ



Voraussetzungen:

- Gravierende Adipositas = mind. BMI 40 o. BMI 35 – 40 bei gravierenden Begleiterkrankungen
- Konservative Behandlungsmöglichkeiten erschöpft = erfolglose Teilnahme an einem ärztlich überwachten/koordinierten multimodalen Therapiekonzept (u. a. Ernährungsumstellung, Schulungen, Bewegungs- und Psychotherapie)
- Keine wesentlichen medizinischen Kontraindikationen (keine manifeste psychische Erkrankung, lebenslange Nachbetreuung ist gewährleistet, keine ernstlichen Zweifel an der Motivation des Versicherten zur Einhaltung ärztlicher Vorgaben)
- Tolerables Operationsrisiko

Maßgebliche Leitlinien im Adipositas-Bereich



S3-Leitlinie „Adipositas – Prävention und Therapie“,

Stand: 30.04.2014, gültig bis **30.04.2019 (!)**

S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolische Erkrankungen“,

Stand 01.02.2018, gültig bis 31.12.2022

S3-Leitlinie „Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter“,

2009 (z. Zt. überprüft)

Wichtiges aus den Leitlinien



- Bariatrische OP auch ohne vorherige konservative Therapie möglich, wenn geringe Erfolgsaussichten derselben bestehen oder die chirurgische Therapie nicht aufgeschoben werden kann
- In der Regel zu bejahen, wenn BMI ≥ 50 : besondere Schwere von Begleit- und Folgeerkrankungen der Adipositas; persönliche psychosoziale Umstände, die keinen Erfolg einer Lebensstiländerung in Aussicht stellen
- Je geringer der BMI, desto strenger die Anforderungen

Antragstellung bei bariatrischer OP

Zwei Aspekte:

Formale Gesichtspunkte

- Eingangsbestätigung
- Aufstellung MMK
- Arztberichte Fachärzte
- Ernährungsberatung
- Bewegungstherapie
- Psychotherapie/Verhaltenstherapie
- „Diätlebenslauf“
- Ernährungstagebuch (2 Wochen)
- SHG-Bescheinigung

Inhaltliche Gesichtspunkte

- Selbstauskunft (BMI, Einschränkungen, Verständnis für ultima ratio)
- Verweis auf Leitlinien
- Bereitschaft zur MDK-Vorstellung signalisieren



Antragstellung bei bariatrischer OP



Anwaltliche Empfehlung:

Zur Vorbereitung des Antrags den Begutachtungsleitfaden des MDK (erhältlich unter <https://www.mds-ev.de/richtlinien-publikationen/richtlinien-grundlagen-der-begutachtung/weitere-richtlinien.html>) die Teilziffern 7.1.2 durcharbeiten.
Hier wird klar, worauf es ankommt.



Nochmals ein Fiktionsintermezzo



Gilt § 13 Abs. 3 a SGB V im Hilfsmittelbereich?



- Gilt nur dann, wenn es um Krankenbehandlung geht
- Sobald es um Leistungen des Ausgleiches oder der Vorbeugung von Behinderungen o. ä. geht, ist § 13 Abs. 3 a SGB V nicht mehr einschlägig.
- BSG-Urteil vom 15.03.2018, B 3 KR 18/17 R (Definitiv-Unterschenkelprothese einschl. Prothesenfuß)
- Eine Behinderung wird kompensiert (mittelbarer und unmittelbarer Behinderungsausgleich), bei Krankenbehandlung besteht das Ziel in einer Heilung oder Besserung des Gesundheitszustandes
- Abgrenzung umstritten und nicht immer einheitlich

Ende der Kassenmitgliedschaft und Fiktion



LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 11.12.2018 – L 1 KR 1276/18



Einer Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3 a SGB V kommt gegenüber anderen Kassen keine Feststellungswirkung zu

Bei Ende der Mitgliedschaft wird somit die Fiktion gegenstandslos

Deshalb muss die fingierte Leistung v o r Ende der Mitgliedschaft in Anspruch genommen werden

LSG Stuttgart (8. Senat), Beschluss v. 17.12.2018 – L 8 R 419518 ER-B

.... Kann ein Hochschulstudium Gegenstand einer Fiktion sein?

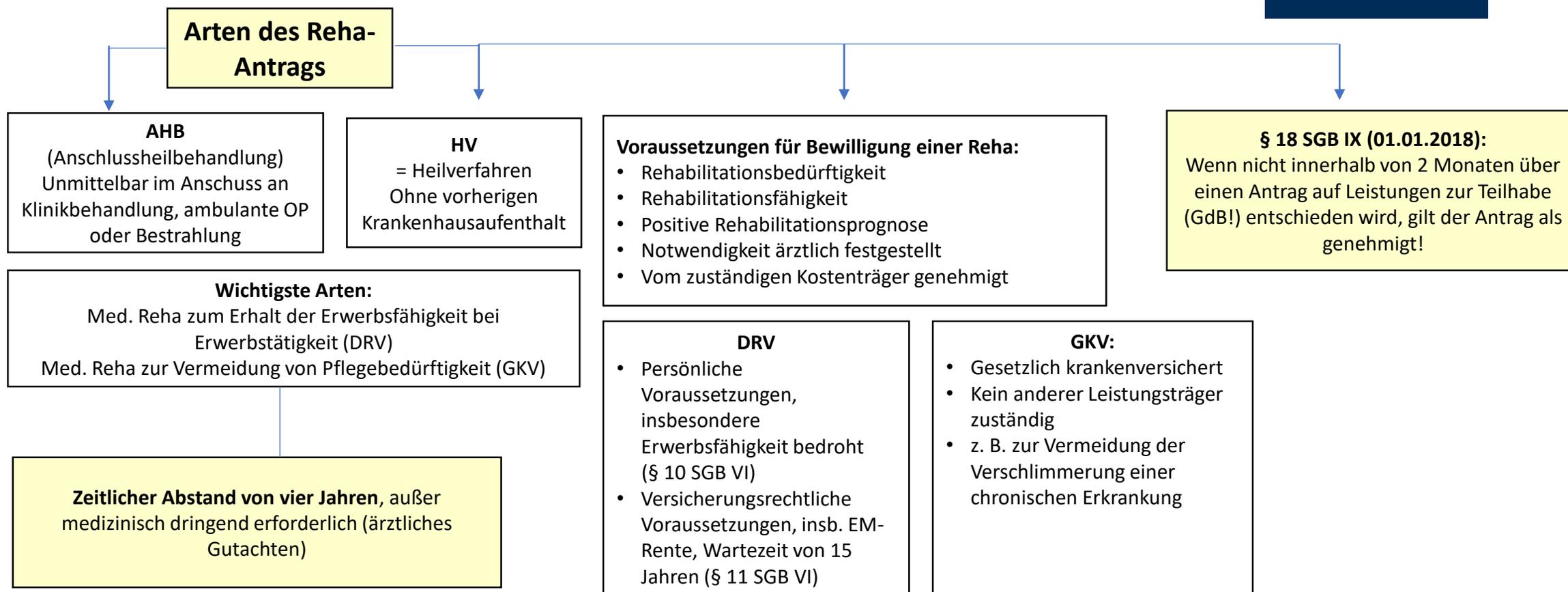
-> § 18 Abs. 3 SGB IX; wenn der Antragsteller die Leistung subjektiv für erforderlich halten durfte und diese nicht offensichtlich außerhalb des gesetzlichen Leistungskatalogs liegt

-> die berufliche Weiterbildung nach § 49 Abs. 2 Nr. 4 SGB IX hat zum Ziel, eine berufliche Wiedereingliederung zu ermöglichen, ohne dass ein sozialer Abstieg hinzunehmen wäre

Rund um die Reha

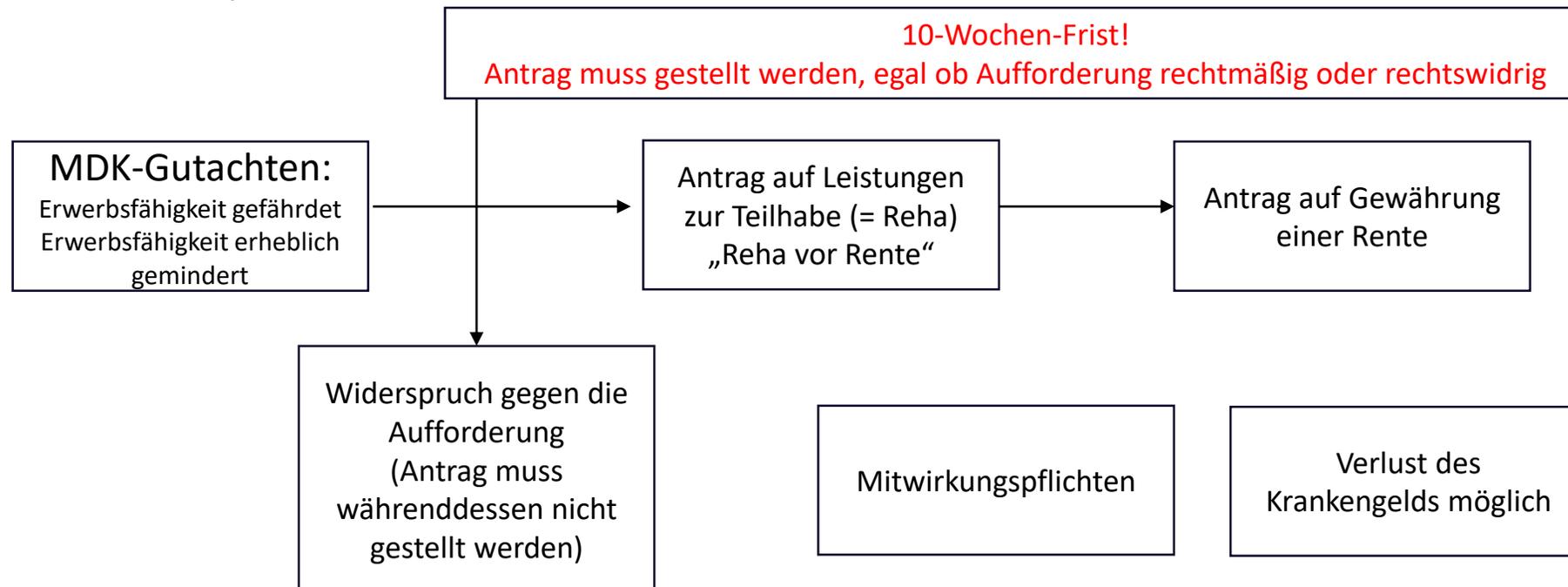


REHABILITATION

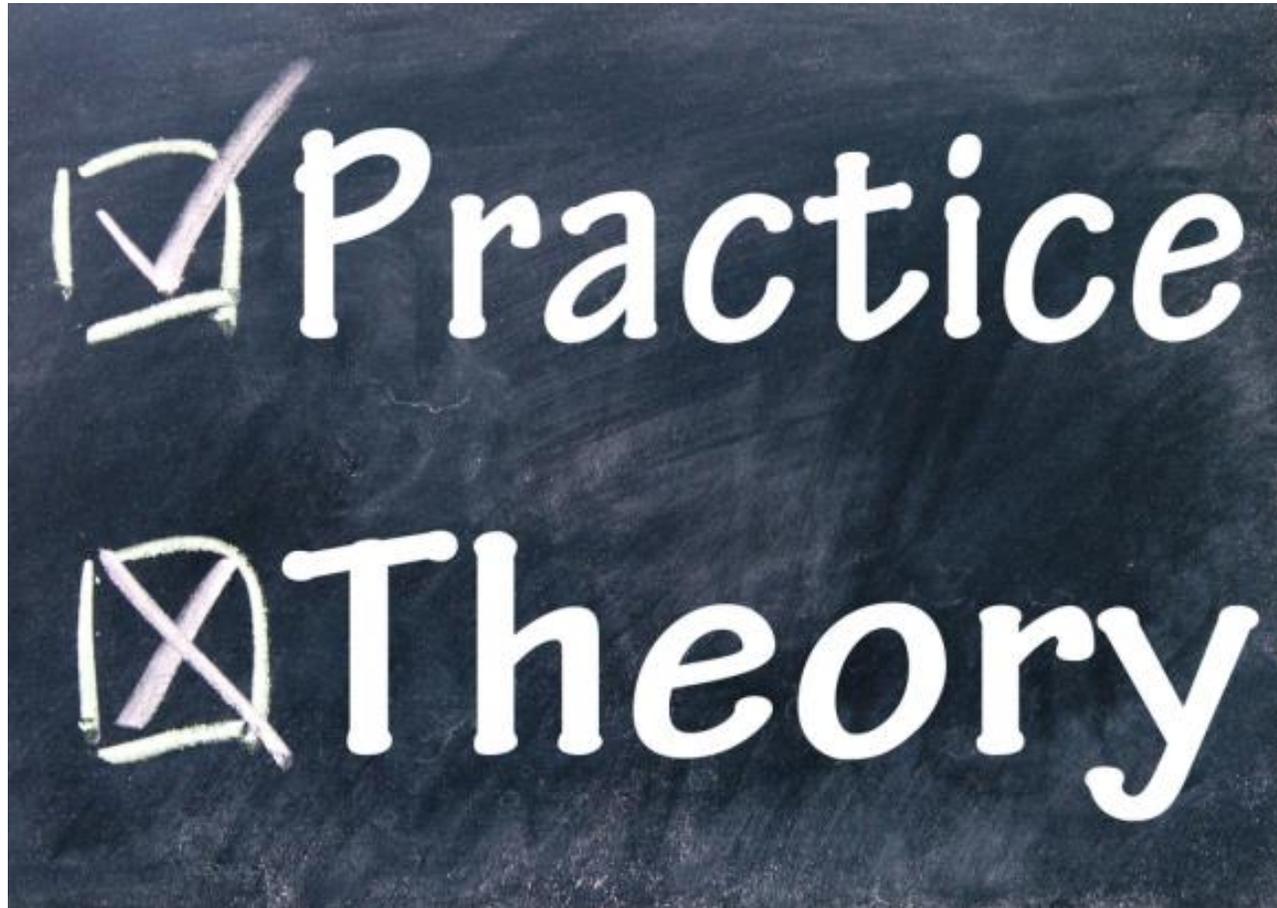


Zwangsrha?

- Die Krankenkasse kann bei Krankengeldbezug zur Reha auffordern (§ 51 SGB V)



Konservative Therapie



Konservative Therapie (Hilfsmittel)



Fall:

Hanni holt sich vom Phlebologen ein Rezept für ihre erste Flachstrickkompression. Einige Zeit später ruft das Sanihaus an und berichtet, dass eine Kompression verweigert wird. Der MDK sei der Auffassung, eine Rundstrickkompression sei völlig ausreichend.

Was ist zu tun?

Fall:

Resi beantragt nach einem halben Jahr auf Anraten ihres Phlebologen einen sog. Lymphapress (IKP). Nach drei Tagen erhält sie eine Schreiben der Kasse, dass eine Genehmigung mangels med. Notwendigkeit nicht erfolgen kann. Die verärgerte Resi ruft bei ihrer Kasse an, was das denn soll, Sie leide schließlich unter einer chronischen Erkrankung. Die Sachbearbeiterin der Kasse ist hilfsbereit und meint, dass Resi noch vielleicht ein Jahr warten und dann einen neuen Antrag stellen solle. Stimmt das?

Fall:

Resi hat außerdem die Jobst Relax als Nachtversorgung beantragt, ein entsprechendes Rezept des Phlebologen mit fundierter Begründung wurde dem Antrag beigelegt. Das Sanitätshaus teilt mit, dass die Kasse ablehne, weil die Jobst Relax nicht im Hilfsmittelkatalog aufgelistet sei.

Was ist zu tun?



Konservative Therapie (Hilfsmittel)



- Richtlinie des G-BA über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HilfsM-RL) und Hilfsmittelverzeichnis der GKV
- HilfsM-Verzeichnis = Auslegungshilfe
- Entscheidend sind: Diagnose, Bedarf, Fähigkeit zur Nutzung, Prognose und Ziel einer Hilfsmittelversorgung
- Geltung des § 13 Abs. 3 a SGB V = 3- oder 5-Wochen-Frist

Konservative Therapie (Hilfsmittel)



Ausfüllbeispiel
(<https://lymphnetz-konstanz.de/flachstrick-rezept/>)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Hilfsmittel-Nr.	Impf-Nr.	Sp.-Nr.	Blgr.-Nr.	Apotheken-Nr. / IK
Name, Vorname des Versicherten		7	B	9		
geb. am		Gesamt-Stufe				
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)		Vertragsarztstempel				
1 Diagnose: Lymphödem Stadium II		2 1 Stück mediven 550 Bein		17.06.17.2008		
auf idem		3 CCL 3, Strumpfhose (AT)				
auf idem		4 offene Fußspitze				
		6 Maßanfertigung, flachgestrickt				

Unterschrift des Arztes
Muster 16 (4-2002)

Quelle: Lymphnetz Konstanz

Konservative Therapie (Hilfsmittel)



- „Bevor eine Versorgung mit flachgestrickten Kompressionsstrümpfen in Frage kommt, muss eine Manuelle Lymphdrainage durchgeführt werden. Zudem ist zu prüfen, ob alternativ auch eine Versorgung mit rundgestrickten Strümpfen stattfinden kann. Bestehendes Übergewicht ist abzubauen.“ (GKV)
- „Wir bedauern, Ihnen mitteilen zu müssen, dass auch ärztlich verordnete Hilfsmittel nur im vertraglich vereinbarten Umfang erstattet werden können.“ (PKV)

Konservative Therapie (Hilfsmittel)



- **ZANKAPFEL Nachtversorgung (Jobst®Relax)** 
- „keine Nummer im Hilfsmittelverzeichnis – also gibt es keine Genehmigung“ – stimmt das wirklich???
- Das Hilfsmittelverzeichnis ist ein sog. offenes Verzeichnis (Auslegungshilfe)
- Entscheidend ist eine vertragsärztliche Verordnung nach den Kriterien „objektiv erforderlich, geeignet und notwendig“



Konservative Therapie (Heilmittel)



Der Fall:

Hanni beantragt bei der Kasse eine sog. Langfristgenehmigung, Diagnose: Lipolymphödem Stadium III.

Der Arzt, den sie aufgesucht hatte, war der Auffassung, hier müsse ein Antrag gestellt werden.

Sachbearbeiterin Schlau hat letztens in einer internen Kassenmitteilung gelesen, dass die MLD bei einem Lipödem sowieso nicht mehr angebracht sei. Deshalb lehnt sie ab mit der Begründung, dass keine gelistete Erkrankung lt. Heilmittelrichtlinie vorliege, außerdem auch keine funktionell vergleichbare Störung.

Was ist hier zu tun?

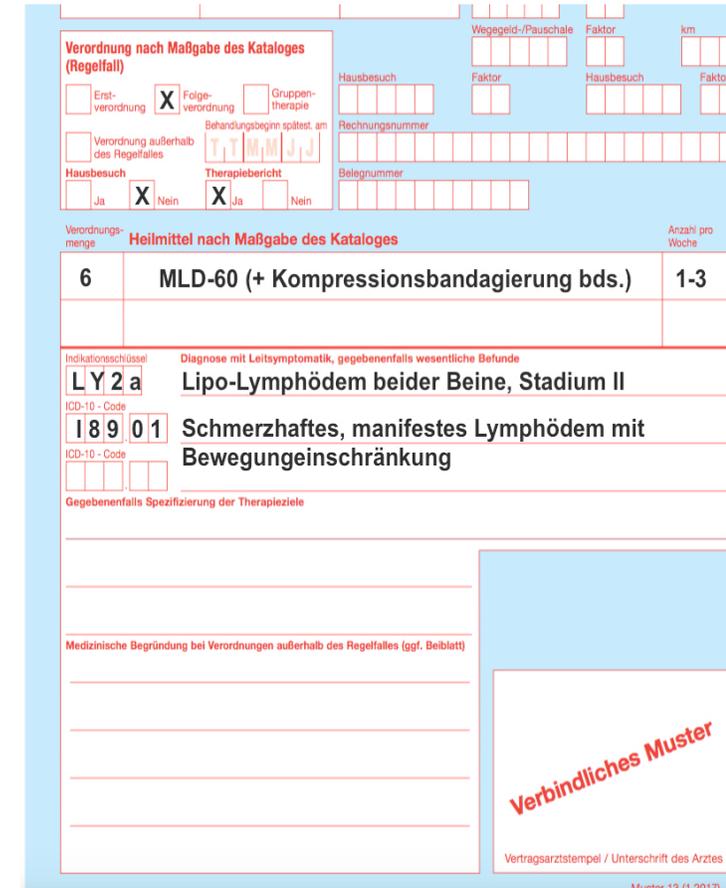


ICD 10 Codes Lipödem

ICD-Code	Diagnose (vereinfacht)	Langfristiger Heilmittelbedarf
E88.20	Lipödem, Stadium I	nein
E88.21	Lipödem, Stadium II	Auf Antrag möglich
E88.22	Lipödem, Stadium III	Auf Antrag möglich
E88.28	Sonstiges, näher nicht bezeichnetes Lipödem	Auf Antrag möglich

ICD-10-Code: legt Diagnose fest (was?)
 LY2 a: Indikationsschlüssel, legt Indikation fest (warum?)
 Lymphabflussstörungen mit langfristigem Behandlungsbedarf

Erhaltungsphase
(KPE II)

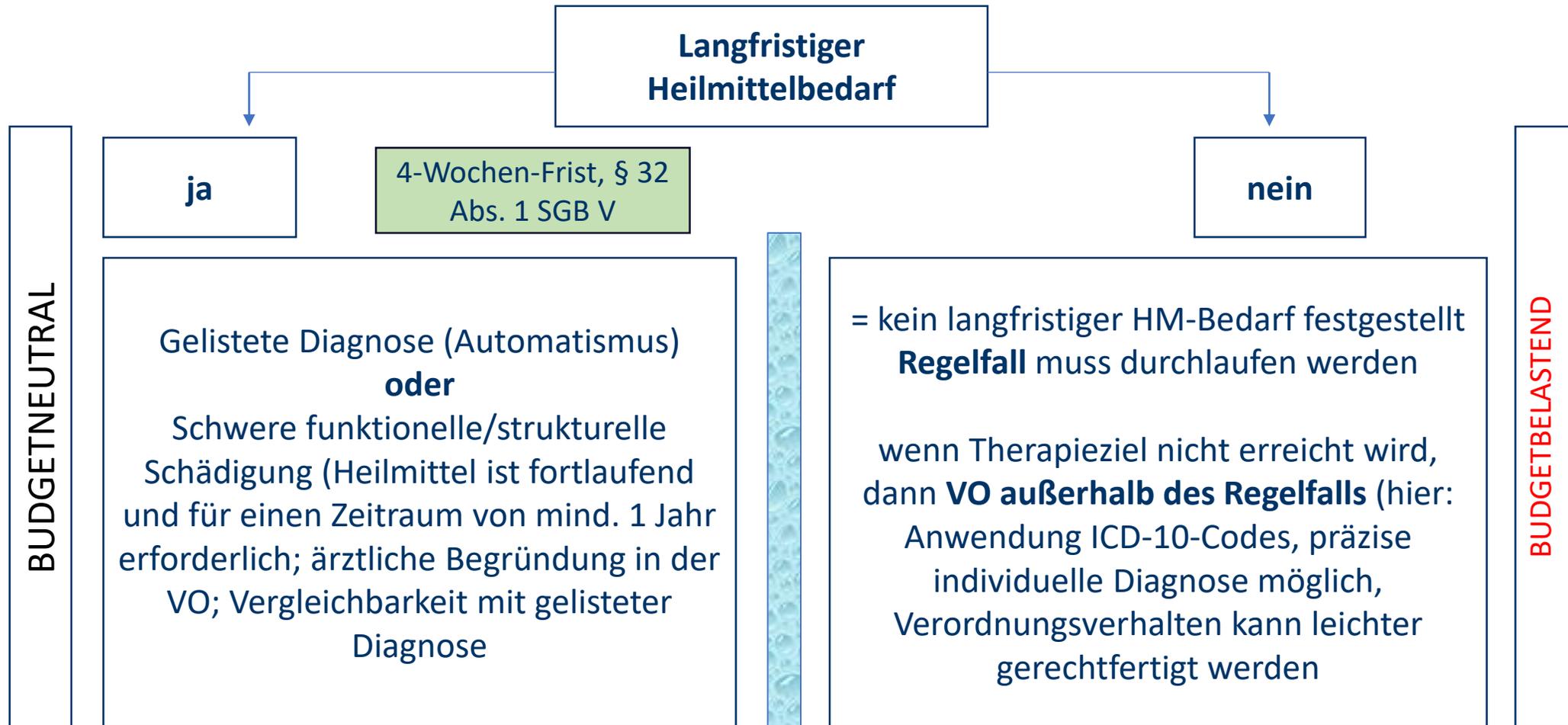


The form is a medical prescription for Lymphologic. It includes the following fields and entries:

- Verordnung nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall):**
 - Erstverordnung:
 - Folgeverordnung:
 - Gruppentherapie:
 - Verordnung außerhalb des Regelfalles:
 - Hausbesuch:
 - Therapiebericht: Ja, Nein
- Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges:**
 - Verordnungsmenge: 6
 - Heilmittel: MLD-60 (+ Kompressionsbandagierung bds.)
 - Anzahl pro Woche: 1-3
- Indikationsschlüssel:** LY2 a
- Diagnose mit Leitsymptomatik, gegebenenfalls wesentliche Befunde:** Lipo-Lymphödem beider Beine, Stadium II
- ICD-10 - Code:** I89.01
- Schmerzhaftes, manifestes Lymphödem mit Bewegungseinschränkung**
- Gegebenenfalls Spezifizierung der Therapieziele:** (Empty field)
- Medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles (ggf. Beiblatt):** (Empty field)
- Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes:** (Empty field)

Quelle: Lymphologic® med. Weiterbildungs GmbH

Konservative Therapie (Heilmittel)



Grad der Behinderung



Der Fall:

- **Hanni** hat außer einem Lipolympödem Stadium III noch Migräne, Tinnitus sowie Bronchialasthma. Sie stellt beim zuständigen Versorgungsamt des Landkreises Antrag auf Erteilung eines GdB 50 (Erstantrag nach § 69 SGB IX). Sie erhält die Mitteilung, dass ein GdB 40 besteht, entgegen ihres Antrages auf Schwerbehinderteneigenschaft also nur GdB 40 erteilt werden könne. Hanni ist damit nicht zufrieden. Was raten Sie ihr?
- **Resi** stellt ebenfalls einen GdB-Antrag (Diagnosen: Lipödem Stadium II, Funktionsbeeinträchtigung des Kniegelenks, Restless legs-Syndrom, Depression). Sie erhält einen GdB 30 mit dem Hinweis, dass Restless-legs-Syndrom und Lipödem keinen GdB begründen). Was kann man Resi hier empfehlen?
- **Britta**: Nach der Entfernung eines malignen Brustdrüsenumors im Stadium T2 sind gut 5 Jahre vergangen. Britta erhält ein Schreiben des Versorgungsamtes, in dem sie aufgefordert wird, aktuelle Befunde über ihren derzeitigen gesundheitlichen Status einzureichen, da der GdB überprüft wird. Britta hatte bisher Schwerbehinderteneigenschaft mit GdB 50. Nachdem Britta die Befunde eingereicht hat, erhält sie einen Bescheid mit der Mitteilung, ihr aktueller GdB betrage nunmehr noch 30. Britta hat zusätzlich ein Lymphödem am linken Arm, leidet unter Erschöpfungszuständen sowie einer Depression. Was ist zu tun?

GdB



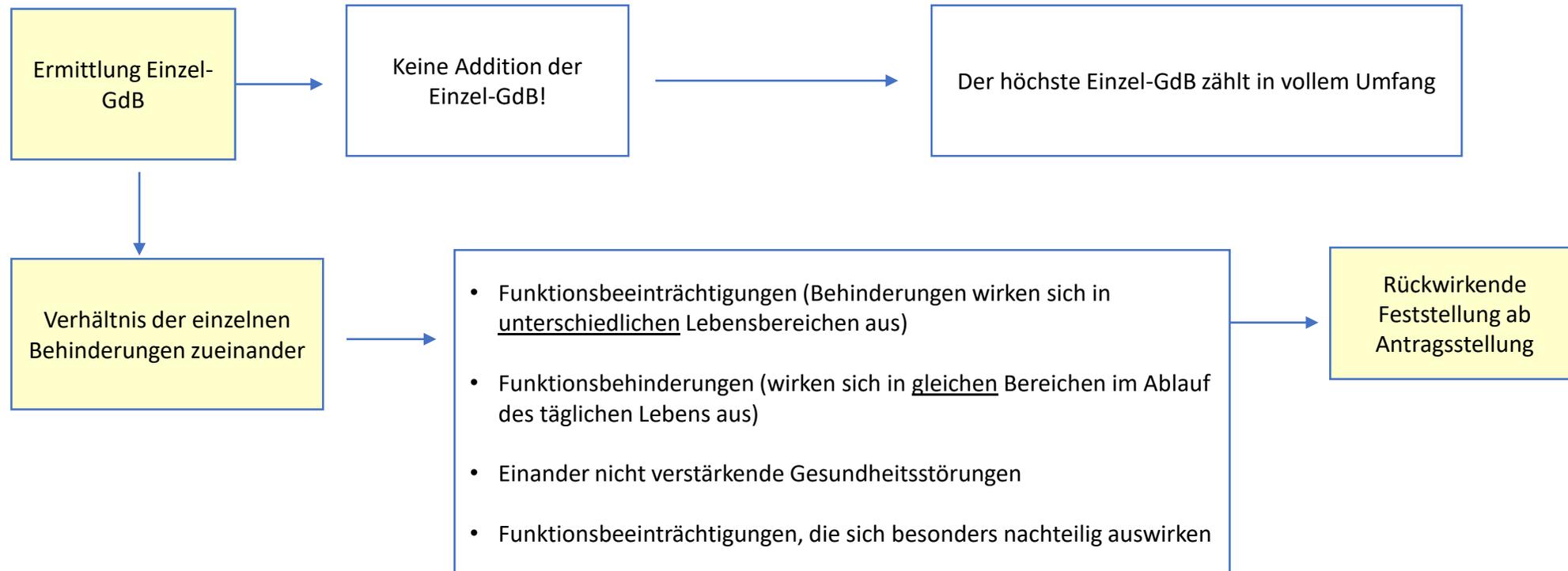
- GdB = Grad der Behinderung
- bei einem GdB von wenigstens 50 liegt eine Schwerbehinderung vor
- Besonderer Kündigungsschutz (Zustimmung Versorgungsamt, ggf. auch Gleichstellung bei GdB 30)
- Zusatzurlaub 1 Woche pro Jahr (§ 125 SGB IX), Freistellung von Mehrarbeit (§ 124 SGB IX)
- Vorzeitiger Eintritt in die Altersrente (35 Versicherungsjahre ratsam)
- Merkzeichen „G“ /erhebliche Beeinträchtigung im Straßenverkehr oder erhebliche Geh-/Stehbehinderung) ab GdB 50, steuerlich ggf. Ermäßigung Kfz-Steuer um 50 % oder „Freifahrten“
- ESt: Pauschbetrag gem. §33 b Abs. 1 EStG (310 – 1.420 €)

GdB



- Bei Lymphkrankeitungen gilt als Faustregel:
- An einer Gliedmaße ohne wesentliche Funktionsbehinderung, Erfordernis einer Kompressionsbandage: 0 – 10
- Mit stärkerer Umfangsvermehrung (> 3 cm) je nach Funktionseinschränkung 20 – 40
- Mit erheblicher Beeinträchtigung der Gebrauchsfähigkeit der betroffenen Gliedmaße je nach Ausmaß 50 – 70
- Bei Gebrauchsunfähigkeit der ganzen Gliedmaße 80
- Regelfall bei Lipödem: GdB 30 - 40

GdB-Gesamtermittlung



Verfahrenstechnische Fragen



Verfahrensablauf Vorverfahren



- Bis zum Widerspruchsbescheid liegt nur **e i n** Verfahren vor, welches sich zusammensetzt aus
 - Antrag
 - Ablehnungsbescheid
 - Widerspruch
 - Begutachtung MDK/Ärztlicher Dienst des Versorgungsamtes/Sozialmed. Dienst der KBS
 - Weiterleitung Widerspruchsausschuss (GKV, DRV) o. Landesversorgungsamt
 - Widerspruchsbescheid
- -> §§ 77 ff. SGG (Sozialgerichtsgesetz)



WIDERSPRUCH



Anwaltliche Empfehlung:

- Ein fristwahrender Widerspruch reicht zunächst aus, Begründung ist nicht zwingend und kann nachgereicht werden
- Der Widerspruch kann jederzeit zurückgenommen werden
- Derzeit bitte im Stadium I und II nicht an der medizinischen Indikation festklammern
- Beratung im Vorfeld empfehlenswert (bei SGB II-Bezug gibt es Beratungshilfe)

KLAGE VOR DEM SOZIALGERICHT

FAQ:

- Braucht man einen Anwalt?
- Benötigt man eine Rechtsschutzversicherung?
- Kann ich dem Richter vertrauen?
- Kostet die Klage Geld?
- Was muss ich tun, um Klage zu erheben?



DER TERMIN



Anwaltliche Empfehlung:

- Vor dem Sozialgericht besteht kein Anwaltszwang
- Aber: die Hinzuziehung eines Anwalts ist durchaus empfehlenswert
- Bereits unter Anwälten gilt: „in eigener Sache ist man der schlechteste Anwalt“
- Stresssituation (häufig im Sozial- und Medizinrecht)

GOÄ-Fragen



WIRKSAME HONORARVEREINBARUNG NACH GOÄ



- **Muster für eine Honorarvereinbarung**
- Nach persönlicher Erläuterung durch (Name des Arztes) wird zwischen Frau/Herrn
- (Name und Anschrift des Arztes)
- und Frau/Herrn
- (Name und Anschrift des Patienten, bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)
- wird gemäß § 2 GOÄ folgende von den Bestimmungen des § 5 GOÄ abweichende Honorarvereinbarung getroffen:
- Für die Erbringung der folgende Leistung(en) wird derfache Steigerungssatz vereinbart.

GOÄ-Nummer	Leistungsbeschreibung	Steigerungssatz	Betrag in Euro

- **Begründung (str.):**
- Mit seiner Unterschrift bestätigt Frau/Herr (Name des Patienten), dass er/sie
- auf die möglicherweise nicht volle Erstattungsfähigkeit der Liquidation hingewiesen wurde,
- ihr/ihm ein Abdruck dieser Vereinbarung ausgehändigt wurde.
-(Ort, Datum)(Unterschrift beider Parteien)
- Quelle: GOÄ-Kommentar, Peter M. Hermanns, Springer Verlag

WIRKSAME HONORARVEREINBARUNG NACH GOÄ



- Hinweis auf BSG-Urteil v. 11.07.2017, Az. B 1 KR 1/17 R:

„Versicherten entstehen dann keine Kosten im Rechtssinne, wenn der behandelnde Arzt anstelle der Vergütung von Einzelleistungen ein Pauschalhonorar ohne Bezugnahme auf das Leistungsverzeichnis der GOÄ in Rechnung stellt und den Auslagenersatz pauschaliert.“

„Trotzdem – ohne Kenntnis dieser Rechtslage – geleistete Zahlungen kann der Patient vom Arzt selbst dann zurückfordern, wenn er sich mit dem OP-Ergebnis zufrieden gezeigt hat.“

Bitte keine Begriffe wie „ästhetisch“ oder „kosmetisch“!

Umgang mit dem Finanzamt



DAS FINANZAMT



Anwaltliche Empfehlung:

BFH-Urteil v. 18.06.2015, Az. VI R 68/14 als letzter Stand

Neue Taktik der Amtsärzte: Liposuktion bei Lipödem = wissenschaftlich anerkannte Therapie, Finanzämter fordern trotzdem eine Bescheinigung für steuerliche Zwecke gem. § 64 EStDV



DAS FINANZAMT

Anwaltliche Empfehlung:

- Amtsärztliches Attest bzw. Bescheinigung für steuerliche Zwecke gem. § 64 EStDV im Vorfeld beantragen
- Bei Ablehnung der Erteilung (diese möglichst schriftlich!) so argumentieren, dass eine wissenschaftlich anerkannte Methode vorliegt
- Dieses Thema muss erst beim BFH ankommen, damit einheitlich verfahren werden kann
- Auch hier besteht die Möglichkeit, dieses Thema aktiv gesundheitspolitisch einzubringen!



Anwalts Liebling und andere Vereine



Rechtsschutzversicherung



- Was kann die Rechtschutz, was kann sie nicht?
- Rechtschutz = Vollkasko? Das Kreuz mit der Mittelgebühr
- Auf die ARB achten, moderate SB wählen
- Schnell noch eine Rechtschutz **n a c h** Antragstellung?
(= vorvertragliche Ursache, nicht gedeckt)
- PKV-PatientInnen: „nicht ohne meinen Rechtschutz“
- Anwalt haftet für Erfolgsaussichten? (!)

In eigener Sache



Der Anwalt als solcher



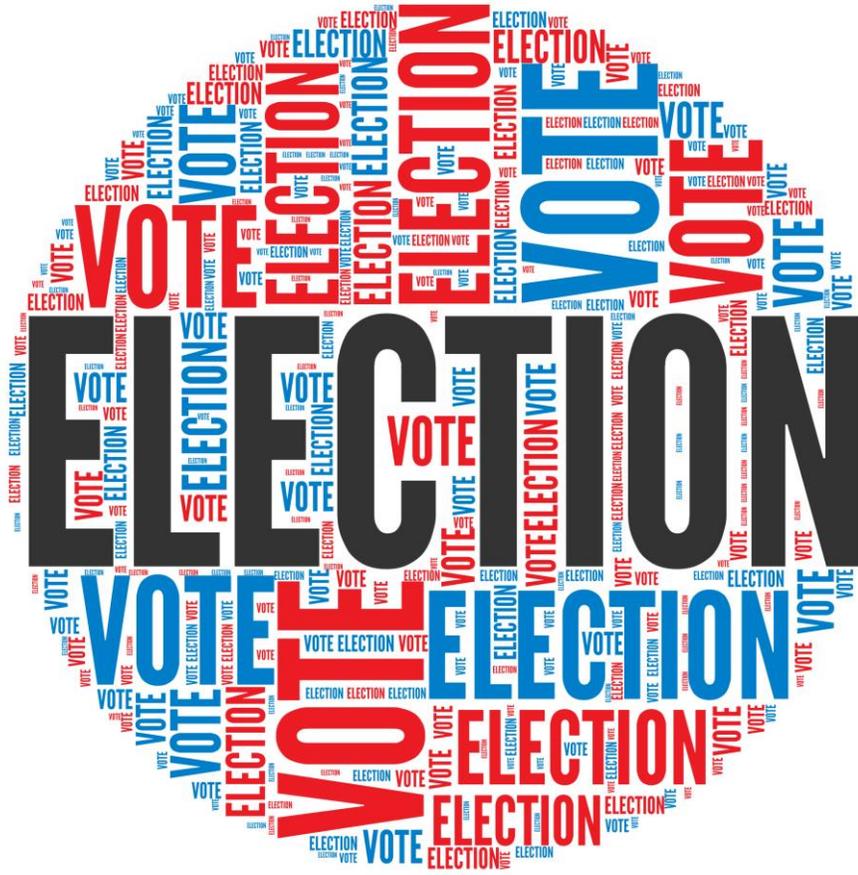
- „Anwälte sind zu teuer, die tun nach Vorschuss gar nix“
- „Menschlich daneben, wenig einfühlsam, nehmen sich keine Zeit“
- „Schlecht erreichbar“
- „kein guter Anwalt, der hat das nicht durchgesetzt“

WebAkte



- viele Anwälte benutzen zwischenzeitlich insbesondere wegen der DSGVO-Anforderungen die Webakte
- Wie funktioniert die Webakte?
- Warum sollte der Mandant diese nutzen?

Politische Handlungsformen für Patienten



Politische Handlungsformen für Patienten



Was wir jetzt nicht tun sollten:

- Aussichtslose Klageverfahren anstrengen

Was wir tun sollten:

- Informierte Patientinnen sind mündige Patientinnen
- Unsere Basis stärken – Stichwort SHG
- Rechte in der sozialversicherungsrechtlichen Selbstverwaltung wahrnehmen



Wie funktioniert die sozialrechtliche Selbstverwaltung?

- Versicherte der GKV (auch DRV und BG) können sich zu sog. freien Listen zusammenschließen
- Je nach Versicherungsträger müssen **bis zu 2.000 Unterschriften** beigebracht werden (Unterstützerunterschriften = sog. **Quorum**)
- Aus dem Kreis der Versicherten gewählte Vertreter der Selbstverwaltung sitzen in den Verwaltungsräten und benennen z. B. Mitglieder der Widerspruchsausschüsse, welche über NUB, Reha, Präventivmaßnahmen etc. entscheiden
- Es besteht bei Erfüllung der formalen Voraussetzungen ein einklagbarer Anspruch auf Zulassung zur Sozialwahl (§ 57 SGB IV)

Zum Schluss



Checkliste für Lipödempatientinnen

- Kann ich Fristen berechnen?
- Weiß ich, was in einen Antrag gehört?
- Weiß ich, wann es Zeit ist, etwas abzuhaken?
- Wie sieht es mit meiner Stressbewältigung aus?
- Arbeite ich an meiner Lebensqualität?
- Kann ich erklären, was „gemeinsam statt einsam“ bedeutet?



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!





RULE
Anwaltskanzlei Leitenmaier

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

RULE Anwaltskanzlei Leitenmaier
Hermannsberg 14 | D-92334 Berching

T: +49 (0) 8460 / 541

M: info@kanzlei-leitenmaier.de

W: www.kanzlei-leitenmaier.de



Ruth Leitenmaier
Rechtsanwältin