

Rechtliche Tipps rund ums Lip- und Lymphödem

Ruth Leitenmaier
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Sozialrecht

4. Oberbergischer Lymphtag
Gummersbach – 11.09.2021
SHG Lip-Lymph-Oberberg

Derzeitige Rechtslage



Gesundheitspolitische Entwicklungen



BT-Drucksache Nr. 19/13589



Implantateregister-Errichtungsgesetz (EIRD)



Überblick über die Änderungen:

- In § 39 Abs.1 S. 1 SGB V wurde 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 wurden nach den Wörtern „dürfen im Rahmen der Krankenhausbehandlung angewandt“ die Wörter „und von den Versicherten beansprucht“ eingefügt.

G-BA-Beschluss v. 19.09.2019 (Richtlinie)



Adressaten	Krankenhaus i. S. d. 108 SGB V	Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung	
Methode	Nur Tumeszenz	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 > 40	BMI < 35 Therapie Adipositas Grdsl. keine operative Therapie	Aber: „soll“ (!)
Verpflichtend vor 1. OP	OP-Planung	Insb. Anzahl Eingriffe und Absaugvolumen	
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	

Stadium III: Nur bis BMI < 35???

- BMI 35 - \leq 40 – Patientinnen müssen nachweisen können, dass eine Adipositas-Therapie durchgeführt wird bzw. wurde
- BMI 40 + - Patientinnen: entscheidend ist hier die optimale Befundstützung dahingehend, dass der therapeutische Effekt der operativen Therapie nicht durch die negativen Einflüsse der bestehenden Adipositas aufgehoben wird = Zweckmäßigkeit der Behandlung.
- <https://www.g-ba.de/beschluesse/3961/>

G-BA-Beschluss v. 19.09.2019



Was ist zu tun, wenn ich Stadium I oder II habe???

- Eintritt der Genehmigungsfiktion, auch nach dem 26.05.2020
- Teilnahme an der Studie (ca. 450 Plätze bundesweit) –
Bewerbungsprozess abgeschlossen, erste Stimmen zur Studie
- Einzelfallentscheidung im Rahmen des § 137 c Abs. 3 SGB V ab
Inkrafttreten des EIRD bei Erfüllung der G-AEP-Kriterien
- Steuerliche Möglichkeiten (vorerst immer noch Stand BFH-Urteil v.
18.06.2015, Az. VI R 68/14), strittig: § 64 EStDV

Paradigmenwechsel in der BSG- Rechtsprechung

- Vorher – nachher bei Typberatung, ästhetischen OPs:
- normalerweise so:



Paradigmenwechsel in der BSG- Rechtsprechung

**Beim BSG im
Ergebnis
zunächst einmal
so:**



QUO VADIS 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)**

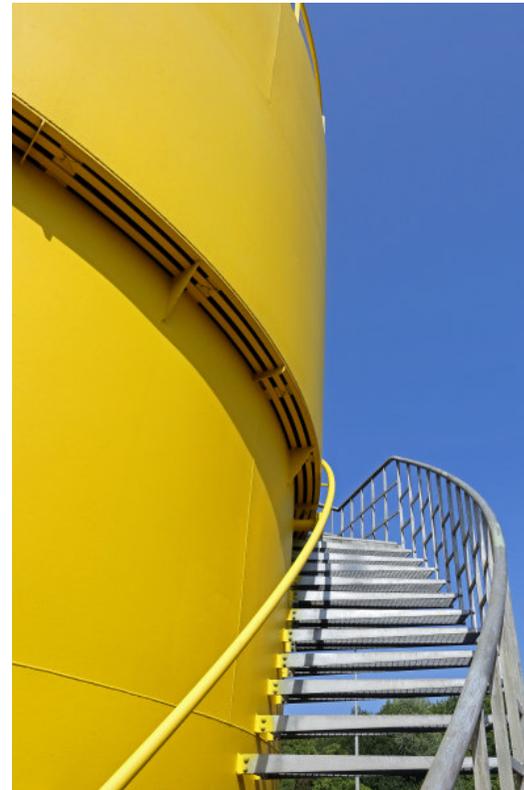


QUO VADIS BSG?



Ein Wechsel im 1. Senat = (Paradigmen)Wechsel 180 Grad!

- **Genehmigungsfiktion: nur nach Erstattungsprinzip**
- **Stationäre Liposuktion bei Lipödem: unter engen Voraussetzungen möglich**



Anforderungen an ambulante Therapie



Gründe für die strengen Anforderungen an ambulante Behandlungen

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in ambulanter Form bedürfen **IMMER** einer positiven Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses!

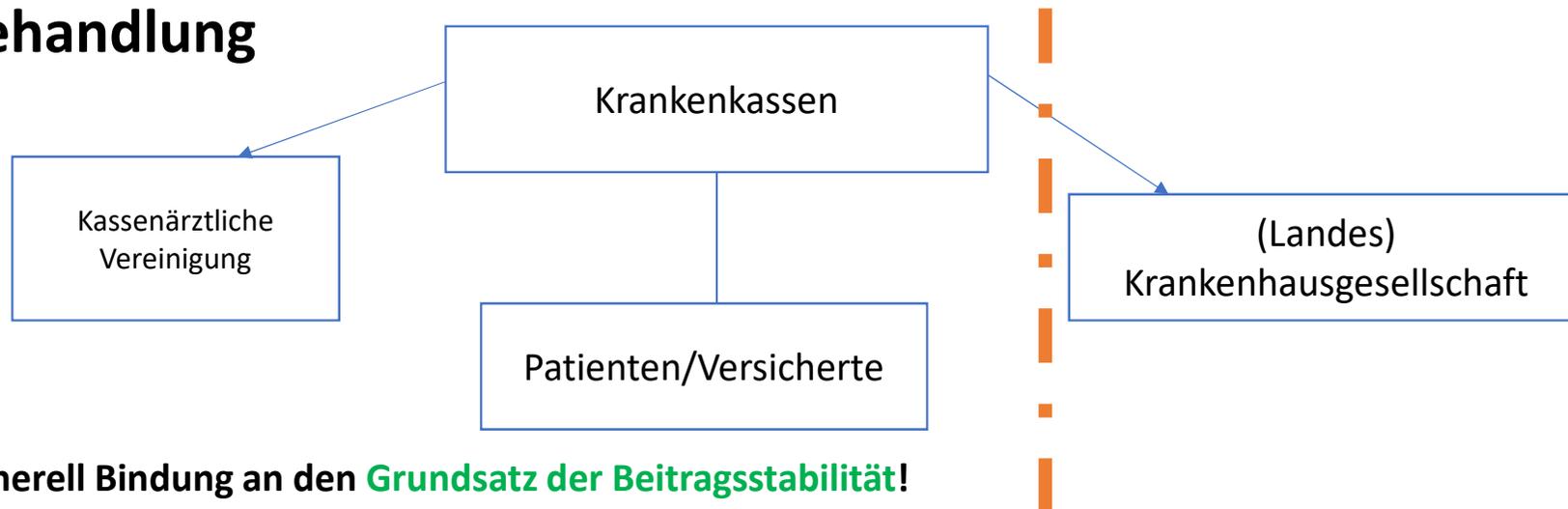
In der vertragsärztlichen Versorgung soll **Qualitätssicherung** stattfinden, also ein bestimmter Mindeststandard gewahrt sein.

Der G-BA regelt dies über **Richtlinien** (§ 135 Abs. 1 SGB V), indem er Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bewertet und außerdem Qualitätskriterien festlegt, z. B. notwendige Qualifikation der Ärzte, apparative Anforderungen und Anforderungen an die konkreten Maßnahmen der Qualitätssicherung.

Das in der GKV geltende **Solidarsystem** bedingt eine möglichst strenge Ausgabenkontrolle

Anforderungen an ambulante Therapie

Systematik der vertragsärztlichen ambulanten Behandlung



Generell Bindung an den **Grundsatz der Beitragstabilität!**

Abrechnung nach EBM-Ä

Nur innerhalb des bestehenden Systems ist ärztliche Versorgung vorgesehen (Solidarprinzip)

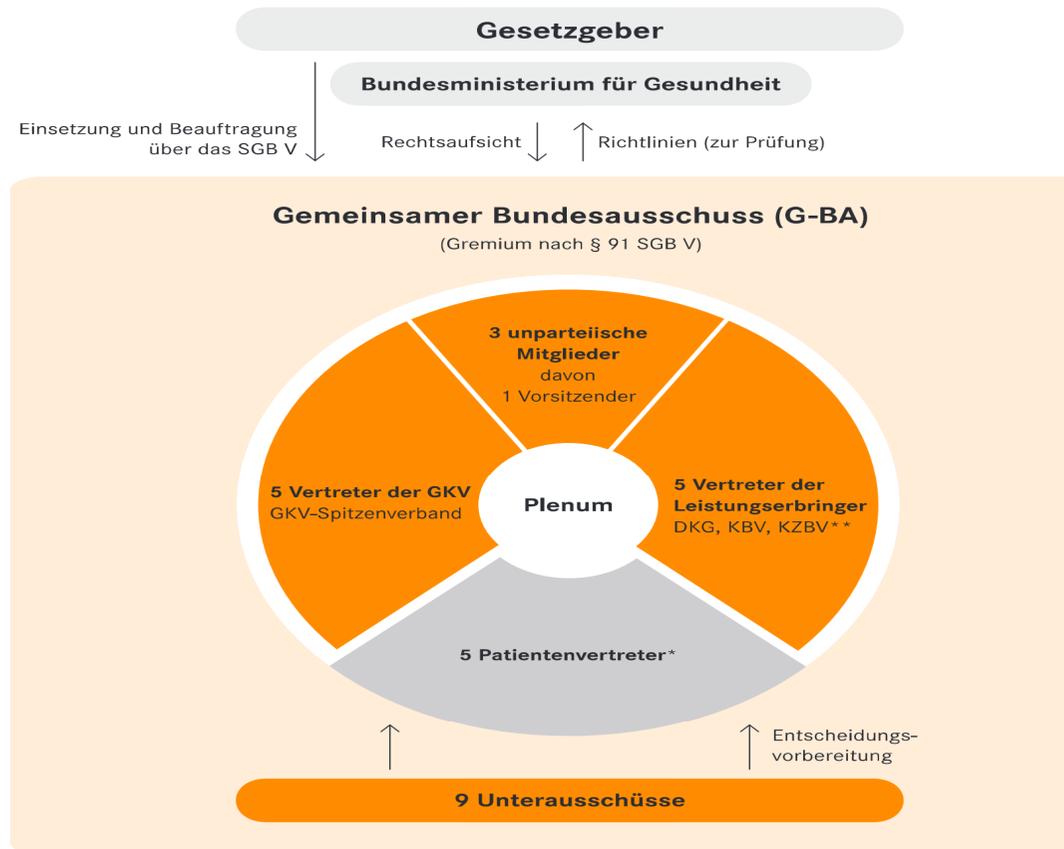
Rechtsprechung 1. Senat BSG



Systematik der Krankenhausbehandlung

- **Zugelassenes Haus nach § 108 SGB V (Plankrankenhaus, Vertragskrankenhaus, Uniklinik)**
- **Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit (der Patient bedarf der besonderen Mittel eines Krankenhauses)**
- **Medizinische Indikation**
- **Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative**
- **Einzelfallentscheidung**

Stimmverhältnisse im G-BA und deren Bedeutung



* Mitberatungs- und Antragsrecht, jedoch kein Stimmrecht

** Die Leistungserbringer sind nur zu den Themen stimmberechtigt, die ihren Versorgungsbereich wesentlich betreffen. Andernfalls erfolgt eine anteilige Stimmübertragung auf die betroffenen Organisationen nach § 14a Abs. 3 GO.

Quelle: G-BA Downloads

Bedeutung der Genehmigungsfiktion



- Gesetzliche Frist des § 13 Abs. 3 a SGB V =
3 Wochen nach Antragseingang bzw. fünf Wochen unter Einbeziehung des MDK
- Nachweis des Antragseingangs, z. B. durch Quittierung bei persönlicher Abgabe oder Einwurfeinschreiben
- Der Antrag muss **fiktionsfähig** sein, d.h. er sollte umschreiben, was genau beantragt wird
- Eine Befundstützung ist entgegen anderen Aussagen nicht zwingend, aber empfehlenswert
- **Stichwort: „genehmigt wie beantragt“**
- Es gibt ein neueres Urteil des BSG vom 26.05.2020, Az. B 1 KR 9/18 R (eigentlich mehrere, auch des 3. Senates), hier endet das Sachleistungsprinzip bei der Fiktion!
- Dieses existiert nicht mehr, sondern nur noch das Kostenerstattungsprinzip. Was bedeutet das?

Rechtsprechung 1. Senat BSG



Genehmigungsfiktion im neuen Gewand



Ablehnungs- und Widerspruchsbescheide müssen **IMMER** angefochten werden (die Fiktion ist sonst nicht mehr gegeben!)

Die Fiktion ermöglicht keine Sachleistung mehr = es ist **IMMER** eine Vorfinanzierung erforderlich

Gutgläubigkeit ist ein auf den konkreten Fall anzuwendendes, auslegungsbedürftiger Rechtsbegriff = **Konfliktpotential!**

Gutgläubigkeit = weder positive Kenntnis noch grob fahrlässige Unkenntnis vom Nichtbestehen des Anspruchs

Die Fiktion ist kein Verwaltungsakt mehr, sondern **nur Recht zur Selbstbeschaffung**

Ein Überprüfungsantrag nach **§ 44 SGB X** im Nachhinein ist nicht mehr möglich

Rechtsprechung 1. Senat BSG



Genehmigungsfiktion im neuen Gewand

Die Fiktion ist eingetreten, der Ablehnungsbescheid wird angefochten, die Kasse behauptet, es sei Bösgläubigkeit eingetreten sprich keine Gutgläubigkeit mehr gegeben, gerade weil der Ablehnungsbescheid ergangen ist

Stimmt das?

Nein, es stimmt nicht, Gutgläubigkeit kann sogar noch im Klageverfahren gegeben sein.

Das BSG formuliert das so sinnig:

„Es kommt nicht auf formale Ablehnungsentscheidungen an, sondern auf die Qualität der fachlichen Argumente und ihre Nachvollziehbarkeit durch die Versicherten.“ BSG a. a. O., Tz. 25



Genehmigungsfiktion im neuen Gewand

Ist das Erstattungsprinzip gegenüber völlig mittellosen Versicherten ungerecht?

Rechtsdogmatisch gerade nicht!

- Begründet wird dies damit, dass keine verfassungswidrige Ungleichbehandlung im Sinne des Art. 3 GG vorliege, einfach deswegen weil die Vorschrift des § 13 Abs. 3 a SGB V zwar eine verspätete Entscheidung seitens der Krankenkasse sanktionieren will, aber nicht allen Versicherten einen Zugang zu Sachleistungen ermöglichen soll, die (noch) außerhalb des Systems des SGB V liegen
- Es sollen auch keine Ansprüche begründet werden, die nach dem GKV-Recht grundsätzlich nicht bestehen
- Bei sämtlichen Kostenerstattungsregelungen ist die Vorleistungspflicht und eine gewisse wirtschaftliche Leistungsfähigkeit immanent (wird also vorausgesetzt)
- **Im Ergebnis rechtsdogmatisch zutreffend**, weil es nicht sein soll, dass eine solche Regelung eine Leistungsübernahme ermöglicht, wo doch eigentlich eine Entscheidung nach der medizinischen Indikation getroffen werden soll

Vorgehensweise des Sozialrechtlers



BSG
26.05.2020

- **Formal:**
 - hat die Kasse in der Frist des § 13 Abs. 3 a SGB V entschieden?
(3 o. 5 Wochen)
 - lässt sich der Antragseingang nachweisen?
- **Konnte die Leistung selbst beschafft werden? (auch über schriftlichen Behandlungsvertrag)**
- **Materiellrechtlich:**
 - bei ambulanter Behandlung: Systemversagen wg. verspäteter Beschlussfassung des G-BA?
 - bei stationärer Behandlung im Sinne des § 137 c Abs. 3 SGB V: gibt es Gründe für einen **Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit? (G-AEP-Kriterien)**, Einzelfallentscheidung über Neufassung des § 137 c Abs. 3 SGB V i. d. F. des EIRD?
- **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**

BSG
25.03.2021



Genehmigungsfiktion



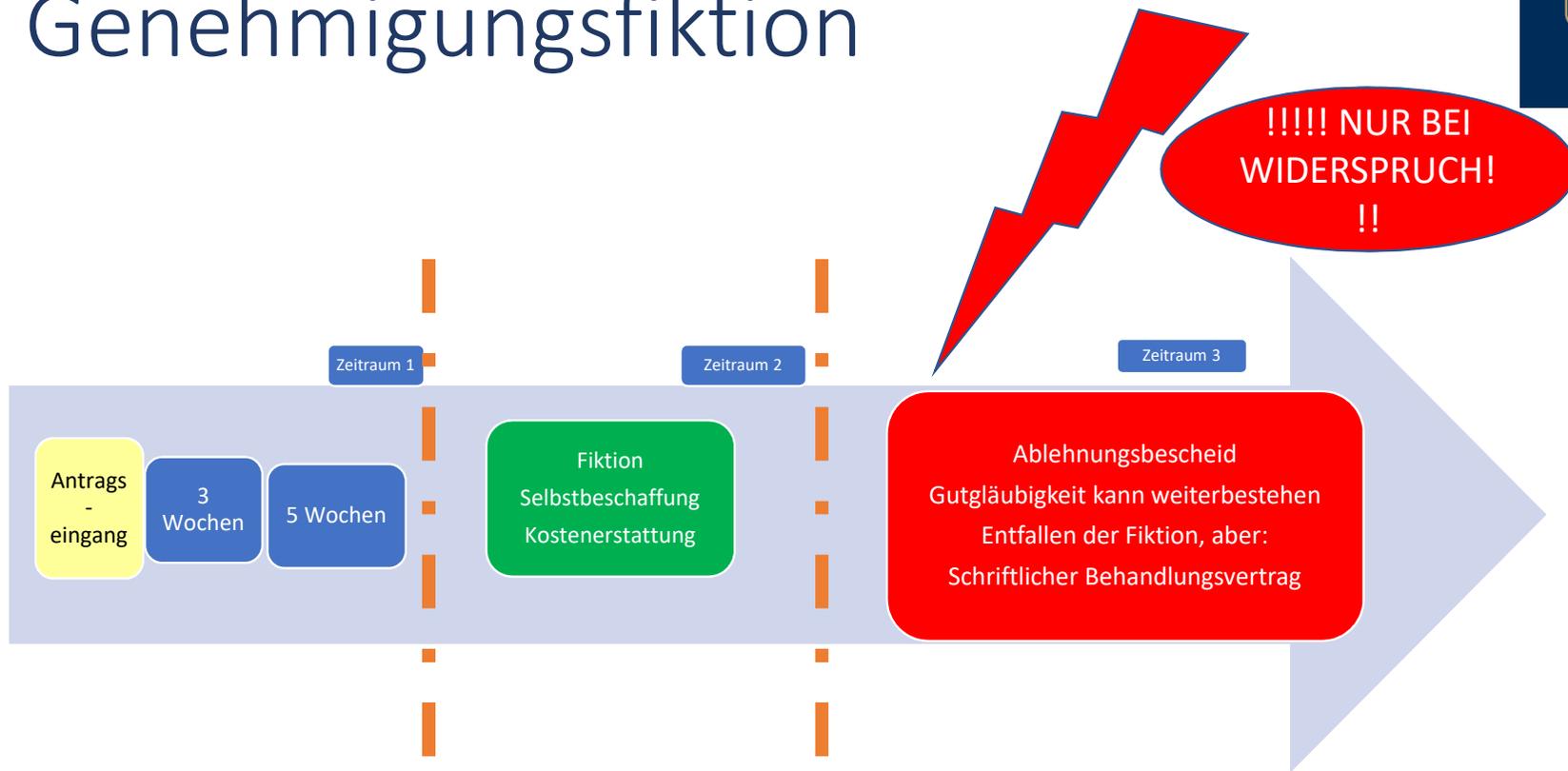
- Erste Reaktionen nach dem BSG-Urteil v. 26.05.2020:

Wenn der Ablehnungsbescheid die Fiktion beendet, muss ich dann schon alle Ops durchgeführt haben?

Wie kann das gehen (funktioniert ja nicht zeitlich)

??????

Genehmigungsfiktion



Genehmigungsfiktion



Merkmal der Gutgläubigkeit

- = der Versicherte hat im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung keine Kenntnis oder grob fahrlässige Unkenntnis vom Nichtbestehen des materiellen Leistungsanspruchs

Grob fahrlässig, was heißt das?

- „wer die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt, d. h. wer schon einfachste, ganz naheliegende Überlegungen nicht anstellt und daher nicht beachtet, was im gegebenen Fall jedem einleuchten muss“, so die Tz. 24 des BSG-Urteils

Nach Meinung der Krankenkassen ist es bereits grob fahrlässig, einen Antrag zu stellen und nach Ablauf der Frist die Operationen durchführen zu lassen!!! (= immerwährende Bösgläubigkeit)

Genehmigungsfiktion



Merkmale der Gutgläubigkeit:

- Ist dann nicht mehr gegeben, wenn sich Versicherte trotz erdrückender Sach- und Rechtslage besserer Erkenntnis verschließen

Aber interessanterweise:

- Nur wenn negative Entscheidung, reicht das nicht automatisch aus, um Bösgläubigkeit anzunehmen, sogar wenn die Entscheidung der Krankenkasse auf einer Stellungnahme des MDK beruht (!!!!!)
- Interessant auch bei Tz. 25: „Allein der Umstand, dass ein Arzt Versicherten verdeutlicht, Krankenkassen sähen die Rechtslage zuungunsten der Versicherten anders, er als Vertragsarzt wolle deshalb im Verhältnis zu den Krankenkassen nicht das Vergütungsrisiko übernehmen, daher empfehle er einen Leistungsantrag bei der zuständigen Krankenkasse“ = **KEINE Bösgläubigkeit!**

Grundsatzregeln bei Fiktion des § 13 Abs. 3 a SGB V



- Ob Verfristung oder nicht, es ist immer noch die **Bekanntgabe** des Ablehnungsbescheides von zentraler Bedeutung (**BSG v. 11.07.2017, B 1 KR 26/16 R**)
- Auch eine verspätete Unterrichtung über die **Einschaltung des MD(K)** kann zu einer Fiktion führen (**BSG v. 06.11.2018, B 1 KR 30/18 R**)
- **Fristverlängerungen** durch die Kasse müssen wirksam sein (= hinreichender Grund muss vorliegen, **BSG v. 26.09.2017, B 1 KR 8/17 R**)
- Rücknahme einer Fiktion im Sinne des § 45 SGB X ist nicht mehr möglich (es liegt kein VA vor!; **BSG v. 07.11.2017, B 1 KR 24/17 R**)

Genehmigungsfiktion



Es gilt jedoch immer noch der Grundsatz:

- Eine Antragstellung rein mit privatärztlichem Gutachten wird meistens scheitern, da außerhalb des Systems des SGB V!
- Die Kassen berufen sich in Zeiten leerer Kassen zunehmend auf die Nichteinhaltung des Beschaffungsweges, egal, wie verspätet entschieden wurde!

Fristberechnung – ein weihnachtliches Beispiel

Dezember 2021 Kalenderpedia
Informationen zum Kalender

KW	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
48	29	30	1	2	3	4	5
49	6	7	8	9	10	11	12
50	13	14	15	16	17	18	19
51	20	21	22	23	24	25	26
52	27	28	29	30	31	1	2

© Kalenderpedia® www.kalenderpedia.de 25.: 1. Weihnachtstag, 26.: 2. Weihnachtstag Angaben ohne Gewähr

Antragseingang:
03.12.2021
Fristbeginn: 04.12.2021
Fristende: 24.12. oder
27.12.21?



<https://www.kalenderpedia.de/kalender/kalender-dezember-2021-pdf-vorlagen.html>

Genehmigungsfiktion



- **Satzungen der Krankenkassen:**

Einige Satzungen der Krankenkassen enthalten Zusatzregelungen zur Leistungserbringung von nicht im SGB-V-System zugelassenen Leistungserbringern

Hier wird jedoch häufig eine **VORHERIGE**

Genehmigung durch die Krankenkasse

UND

eine vertragliche Vereinbarung zwischen dem nicht zugelassenen Leistungserbringer, also Privatarzt und der Krankenkasse gefordert.

-> im Ergebnis funktioniert dies teilweise, aber häufig auch nicht, da eine Ermessensentscheidung!

Genehmigungsfiktion



• Baustelle Behandlungsvertrag:

Ein Behandlungsvertrag sollte schriftlich fixiert sein und **ALLE** nötigen Behandlungen umfassen

Der Behandlungsvertrag darf **nicht VOR** Eintritt der Fiktion abgeschlossen sein, sondern erst danach

Die üblichen Belehrungen führen nach Auffassung der Krankenkassen stets zur Bösgläubigkeit (was jedoch nach Auffassung des BSG und MEHRERER Berufungsgerichte nicht der Fall ist)

Beispiel:

„.... Mit nachstehender Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich die gesamten Behandlungskosten mit den oben angegebenen Abrechnungssätzen in vollem Umfang selbst trage. Ich bin auch darüber informiert, dass die Krankenversicherung/Beihilfestelle die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen kann. Zusätzlich bestätige ich, dass ich sämtliche Kosten, die für Auftragsleistungen im Rahmen meiner Behandlung von anderen Leistungserbringern, z. B. Laborarzt, in Rechnung gestellt werden, in vollem Umfang übernehmen...“

Genehmigungsfiktion



• Baustelle Gebührenordnung für Ärzte:

- Es ist nicht nur unter Ärzten wohlbekannt, dass die GOÄ = Gebührenordnung für Ärzte den allgemeinen **wissenschaftlichen Fortschritt** nicht mehr abbildet
- Die **GOÄ** gilt nur dann, wenn nicht eine andere Gebührenregelung vorgeschrieben ist (also z. B. der EBM-Ä im vertragsärztlichen Bereich)
- Rechtsverordnung, d. h. wird von der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates erlassen
- Prinzipiell ist der **Gesetzgeber** gehalten, hier immer wieder Aktualisierungen vorzunehmen (die letzte Novellierung war 01.01.1996 - ! -) – eine besondere Ernsthaftigkeit ist hier nicht zu erkennen
- Folge: es werden **Analogien** gebildet, welche von den Kassen regelmäßig nicht anerkannt werden
- Daher: **Honorarvereinbarungen** über den Faktor bei der jeweiligen Gebührenziffer werden ebenfalls nicht anerkannt
- Hier muss frau aber überlegen: wer will hier noch operieren????

WIRKSAME HONORARVEREINBARUNG NACH GOÄ



- § 2 GOÄ schreibt vor, welche Punkte eine Honorarvereinbarung enthalten muss:
- Die einzelnen **Leistungen**, auf sich die Vereinbarung bezieht, müssen genannt sein
- Welche **Steigerungsfaktoren** in diesem Fall gelten
- Welches **konkrete** (zu zahlende Honorar) ergibt sich daraus
- In der Vereinbarung ist die **Formulierung** enthalten, dass die Erstattung der anfallenden Kosten ggf. nicht durch den Kostenträger erfolgt

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“!

Stationäre Therapie



BSG – Paradigmenwechsel Nr. 2

BSG vom 25.03.2021 (B 1 KR 25/20 R)



Dauerbrenner stationäre Liposuktion bei Lipödem

zusammengefasst: Einzelfallentscheidung im stationären Setting wieder möglich,

aber unter engen Voraussetzungen!

BSG – Paradigmenwechsel Nr. 2



Stationäre Liposuktion bei Lipödem:

Vorheriger Stand – BSG-Urteile vom 24.04.2018

Die Liposuktion bei Lipödem entspricht NICHT den Qualitätsanforderungen des SGB V (§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V)

Insofern muss die Studie abgewartet werden (voraussichtliches Ende: 2026)

Keine Einzelfallentscheidung im stationären Setting möglich



BSG – Paradigmenwechsel Nr. 2



BSG legt jetzt den **Potentialmaßstab** an (temporär, nur vorübergehend, evidenzbasiert wird nicht mehr verlangt)

Abgesenkter Maßstab, heißt aber nicht, dass alle Methoden uneingeschränkt durchgeführt werden dürfen

Anspruch besteht bei **KH-Behandlungsbedürftigkeit**

Die neue Methode ist eine **erforderliche Behandlungsalternative** (andere Standardtherapien sind nicht verfügbar = sind kontraindiziert oder haben sich als unwirksam erwiesen)

Keine Flucht in die Krankenhausbehandlung

Beschränkt auf die Versorgung **typischerweise schwerer erkrankter Versicherter** mit besonderem Bedarf nach innovativen Behandlungsalternativen = Konkretisierung des allgemeinen Qualitätsgebots des § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V

BSG – Paradigmenwechsel Nr. 2



BSG vom 25.03.2021 (B 1 KR 25/20 R)

Dauerbrenner stationäre Liposuktion bei Lipödem

Noch einmal zusammengefasst: Einzelfallentscheidung im stationären Setting wieder möglich,
aber unter engen Voraussetzungen!

Bedenklich ist Tz 43 des Urteils:

(„..... Ist eine ambulante Behandlung aus medizinischen Gründen nicht ausgeschlossen, besteht kein Anspruch auf eine vollstationäre Behandlung. Dies gilt auch dann, wenn zur Erreichung des Behandlungszieles mehr Behandlungsschritte in einem längeren Zeitraum erforderlich sind als bei vollstationärer Behandlung....“)

Aber: Ambulante KH-Behandlung scheidet aus, da Liposuktion mit der OPS 5-911.1 nicht Gegenstand des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen war!

Die Frage erhebt sich: [wird die Therapiehoheit der Ärzte in Frage gestellt? Art. 12 GG?](#)

BSG – Paradigmenwechsel Nr. 2



Was ist also zu beachten im Hinblick auf die stationäre Lipo?

Liposuktion bei Lipödem stellt Potentialleistung dar

Bestehen Erkrankungen im Sinne der G-AEP-Kriterien?

Die **G-AEP-Kriterien** dienen zur Überprüfung der Angemessenheit stationärer Krankenhausbehandlung (evaluation: Überprüfung; appropriateness: Angemessenheit; protocol im Sinne von „Checkliste“). Es handelt sich hierbei um eine Art Checkliste für das Prüfverfahren, wann eine stationäre Aufnahme in ein Krankenhaus zweifellos und unstrittig erforderlich ist.

Ohne Durchführung einer vorherigen konservativen Therapie ist eine Antragsstellung nicht wirklich sinnvoll!

G-AEP-Kriterien (Auszug)



D Komorbiditäten i.V.m. Operationen oder krankenhausspezifischen Maßnahmen

Nr.	Kriterium
D1	Signifikant pathologische Lungenparameter
D2	Schlafapnoe-Syndrom: Anamnestisch bekanntes mittelschweres oder schweres Schlafapnoe-Syndrom
D3	Blutkrankheiten: Interventionsrelevante Gerinnungsstörung oder therapiepflichtige Blutkrankheit
D4	Manifeste Herzerkrankungen: Angina pectoris Grad III oder IV (NYHA) Manifeste Herzinsuffizienz Grad III oder IV (NYHA)
D5	Maligne Hyperthermie in der Eigen- oder Familienanamnese
D6	Patienten, bei denen eine besonders überwachungspflichtige Behandlung der folgenden Erkrankungen dokumentiert ist z.B.: - endokrine Erkrankungen (z.B. Diabetes) - Obstruktive Lungenerkrankungen - Schlaganfall und/ oder Herzinfarkt - Behandlungsrelevante Nieren-/ Leberfunktionsstörung - schwere Immundefekte - Bluthochdruck mit Gefahr der Entgleisung

E Notwendigkeit intensiver Betreuung i.V.m. Operationen oder anderen krankenhausspezifischen Maßnahmen

Nr.	Kriterium
E1	Voraussichtliche Überwachungspflicht über 12 Stunden nach Narkose- oder Interventionsende
E2	Amputationen und Replantationen
E3	Gefäßchirurgische Operationen (arteriell und/oder zentral)
E4	Einsatz und Entfernung von stabilisierenden Implantaten, ausgenommen z.B. nach unkomplizierten Hand-, Handgelenks- sowie Fuß-, und Sprunggelenksoperationen
E5	Einsatz von Drainageschläuchen mit kontinuierlicher Funktionskontrolle
E 6	Kathetergestützte Schmerztherapie

F Soziale Faktoren, aufgrund derer eine medizinische Versorgung des Patienten nicht möglich wäre, i.V.m. Operationen oder anderen krankenhausspezifischen Maßnahmen

Nr.	Kriterium
F1	Fehlende Kommunikationsmöglichkeit, z.B. da der Patient allein lebt und kein Telefon erreichen kann
F2	Keine Transportmöglichkeit oder schlechte Erreichbarkeit durch Stellen, die Notfallhilfe leisten könnten
F3	Mangelnde Einsichtsfähigkeit des Patienten
F4	Fehlende Versorgungsmöglichkeiten

https://de.wikipedia.org/wiki/Appropriateness_Evaluation_Protocol#:~:text=Die%20G%20DAEP%20Kriterien%20dienen,zweifellos%20und%20unstrittig%20erforderlich%20ist.

Kostenübernahmeerklärung



G-BA-Beschluss 19.09.2019 Lipödem Stadium III

Stetes Ärgernis: Die Krux mit der Kostenübernahmeerklärung

Normalfall im System der GKV (bzw. des SGB V):

- Krankenhauseinweisung vom Facharzt/Hausarzt
- Behandlung über Krankenkassenkarte

Aber: Die Beanstandungsquote des MD(K) liegt bei bis zu 50 % (!!!)

Folge: Die Kliniken wollen ohne KÜ-Erklärung nicht mehr operieren. Selbst bei Vorliegen erfolgen Beanstandungen des MD(K). Durchschnittliche Verfahrensdauer bei entsprechenden Klageverfahren: ca. vier Jahre.

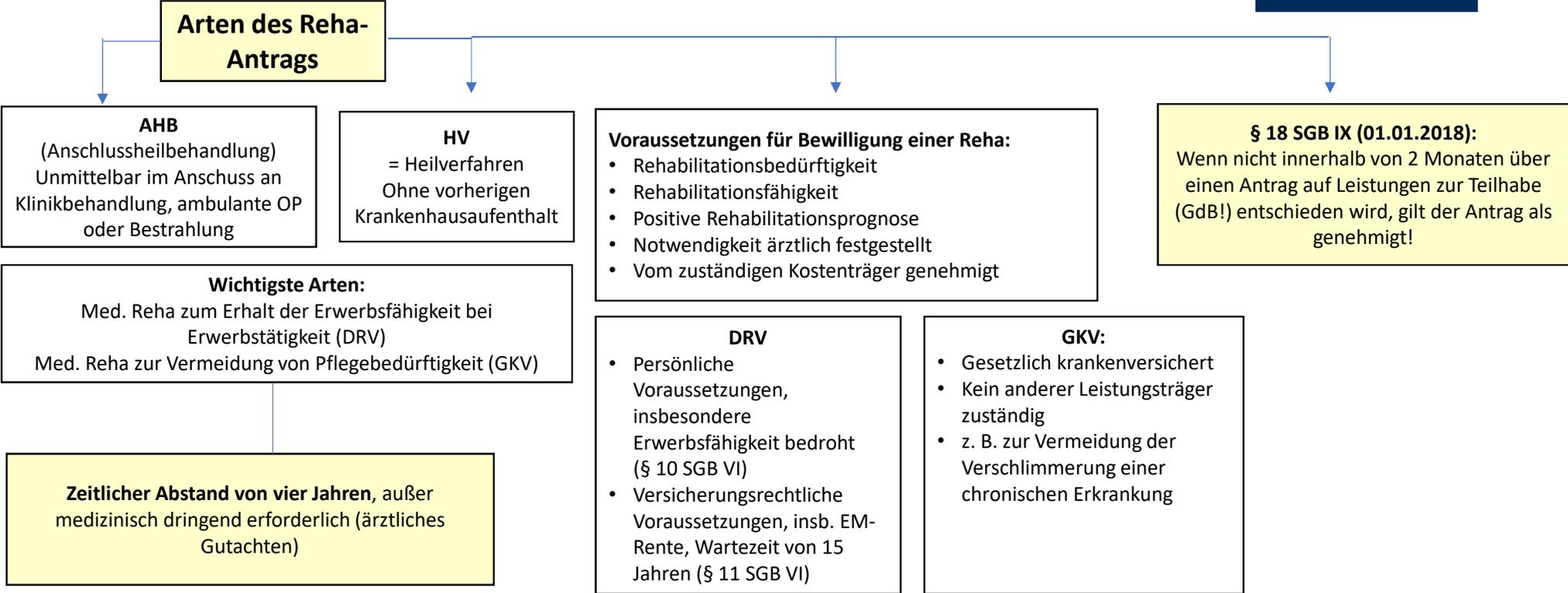
-> der Weg zur Behandlung führt dennoch nicht immer „an der Kasse vorbei“!



Rund um die Reha

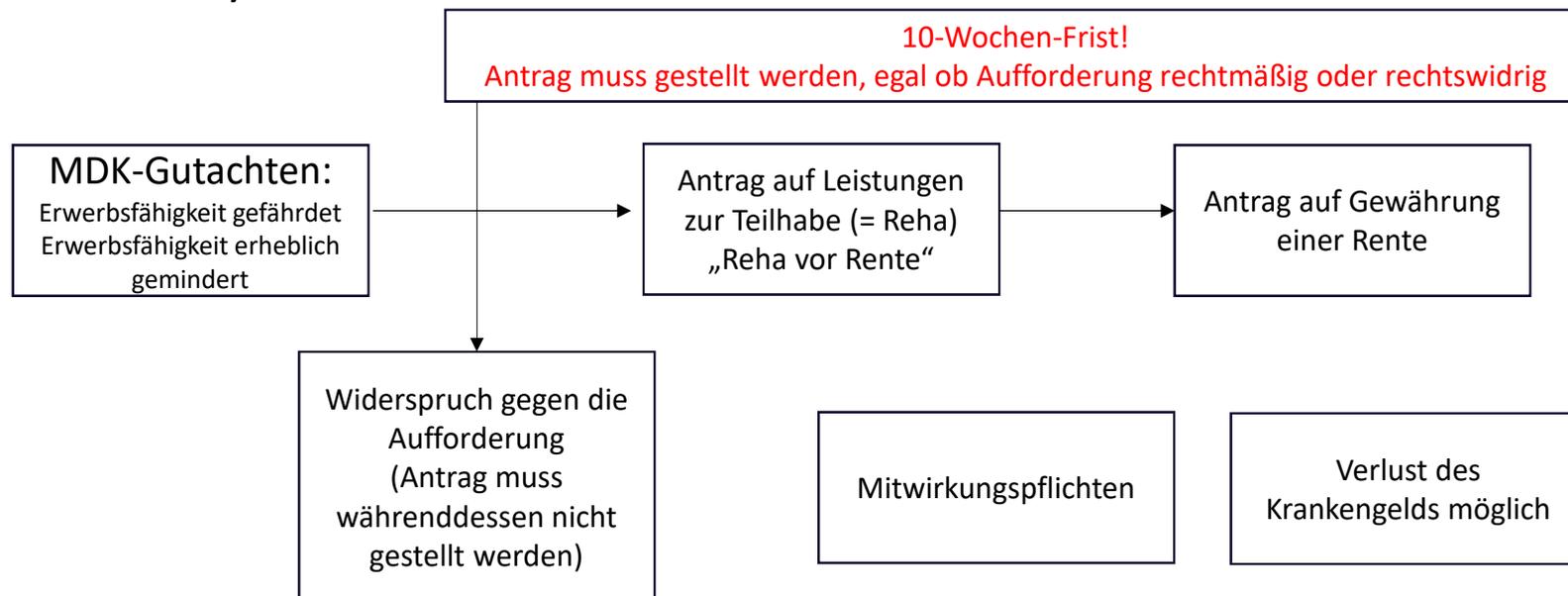


REHABILITATION

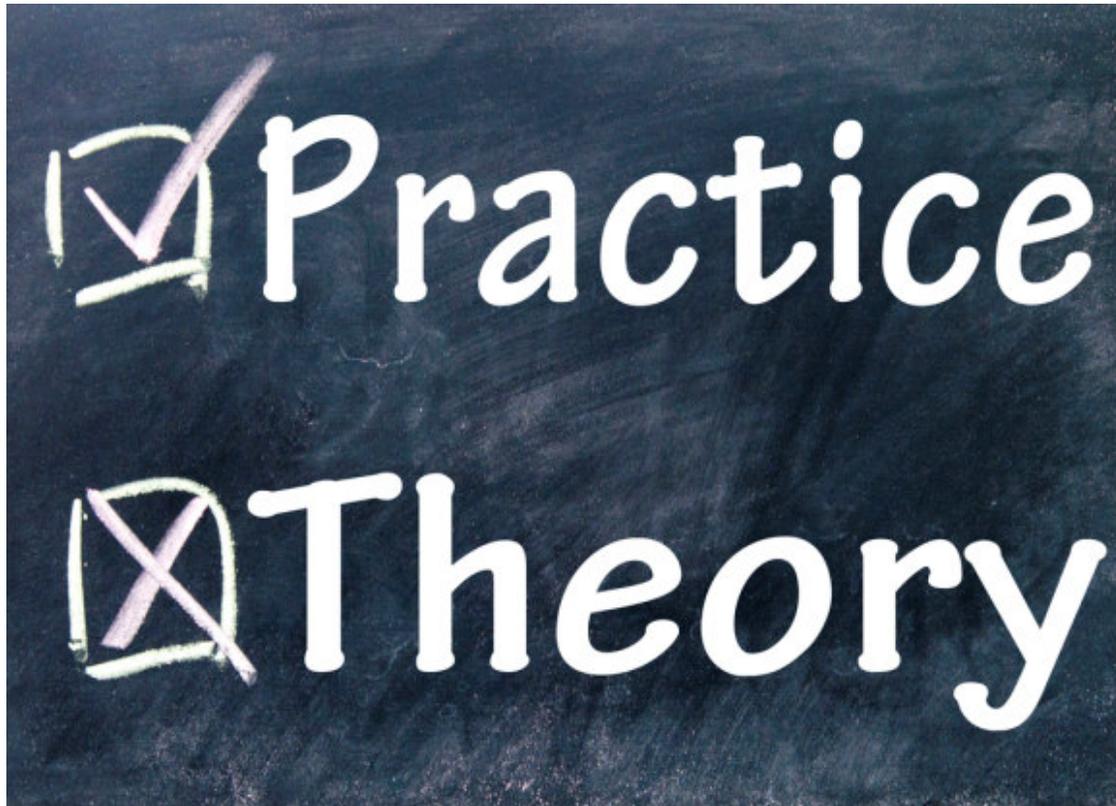


Zwangsreha?

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



Konservative Therapie



Konservative Therapie (Hilfsmittel)



Aktuelle Tendenzen:

- Die Anzahl der Widerspruchsverfahren und auch der Klageverfahren im Hinblick auf die Kompressionsversorgung nimmt eindeutig zu
- Kompressionen werden zunehmend **OHNE** Wechselversorgung aus hygienischen Gründen mit nur einer Garnitur pro Halbjahr genehmigt



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 (aber wg. Kostenerstattungsprinzip wohl nachrangig)

Konservative Therapie (Hilfsmittel)



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

Krankenkasse bzw. Kostenträger	BVG	Hilfs- stoff	Spez.- Bestell	Beleg- Folien	Apotheken-Nummer / IK
	G	7	D		
Name, Vorname des Versicherten	geb. am				
	5				
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		
3	CCL3, Strumpfhose (AT)	4	offene Fußspitze		
6	Maßanfertigung, flachgestrickt				

17.06.17.2008

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“



ICD 10 Codes Lipödem

ICD-Code	Diagnose (vereinfacht)
I89.00	Lymphödem der oberen und unteren Extremitäten, Stadium I
I89.01	Lymphödem der oberen und unteren Extremitäten, Stadium II
I89.02	Lymphödem der oberen und unteren Extremitäten, Stadium III
I89.03	Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium I
I89.04	Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium II
I89.05	Lymphödem, sonstige Lokalisation, Stadium III
I89.08	Sonstiges Lymphödem, andernorts n. kl.
I89.09	Lymphödem, nicht näher bezeichnet

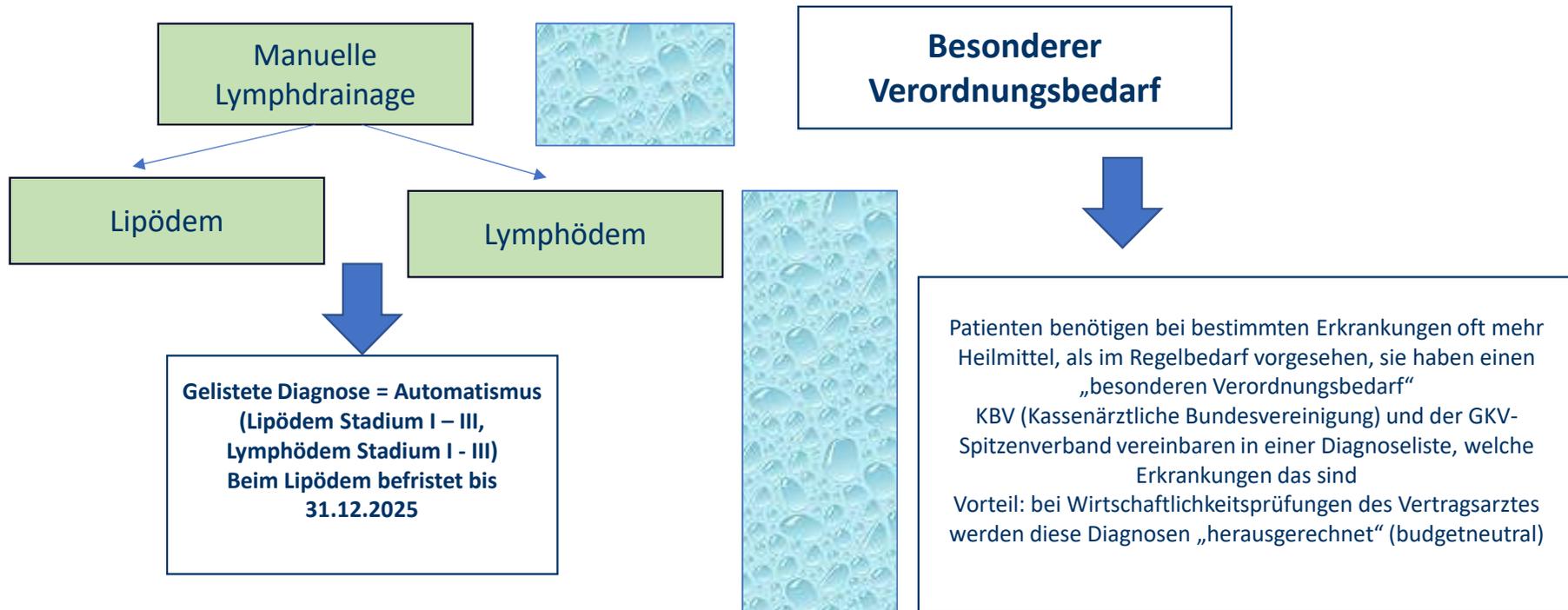
ICD-Code	Diagnose (vereinfacht)
E88.20	Lipödem, Stadium I
E88.21	Lipödem, Stadium II
E88.22	Lipödem, Stadium III
E88.28	Sonstiges, näher nicht bezeichnetes Lipödem

ICD-10-Code: legt Diagnose fest (was?)

LY2 a: Indikationsschlüssel, legt Indikation fest (warum?)

Lymphabflussstörungen mit langfristigem Behandlungsbedarf

Konservative Therapie (Heilmittel)



Grundlegende Unterschiede PKV und GKV



- Darum prüfe, wer sich ewig bindet, ob sich nicht was bessres findet – Scheiden tut weh!
- Vertragsschluss und Vertragsumfang
- Ausstrahlungswirkung GKV
- Besonderheiten der gerichtlichen Durchsetzung von Ansprüchen
- Offener und geschlossener Hilfsmittelkatalog
- Rechtsweg zu den Zivilgerichten, Beibringungsgrundsatz



Aktuelle Tendenzen PKV



- In den letzten zwölf Monaten ist vermehrt zu beobachten, dass die PKV bei Anträgen von Versicherten

UND

einer Versicherungszeit < 10 Jahre die Verträge anfecht oder zurücktritt.

Anfechtung: Wirkung auch für die Vergangenheit

Rücktritt: Wirkung für die Zukunft

Hier ist die **Versicherungspolice** zu prüfen (welcher Tarif, welche Ansprüche?), außerdem das Beratungsprotokoll – denn immer noch wird bei Abschluss der Krankheitskostenvollversicherung genau dieses Protokoll auf die leichte Schulter genommen!

-> es wird behauptet, dass die Erkrankung absichtlich verschwiegen wurde (!)

Beihilfe



- Systematik: Regelung in Bundes- und Landesbeihilfeverordnungen (Bundes- und Landesbeamte), Ergänzung durch PKV (Restkostenversicherung)
- Vorgehen bei Ablehnung (Widerspruch, Monatsfrist)
- Situation Liposuktion bei Lipödem
- § 42 a VwVfG?
- Rechtsweg zu den Verwaltungsgerichten

Grad der Behinderung



GdB



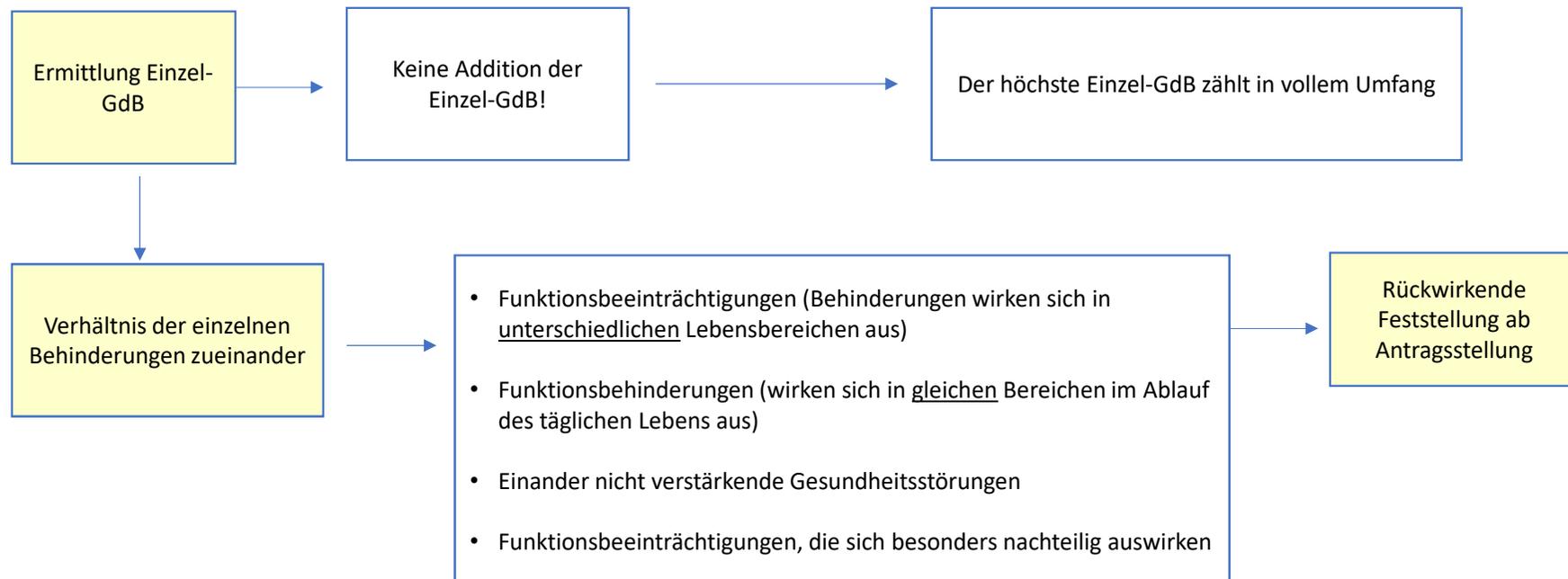
- GdB = Grad der Behinderung
- bei einem GdB von wenigstens 50 liegt eine Schwerbehinderung vor
- Besonderer Kündigungsschutz (Zustimmung Versorgungsamt, ggf. auch Gleichstellung bei GdB 30)
- Zusatzurlaub 1 Woche pro Jahr (§ 208 SGB IX), Freistellung von Mehrarbeit (§ 207 SGB IX)
- Vorzeitiger Eintritt in die Altersrente (35 Versicherungsjahre ratsam), § 37 SGB VI
- 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 Lympherkkrankungen 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
- 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)

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



Sächs. FG v. 10.09.2020, Az. 3 K 1498/18, derzeit im Revisionsverfahren beim BFH unter Az. VI R 36/20)

Sächs. FG: Methode ist wissenschaftlich anerkannt. Bescheinigung nach § 64 EStDV nicht erforderlich.

Gilt nur den Einzelfall; aber Signalwirkung der BFH-Entscheidung!

ABER:

NZB beim BFH: Es gibt hier Andeutungen, dass die Methode immer noch nicht als wissenschaftlich anerkannt gesehen wird, außerdem dass Klärung durch die Tatsacheninstanz erforderlich ist Ggf. auch bei Entscheidung des Sächs. FG wieder Rückverweisung an das FG zur Klärung dieser Frage; Folge: Gutachterprozess. Dauer unklar.

Anwalts Liebling und andere Vereine



Rechtsschutzversicherung



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

In eigener Sache



Der Anwalt als solcher



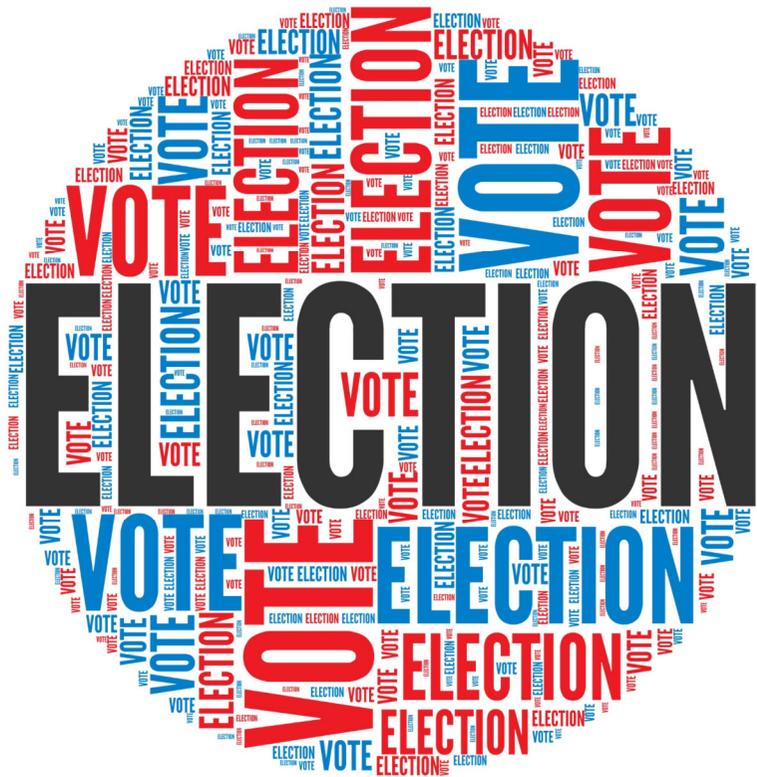
- „Anwälte sind zu teuer, die tun nach Vorschuss gar nix“
- „Menschlich daneben, wenig einfühlsam, nehmen sich keine Zeit“
- „Schlecht erreichbar“
- „kein guter Anwalt, der hat das nicht durchgesetzt“

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



Lesetipp:

.... Sozialwahlen, was ist das überhaupt?

Einige von Euch erinnern sich vielleicht noch dunkel an ein Schreiben der Krankenkasse von 2017, welches die Möglichkeit zur Sozialwahl bot. Viele haben sich nach Sinn und Zweck gefragt, genauso viele sich nicht beteiligt, weil sich der Sinn nicht gleich erschließt. Wenn man es genau nimmt, hört sich allein schon der Begriff der Sozialwahl nicht besonders „sexy“ an. „Sozial“ mag ja noch angehen, aber bei Wahlen generell dürften viele ambivalente Gefühle hegen

Weiterlesen unter:

<https://www.lipoedemmode.de/sozialrechtliche-selbstverwaltung/>
<https://www.lipoedemmode.de/sozialrechtliche-selbstverwaltung-teil-2/>



Politische Handlungsformen für Patienten



Was Patientinnen nicht tun sollten:

- Aussichtslose Klageverfahren anstrengen

Was Patientinnen tun sollten:

- Informierte Patientinnen sind mündige Patientinnen
- Unsere Basis stärken – Stichwort SHG, Vereine
- 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)

Was darf ich vom Staat erwarten?



Was darf ich vom Staat erwarten?



**Aktuelles Beispiel:
Flutkatastrophe im Ahrtal -**

.....

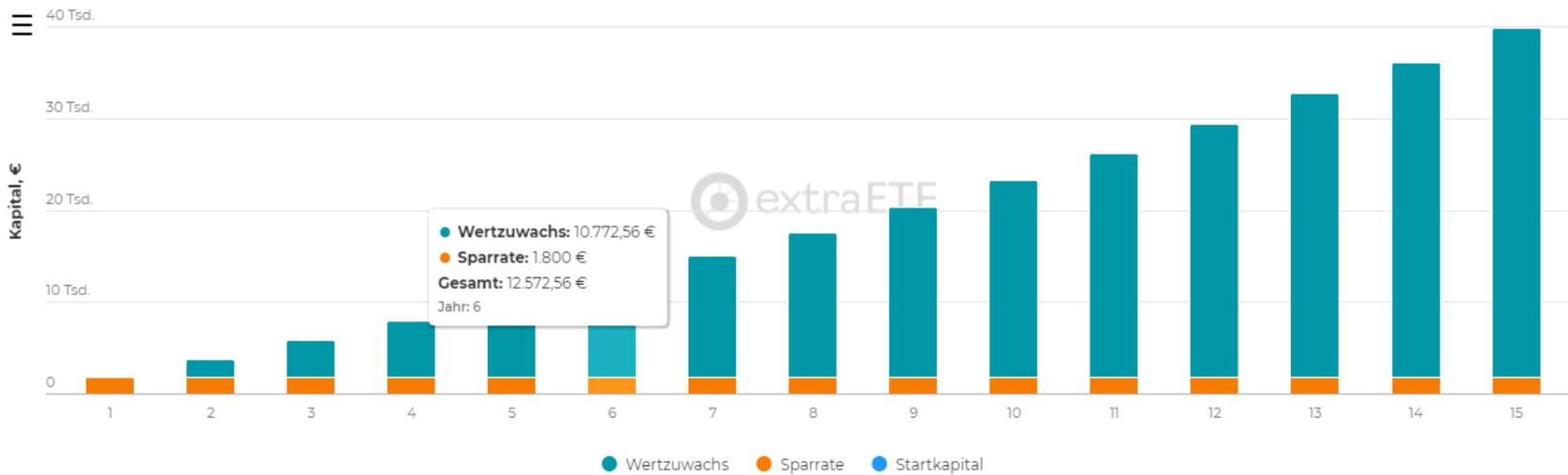
Was hat hier am meisten gebracht?



Beispielrechnung

ETF-Sparplan, 150 € auf 15 Jahre angelegt (Quelle: <https://de.extraetf.com/finanzrechner/etf-sparplanrechner>)

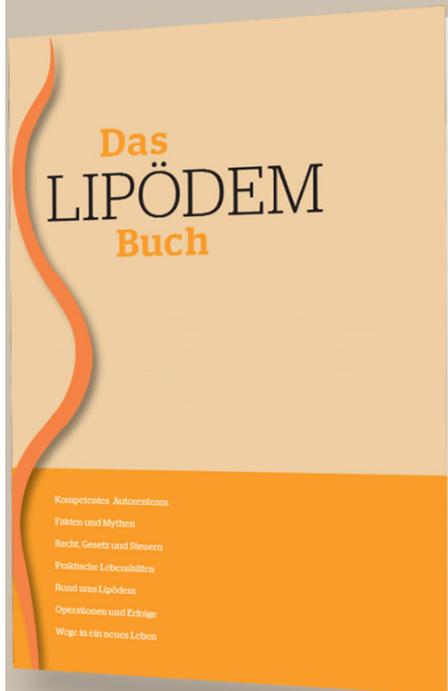
Einzahlungen:	Wertzuwachs:	Gesamt:
27.000 €	12.885,53 €	39.885,53 €



de.extraetf.com

In eigener Sache

Scout Medien GmbH



Dr. Dominik von Lukowicz

Dr. Michael Sauter

Dr. Anna-Theresa Lipp

RAIN Ruth Leitenmaier

Das Lipödem Buch

Eine Reihe von Fachleuten aus verschiedenen Wissensgebieten geben praktische Lebenshilfen.

Mythen der Krankheit werden durch wissenschaftliche Fakten erklärt und widerlegt.

26,80 Euro
ca. 208 Seiten
150 Abbildungen

Anfragen

Checkliste für Lip- und Lymphpatienten



- 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?
- Habe ich ein gutes Selbstmanagement?
- Kann ich erklären, was „gemeinsam statt einsam“ bedeutet?



Zum Abschluss:



**Die letzte der menschlichen Freiheiten
besteht in der Wahl der Einstellung zu den Dingen.**

(Viktor Frankl)

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



@ruthleitenmaier_rule



Ruth Leitenmaier

Rechtsanwältin