



Rechtliche Rahmenbedingungen
für die Kostenübernahme
der Prothesenversorgung

IHR RECHT ALS PATIENT

TEIL

Geschätzte Interessentin und Interessent

Die Frage, wann welche Art von Prothese von den Sozialversicherungen vergütet wird, beschäftigt die Betroffenen und ihre Angehörigen. Die Rechtsprechung hat in verschiedenen Entscheidungen die Voraussetzungen für eine dem Stand der Technik entsprechende, moderne prothetische Versorgung konkretisiert.

So haben etwa alle Versicherten mit einer Oberschenkelamputation, welche die Funktionen eines elektronischen Kniegelenkes nutzen können, Anspruch auf eine Versorgung mit dem Prothesenkniegelenk, das für sie als einfach und zweckmässig beurteilt wird. Welches Hilfsmittel zweckmässig erscheint, hängt unter anderem mit den Gegebenheiten am Arbeitsplatz und allfälligen weiteren gesundheitlichen Einschränkungen zusammen.

In der Genehmigungspraxis der Kostenträger besteht eine Diskrepanz zwischen dem rechtlichen Anspruch auf die Hilfsmittelversorgung (Prothese) und dem tatsächlichen Bewilligungsverhalten. Es ist also für Sie wichtig, dass Sie Ihre Ansprüche gegenüber der Versicherung kennen. Dabei ist, namentlich bei kostspieligen Anschaffungen, eine sachkundige Beratung durch eine Rechtsanwältin oder einen Rechtsanwalt zu empfehlen.

Diese Broschüre soll Ihnen nur, aber immerhin, einen Überblick über die aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen geben und die Möglichkeiten aufzeigen, die Sie beim Antrag auf die Versorgung mit einem prothetischen Hilfsmittel haben.

Diese Broschüre stützt sich auf das Rechtsgutachten «Prothesenversorgung – Rechtliche Rahmenbedingungen», welches im Frühling 2019 von Prof. Dr. iur. Thomas Gächter und Sarah Hack-Leoni, MLaw im Auftrag von Otto Bock Suisse AG erstellt wurde.





Inhalt

1	Rechtliche Rahmenbedingungen	06
1.1	Übersicht über das schweizerische Sozialversicherungssystem	07
2	Übersicht Kostenträger	10
2.1	Invalidenversicherung	11
2.2	Militärversicherung	14
2.3	Unfallversicherung	16
2.4	AHV	19
2.5	Krankenversicherung	20
2.6	Grenzgängerinnen und Grenzgänger	21
3	Ablauf einer Versorgung mit einem orthopädischen Hilfsmittel	24
3.1	Beantragung durch versicherte Person	25
3.2	Genehmigungsverfahren der Unfall-, Militär- und obligatorischen Krankenpflegeversicherung	26
3.3	Einspracheverfahren der Unfall-, Militär- und obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Internes Verfahren)	27
3.4	Genehmigungsverfahren der Invalidenversicherung	28
3.5	Vorbescheidverfahren der Invalidenversicherung (Internes Verfahren)	29
3.6	Gerichtsverfahren	30
3.7	Rechtlichen Unterstützung	31

**RECHT
LICHE
RAHMEN
BEDING
UNGEN**

1.1 Übersicht über das schweizerische Sozialversicherungssystem

Das schweizerische Sozialversicherungssystem umfasst zwölf Versicherungszweige, die einzelne Bundesgesetze zur Grundlage haben. Dieses System hat sich über Jahrzehnte entwickelt, weshalb es nicht nach einem einheitlichen Konzept geschaffen wurde und daher keine zusammenhängende Systematik aufweist. Mit dem Gesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) wurde zwar eine übergreifende allgemeine Grundlage für das System geschaffen, welche einige Begriffe vereinheitlicht und die Koordination der Leistungen vereinfacht. Da jedoch nicht alle Bereiche vom ATSG erfasst sind, kann der Allgemeine Teil seiner Aufgabe nicht vollumfänglich gerecht werden.

Für Versicherte ist es deshalb oft schwierig zu eruieren, welche Ansprüche ihnen zustehen. Auf den nachfolgenden Seiten erfolgt deshalb ein Überblick über die verschiedenen Versicherungszweige.

Das schweizerische Sozialversicherungssystem

Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG



**Leistung und Koordination
der Sozialversicherungen**



ÜBER SICHT KOSTEN TRÄGER



2.1 Invalidenversicherung

Versicherte haben Anspruch auf eine Versorgung mit Prothesen durch die Invalidenversicherung, wenn sie obligatorisch oder freiwillig versichert sind. Obligatorisch versichert sind Personen grundsätzlich dann, wenn sie Wohnsitz in der Schweiz haben oder in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit ausüben. Zudem müssen weitere versicherungsmässige Voraussetzungen erfüllt sein und bestimmte Pflichten erfüllt werden (Art. 6 und 7 IVG).

Anspruch auf eine Versorgung durch die IV haben obligatorisch und freiwillig versicherte Personen.

Hilfsmittel können nicht nur abhängig von der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabebereich abgegeben werden, sondern auch unabhängig davon, sofern das Hilfsmittel der Herstellung des Kontakts mit der Umwelt oder der Selbstsorge dient und kostspielig ist (Art. 21 Abs. 2 IVG).

Bezüglich des Leistungsumfangs im Allgemeinen muss die IV, wenn mehrere geeignete Hilfsmittel zur Verfügung stehen, Hilfsmittel in einfacher und zweckmässiger Ausführung abgeben (Art. 21 Abs. 3 IVG). Es können also nur diejenigen Hilfsmittel beansprucht werden, die den Eingliederungszweck angemessen erfüllen. Die zusätzlichen Kosten, die durch eine andere Hilfsmittelausführung entstehen, hat die versicherte Person selbst zu tragen. Ein

Anspruch auf das bestmögliche Hilfsmittel besteht nicht. Die Eingliederung soll nur soweit sichergestellt werden, wie sie im Einzelfall «notwendig, aber auch genügend» ist.¹ Dies bedeute grundsätzlich auch, dass Anspruch auf ein Hilfsmittel besteht, nicht auf mehrere. Klarzustellen ist aber, dass der Charakter der Einfachheit und Zweckmässigkeit eines Hilfsmittels nicht «mit dem Fehlen einer IV-Tarifposition [...] begründet» werden kann.²

Klarzustellen ist aber, dass der Charakter der Einfachheit und Zweckmässigkeit eines Hilfsmittels nicht «mit dem Fehlen einer IV-Tarifposition [...] begründet» werden kann.²

Von «Einfachheit» kann solange ausgegangen werden, als sich das Kosten-Nutzen-Verhältnis als vernünftig beschreiben lässt. So ist denn auch ausdrücklich festgehalten, dass – zusätzlich zur einfachen und zweckmässigen Ausführung – nur Anspruch auf Hilfsmittel in wirtschaftlicher Ausführung besteht (Art. 2 Abs. 4 HVI).

Neben dem Anspruch auf ein einfaches und zweckmässiges Hilfsmittel muss dieses auch dem Kosten-Nutzen-Verhältnis entsprechen (nach Art. 2 Abs. 4 IHV).

Bezüglich der Prothesenversorgung hat das Bundesgericht festgehalten, dass zwar Anspruch auf eine definitive funktionelle Beinprothese besteht,

1 BGE 132 V 215, E. 4.3.1.

2 BGE 132 V 215, E. 4.3.3.

soweit sie für die Fortbewegung notwendig ist, aber eben nicht darüber hinaus.³ Es hat aber auch betont, dass die einfache und zweckmässige Hilfsmittelversorgung «zeitgemäss» sein muss und sich die Invalidenversicherung der «fortlaufenden Entwicklung im Bereich der technisch-orthopädischen Versorgungsmöglichkeiten, die in einzelnen bestimmten Fällen eine erheblich bessere Eingliederung gewährleisten, nicht verschliessen» kann.⁴

Die einfache und zweckmässige Hilfsmittelversorgung muss «zeitgemäss» sein. Die Invalidenversicherung kann sich der «fortlaufenden Entwicklung im Bereich der technisch-orthopädischen Versorgungsmöglichkeiten, die in einzelnen bestimmten Fällen eine erheblich bessere Eingliederung gewährleisten, nicht verschliessen».⁴

Versicherte, die Anspruch auf ein bestimmtes Hilfsmittel haben, können ein anderes Hilfsmittel wählen, welches dieselben Funktionen erfüllt, und die Preisdifferenz selber bezahlen. Dies ist die sogenannte Austauschbefugnis (Art. 21 bis IVG).

Durch die Austauschbefugnis (Art. 21 bis IVG) haben Versicherte, welche einen Anspruch auf ein Hilfsmittel haben, die Möglichkeit durch Selbstzahlung der Preisdifferenz eine höhere Version des Hilfsmittels zu erhalten.

3 BGE 132 V 215, E. 3.2.3.

4 BGE 143 V 190, E. 7.3.2.

2.2 Militärversicherung

Die Militärversicherung wird nur dann leistungspflichtig, wenn versicherte Personen im Rahmen einer gesetzlich definierten Dienstleistung zu Schaden kommen und in der Folge dessen eine Prothese benötigen.

Art. 21 Abs. 1 MVG gibt in einer Auflistung vor, zu welchen Zwecken die Versicherten Anspruch auf ein Hilfsmittel erheben können, nämlich zur Verbesserung des Gesundheitszustandes, zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit oder für die Tätigkeit im Aufgabenbereich, zur Schulung und Ausbildung, zur funktionellen Angewöhnung, zur Fortbewegung, zur Selbstsorge und für den Kontakt mit der Umwelt.

Anspruch auf ein Hilfsmittel besteht, wenn es zur Verbesserung des Gesundheitszustandes dient, zur Ausübung der Erwerbstätigkeit/ Schulung/ Ausbildung, Fortbewegung, Selbstversorgung und für den Kontakt mit der Umwelt.

Der Hilfsmittelbegriff der Militärversicherung ist umfassend zu verstehen. So kennt die Militärversicherung auch keine Hilfsmittelliste, wie sie beispielsweise in der Invalidenversicherung besteht. Damit ist sichergestellt, dass die Militärversicherung rasch handeln kann, damit im Einzelfall schnell die bestmögliche Lösung gefunden werden kann.

Die Hilfsmittel müssen dennoch zweckmässig sein. Der Hilfsmittelbegriff ist also in der Militärversicherung weiter gefasst als in der Invalidenversicherung.

Das Militärversicherungsrecht enthält – wie das Invalidenversicherungsrecht – Vorgaben über den Umfang, in dem Hilfsmittel abgegeben werden. So wird etwa ausdrücklich erwähnt, dass die Hilfsmittel einfach und zweckmässig sein müssen (Art. 21 Abs. 2 MVG). Auch hier müssen die Hilfsmittel also dem Zweck angemessen und notwendig sein, d.h. in einem vernünftigen Kosten-Nutzen-Verhältnis stehen, und es besteht kein Anspruch auf die bestmöglichen Hilfsmittel.

Wie in der Invalidenversicherung ist auch in der Militärversicherung grundsätzlich die Abgabe eines Hilfsmittels vorgesehen; es sei denn, mehrere Hilfsmittel sind notwendig. Prothesen werden grundsätzlich in doppelter Ausführung abgegeben, wenn sie regelmässig getragen werden.

Der Leistungsumfang beinhaltet ein Hilfsmittel, sofern nicht mehrere Hilfsmittel nötig sind, in einfacher und zweckmässiger Ausführung. Prothesen werden grundsätzlich in doppelter Ausführung abgegeben, sofern sie regelmässig getragen werden (s. Seite 7).

Die Austauschbefugnis, welche die Invalidenversicherung kennt, ist auch für das Hilfsmittelrecht der Militärversicherung anwendbar. Da die Militärversicherung aber nicht mit einer Hilfsmittelliste arbeitet, kommt der Austauschbefugnis kaum Bedeutung zu.

2.3 Unfallversicherung

In der Unfallversicherung sind grundsätzlich alle unselbstständig Beschäftigten (Angestellte) versichert. Sofern eine unfallversicherte Person einen Unfall erleidet oder an einer Berufskrankheit erkrankt und deshalb eine Prothese benötigt, wird die Unfallversicherung leistungspflichtig (Art. 6 Abs. 1 UVG, Art. 4 ATSG).

Die UV greift grundsätzlich bei einem Unfall auf der Arbeit oder bei einer Berufskrankheit für alle Angestellten nach Art. 6 Abs. 1 UVG, Art. 4. ASTG.

Hilfsmittel der Unfallversicherung sollen einen körperlichen Funktionsausfall direkt kompensieren, wobei jedoch nicht zwingend eine Einwirkung auf die Gesundheit erfolgen muss. Prothesen haben unter anderem den Zweck, den Ausfall eines Körperteils auszugleichen und entsprechen damit genau der Zielsetzung von Art. 11 Abs. 1 UVG. Ein weiterer Zweck von Prothesen kann ausserdem auch ästhetischer Natur sein, indem die Prothese unter anderem auch psychischen Aspekten Rechnung trägt. Das Bundesgericht hat genau für einen solchen Fall klargestellt, dass die im Anhang der HVUV aufgelisteten Hilfsmittel der Kategorie «Hand- und Armprothesen» nicht mit der Begründung verweigert werden können, dass sie nur eine ästhetische Bedeutung hätten.⁵

⁵ BGE 114 V 306, E. 3.

Auch im Rahmen der Unfallversicherung müssen Hilfsmittel einfach und zweckmässig sein. Auch in der Unfallversicherung werden damit, wenn die Anspruchsvoraussetzungen für ein Hilfsmittel erfüllt sind, nicht die bestmöglichen Geräte zur Verfügung gestellt.

Hilfsmittel der Unfallversicherung sollen einen körperlichen Funktionsausfall direkt kompensieren, wobei jedoch nicht zwingend eine Einwirkung auf die Gesundheit erfolgen muss.

Nach Art.67 Abs.2 UVV sind Hilfsmittel dann zweckmässig, wenn sie aufgrund der konkreten Umstände des Einzelfalls geeignet und notwendig sind, um das gesetzliche Ziel in einem vernünftigen Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen zu erreichen. Da sich der unfallversicherungsrechtliche Begriff der Zweckmässigkeit an denjenigen der Invalidenversicherung anlehnt, kann davon ausgegangen werden, dass auch die Anforderungen an die Einfachheit des Hilfsmittels in der Unfallversicherung mit denjenigen in der Invalidenversicherung übereinstimmen.

Anders als die Invalidenversicherung kennt die Unfallversicherung das Gebot der Wirtschaftlichkeit der Behandlung. Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist in Art.54 UVG verankert und besagt, dass jeder, der für die Unfallversicherung tätig ist, sich in der Behandlung, in der Verordnung und Abgabe von Arzneimitteln sowie in der

Anordnung und der Durchführung von Heilwendungen und deren Analysen auf das durch den Behandlungszweck geforderte Mass zu beschränken hat.

Der Artikel nimmt damit zwar keinen direkten Bezug auf die Abgabe von Hilfsmitteln. Die Hilfsmittel müssen aber dennoch dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen, weil die Wirtschaftlichkeit als allgemeiner Rechtsgrundsatz im gesamten Bereich der Unfallversicherung anzuwenden ist und insbesondere bei der Abgabe von Hilfsmitteln auf ein vernünftiges Kosten-Nutzen-Verhältnis geachtet werden soll.



2.4 AHV

Die Alters- und Hinterlassenenversicherung sieht zwar die Abgabe von einigen Hilfsmitteln vor, gemäss der Hilfsmittelliste, welche die Hilfsmittelkategorien abschliessend auflistet, werden allerdings keine Prothesen abgegeben.

Anspruch auf eine Prothesenversorgung durch die AHV hat der Versicherte nur, wenn schon vor der Pensionierung durch die IV eine Prothesenversorgung stattgefunden hat und die Voraussetzung der IV weiterhin erfüllt sind, zudem muss der Versicherte wohnhaft in der Schweiz sein (Besitzstandsgarantie). Sonst hat der Versicherte nur Anrecht auf ein Hilfsmittel nach Hilfsmittelliste.

Versicherte haben allerdings dann einen Anspruch auf eine Prothesenversorgung zu Lasten der AHV, wenn sie bereits vor ihrer Pensionierung über die Invalidenversicherung eine Prothese erhalten haben und die Voraussetzungen der IV weiterhin erfüllen. Damit soll sichergestellt werden, dass Versicherte weiterhin diejenigen Hilfsmittel erhalten, die sie bereits vor ihrer Pensionierung erhalten haben. Diese Besitzstandsgarantie greift aber nur dann, wenn die versicherte Person in der Schweiz wohnhaft ist.

2.5 Krankenversicherung

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für Prothesen nur in einer konkreten Situation. Die Versicherung springt als Leistungserbringerin nämlich nur dann ein, wenn eine versicherte Person einzig die versicherungsmässigen Voraussetzungen der Invalidenversicherung nicht erfüllt und deshalb keinen Anspruch auf eine Prothese aus der Invalidenversicherung hat.

Die KV übernimmt die Kosten für eine Prothesenversorgung nur, wenn eine medizinische Voraussetzung besteht und die versicherte Person die Voraussetzungen der IV nicht erfüllt. Sie übernimmt keine ergänzenden Leistungen zur AHV, IV, UV und MV.

Wenn die IV aber die Abgabe einer Prothese verneint, weil die medizinischen Voraussetzungen nicht erfüllt sind, wird auch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht leistungspflichtig. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt zudem keine ergänzenden Leistungen zur AHV, IV, UV und MV und kommt damit nur subsidiär zum Einsatz.

2.6 Grenzgängerinnen und Grenzgänger

Ob Grenzgänger Anspruch auf Versicherungsleistungen haben hängt davon ab, ob sie der entsprechenden Versicherung unterstellt sind. Dies ergibt sich grundsätzlich direkt aus dem jeweiligen Gesetz oder aus dem Staatsvertragsrecht mit den EU- und EFTA-Staaten. Im Verhältnis zu diesen Staaten kommt das koordinierende europäische Sozialrecht zur Anwendung, das für die Versicherungsunterstellung unter das gesamte Sozialversicherungsrecht in erster Linie am Erwerbort anknüpft. Selbst wenn der Wohnort in einem anderen Staat liegt, richtet sich die Sozialversicherungsunterstellung nach dem Ort der Erwerbstätigkeit.

Das europäische Sozialrecht besagt, dass der Grenzgänger, auf das gesamte Sozialversicherungsrecht vom Erwerbort Anspruch hat. Jedoch besteht Abklärung, sofern die Erwerbstätigkeit in mehreren Staaten ausgeübt wird oder der Grenzgänger vollständig selbstständig ist.

Nähere Abklärungen zur Versicherungsunterstellung sind aber immer dann erforderlich, wenn eine Person mehrere Erwerbstätigkeiten in verschiedenen Staaten wahrnimmt oder wenn

eine Person ganz oder teilweise selbstständig erwerbend ist.

Sonderregelungen für die KV bestehen für Grenzgänger aus Deutschland, Frankreich, Italien und Österreich. Es besteht die Option, sich im Wohnort durch Einreichung eines Gesuchs versichern zu lassen, denn für jede erwerbstätige Person und deren nicht erwerbstätigen Familienangehörigen besteht Krankenversicherungspflicht.

Bezüglich der Krankenversicherung (nicht aber bezüglich der anderen Sozialversicherungen!) von Grenzgängerinnen und Grenzgängern bestehen Sonderregelungen, die speziell erwähnt werden sollen. Grundsätzlich richtet sich die Versicherungspflicht, wie beschrieben, nach dem Erwerbort. Jede in der Schweiz erwerbstätige Person ist demnach der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz unterstellt. Dies gilt ebenfalls für ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen. Grenzgängerinnen und Grenzgänger, die im Ausland wohnen und in der Schweiz arbeiten, sind ab Beginn ihres Arbeitsverhältnisses versicherungspflichtig und können sich innert dreier Monate bei einer schweizerischen Krankenkasse anschliessen. Für die Nachbarländer (Deutschland, Frankreich, Italien, Österreich) gelten allerdings Sonderregelungen in Form eines Optionsrechts. Personen, die in einem Nachbarland wohnen, aber in der Schweiz arbeiten, können sich im Wohnland versichern lassen. Wollen sie sich

nicht in der Schweiz versichern, so müssen sie ein Gesuch um Befreiung von der Versicherungspflicht stellen.

Die Tabelle und weitere Informationen sind abrufbar unter:

www.bag.admin.ch

- Versicherungen
- Im Ausland wohnhafte Versicherte
- Versicherungspflicht
- Grenzgängerinnen und Grenzgänger in der Schweiz

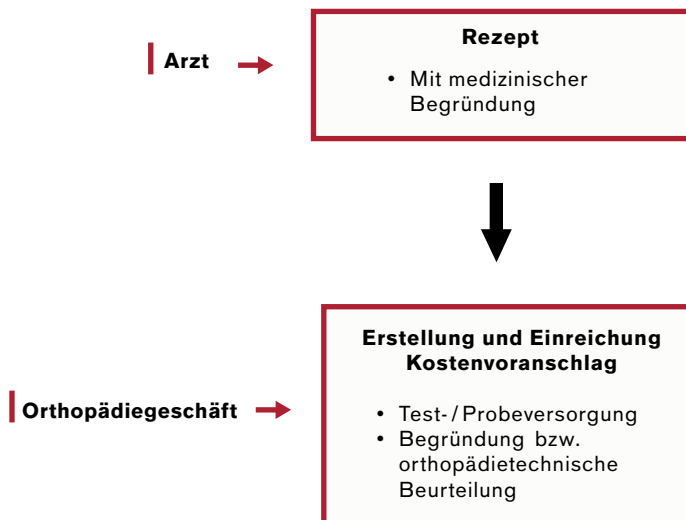


ABLAUF EINER VER SORGUNG

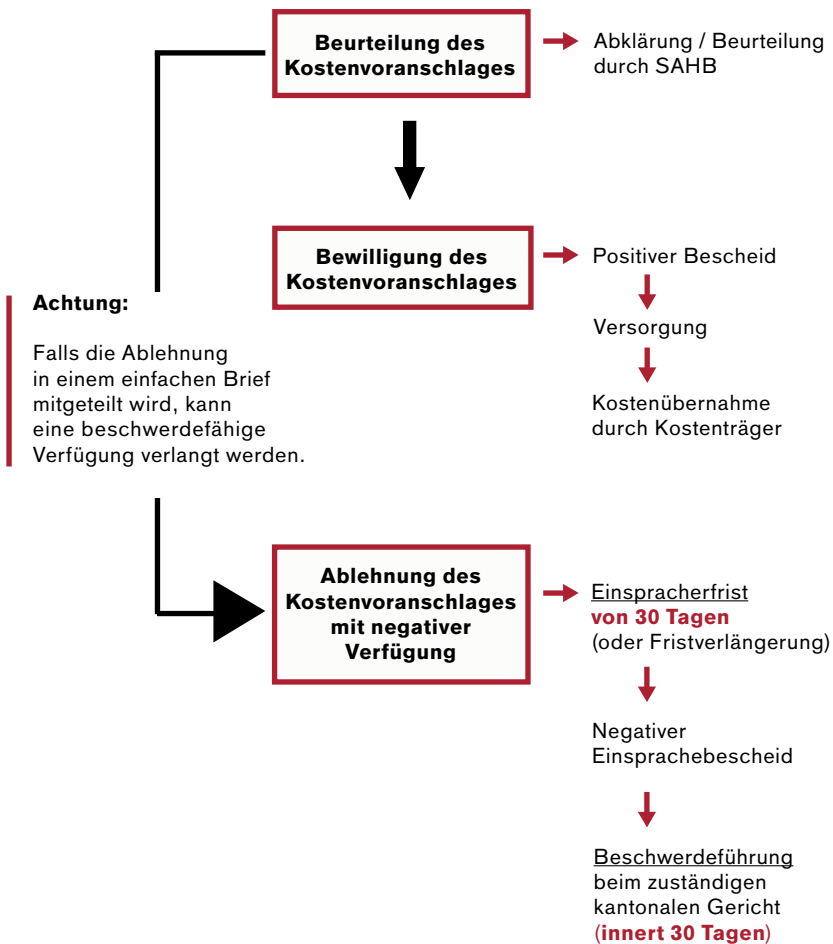


3.1 Beantragung durch versicherte Person

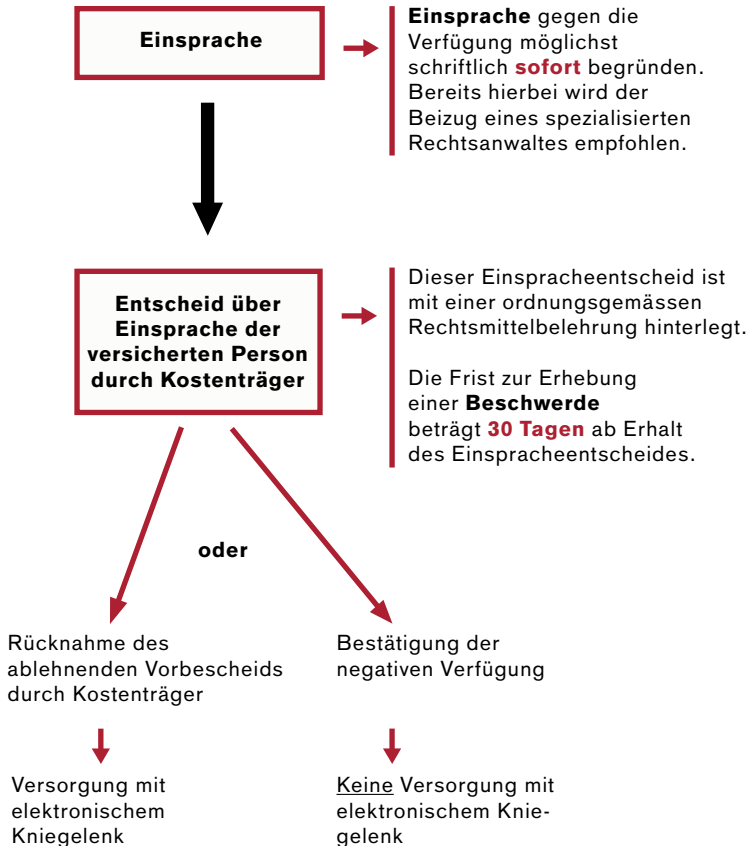
Ablauf am Beispiel eines Kniegelenkes



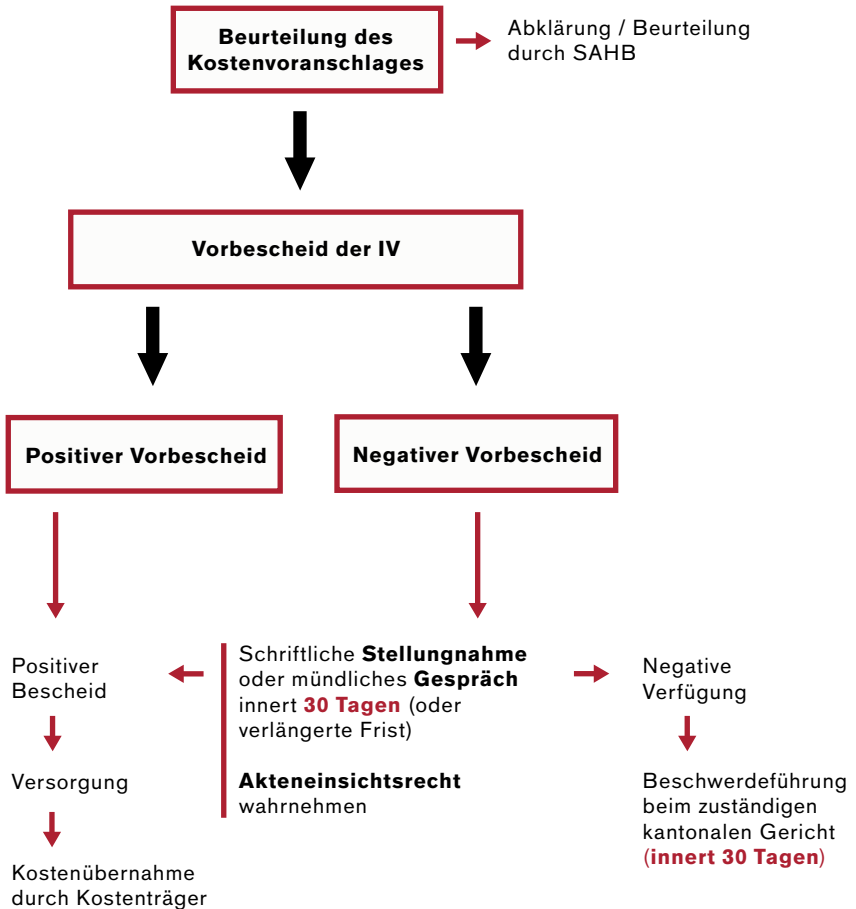
3.2 Genehmigungsverfahren der Unfall-, Militär- und obligatorischen Krankenversicherung



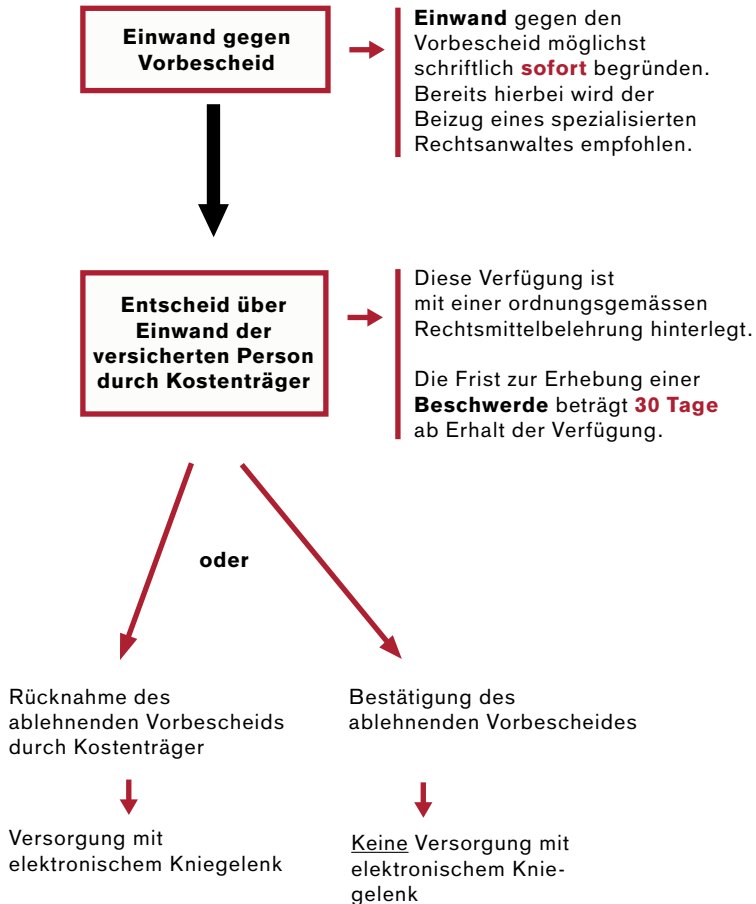
3.3 Einspracheverfahren der Unfall-, Militär- und obligatorischen Krankenversicherung



3.4 Genehmigungsverfahren Invalidenversicherung



3.5 Vorbescheidverfahren Invalidenversicherung



3.6 Gerichtsverfahren

Beschwerde beim zuständigen kantonalen Sozialversicherungsgericht oder Verwaltungsgericht einreichen innert 30 Tagen ab Erhalt der Verfügung /des Einspracheentscheides

Beschwerde möglichst **sofort** schriftlich begründen.

→ Spätestens hier wird die Hinzuziehung eines spezialisierten Rechtsanwaltes angeraten.

Wegen der für Sie **entstehenden Kosten** für ein Einwand-/Einspracheverfahren oder ein gerichtliches Beschwerdeverfahren, wenden Sie sich direkt an Ihren Rechtsanwalt.

Die **Dauer eines Gerichtsverfahrens** ist abhängig von der Auslastung des Gerichts und der Anzahl der Instanzen.

Informieren Sie sich auch hierüber bei Ihrem Rechtsbeistand.



3.7 Rechtliche Unterstützung

Organisationen

INCLUSION.
HANDICAP

www.inclusion-handicap.ch

www.promembro.ch

procap

www.procap.ch

pro infirmis

www.proinfirmis.ch

Rechtsschutzversicherung

(falls vorhanden)

Gesundheitsrechtsschutz

(falls vorhanden in der Krankenkasse)

Rechtsanwälte

Jürg Gasche Bühler

CONSTRUMEDIAT
Strassburgstrasse 10
8004 Zürich
T: 044 248 38 98
info@construmediat.ch
www.construmediat.ch

Stephan Zimmerli

Zimmerli & Béboux Rechtsanwälte AG
Eichwaldstrasse 5
6005 Luzern
T: 041 410 54 54
info@advokatur-zentralschweiz.ch
www.advokatur-zentralschweiz.ch

Frank Goecke

Advokatur Rechtsanker
Ankerstrasse 24
8004 Zürich
T: 044 245 46 62
goecke@rechtsanker.ch
www.rechtsanker.ch

Corinne Monnard Séchaud

Rusconi Associé
Rue de la Paix 4
1002 Lausanne
T: 021 321 50 80
c.monnardsechaud@rusconi-avocats.ch
www.rusconi-avocats.ch

2. Auflage 2020

Text Prof. Dr. iur. Thomas Gächter und Sarah Hack-Leoni
im Auftrag von Otto Bock Suisse AG

Gestaltung Vivian Darges im Auftrag
von Otto Bock Suisse AG

Bilder ©Ottobock

Alle Rechte vorbehalten.