

ISK und Stoma

Kostenübernahme/sozialrechtliche Aspekte

Gera

10. Oktober 2015

Christian Au LL.M., Buxtehude

Rechtsanwalt und Fachanwalt für Sozialrecht

Berufsbetreuer

Allgemeine Grundsätze

§ 14 SGB I - Beratung

- Jeder hat Anspruch auf Beratung über seine Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch. Zuständig für die Beratung sind die Leistungsträger, denen gegenüber die Rechte geltend zu machen oder die Pflichten zu erfüllen sind.

Allgemeine Grundsätze

§ 16 SGB I - Antragstellung

- Anträge auf Sozialleistungen sind beim zuständigen Leistungsträger zu stellen. Sie werden auch von allen anderen Leistungsträgern, von allen Gemeinden und bei Personen, die sich im Ausland aufhalten, auch von den amtlichen Vertretungen der Bundesrepublik Deutschland im Ausland entgegengenommen.
- Anträge, die bei einem unzuständigen Leistungsträger, bei einer für die Sozialleistung nicht zuständigen Gemeinde oder bei einer amtlichen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland im Ausland gestellt werden, sind unverzüglich an den zuständigen Leistungsträger weiterzuleiten. Ist die Sozialleistung von einem Antrag abhängig, gilt der Antrag als zu dem Zeitpunkt gestellt, in dem er bei einer der in Satz 1 genannten Stellen eingegangen ist.
- Die Leistungsträger sind verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass unverzüglich klare und sachdienliche Anträge gestellt und unvollständige Angaben ergänzt werden.

Antragsverfahren

§ 33 SGB X - Bestimmtheit und Form des Verwaltungsaktes

- Ein Verwaltungsakt muss **inhaltlich hinreichend** bestimmt sein.
- Ein Verwaltungsakt kann schriftlich, elektronisch, mündlich oder in anderer Weise erlassen werden. Ein mündlicher Verwaltungsakt ist schriftlich oder elektronisch zu bestätigen, wenn hieran ein berechtigtes Interesse besteht und der Betroffene dies unverzüglich verlangt.
- Ein schriftlicher oder elektronischer Verwaltungsakt muss die erlassende Behörde erkennen lassen und die Unterschrift oder die Namenswiedergabe des Behördenleiters, seines Vertreters oder seines Beauftragten enthalten. ²Wird für einen Verwaltungsakt, für den durch Rechtsvorschrift die Schriftform angeordnet ist, die elektronische Form verwendet, muss auch das der Signatur zugrunde liegende qualifizierte Zertifikat oder ein zugehöriges qualifiziertes Attributzertifikat die erlassende Behörde erkennen lassen.

Widerspruchsverfahren

§§ 83, 84 SGG - Form und Frist des Widerspruchs

- Das Vorverfahren beginnt mit der Erhebung des Widerspruchs, § 83.
- Der Widerspruch ist binnen eines Monats, nachdem der Verwaltungsakt dem Beschwerdeführer bekanntgegeben worden ist, schriftlich oder zur Niederschrift bei der Stelle einzureichen, die den Verwaltungsakt erlassen hat. Die Frist beträgt bei Bekanntgabe im Ausland drei Monate, § 84 Abs. 1.
- Die Frist zur Erhebung des Widerspruchs gilt auch dann als gewahrt, wenn die Widerspruchsschrift bei einer anderen inländischen Behörde oder bei einem Versicherungsträger oder bei einer deutschen Konsularbehörde oder, soweit es sich um die Versicherung von Seeleuten handelt, auch bei einem deutschen Seemannsamt eingegangen ist. Die Widerspruchsschrift ist unverzüglich der zuständigen Behörde oder dem zuständigen Versicherungsträger zuzuleiten, der sie der für die Entscheidung zuständigen Stelle vorzulegen hat, § 84 Abs. 2.

Soziale Pflegeversicherung

Verrichtungen der Grundpflege

- Körperpflege
 - regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen sind im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, **die Darm- oder Blasenentleerung,**
- Ernährung
- Mobilität

Soziale Pflegeversicherung

§ 15 SGB XI - ver. ksp. Pflegemaßnahmen

- Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem Fünften Buch führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 14 Abs. 4 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.
- Z.B. Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs oder Einmalkatheterisierung bei der Verrichtung der Darm- und Blasenentleerung,

Soziale Pflegeversicherung

Darm- und Blasenentleerung

- Hierzu gehören die Kontrolle des Wasserlassens und Stuhlganges sowie die notwendigen Handgriffe bei dieser Verrichtung, wie das Richten der Kleidung vor und nach der Benutzung der Toilette, das Säubern des Intimbereichs nach dem Wasserlassen und dem Stuhlgang, das Entleeren und Säubern eines Toilettenstuhls bzw. eines Stechbeckens oder das Entleeren/Wechseln eines Urinbeutels. Auch zu berücksichtigen ist das An-/Ablegen und Wechseln von Inkontinenzprodukten, die Reinigung und Versorgung von künstlich geschaffenen Ausgängen (Urostoma, Anuspraeter). (..) Wenn im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang bei der Darm- und Blasenentleerung z. B. die Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs oder die Einmalkatheterisierung notwendig ist, handelt es sich um eine verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme. Diese ist zusätzlich zu dem bei der Darm- und Blasenentleerung bestehenden Hilfebedarf zu berücksichtigen. (Auszug Begutachtungsrichtlinien)

Soziale Pflegeversicherung

Darm- und Blasenentleerung

Zeitorientierungswerte:

- Wechseln/Entleeren des Urinbeutels: 2 bis 3 Min.
- Wechseln/Entleeren des Stomabeutels: 3 bis 4 Min.
- Beachte: Für den notwendigen Wechsel des Systems (Basisplatte) ist aufgrund der unterschiedlichen individuellen Gegebenheiten die Vorgabe eines Zeitorientierungswertes nicht möglich.
- Ebenso enthalten die Richtlinien keine Vorgaben für das Einmalkatheterisieren

Soziale Pflegeversicherung

Begutachtungsrichtlinien des MDK

Der MDK richtet sich bei der Pflegebegutachtung nach den Pflegebegutachtungsrichtlinien 2013, Download unter:

[http://www.mdk.de/media/pdf/BRi Pflege 2013 Lesezeichen.pdf](http://www.mdk.de/media/pdf/BRi_Pflege_2013_Lesezeichen.pdf)

Soziale Pflegeversicherung

§ 36 SGB XI - Pflegesachleistung

- Pflege wird durch einen anerkannten Pflegedienst sichergestellt
- Leistungsumfang (monatlich):
 - „Pflegestufe 0“: 231 EUR (bei 45a-Bezug)
 - Pflegestufe I: 468 EUR bzw. 689 EUR
 - Pflegestufe II: 1.144 EUR bzw. 1.298 EUR
 - Pflegestufe III: 1.612 EUR
 - Pflegestufe III Härtefall: 1.995 EUR

Soziale Pflegeversicherung

§ 40 SGB XI - Pflegehilfsmittel

- typische Pflegehilfsmittel sind Pflegebetten
- für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden höchstens 40 EUR pro Monat gewährt
- diese Pauschale kann auch als Kostenerstattung erbracht werden
- erstattungsfähige Hilfsmittel bei der Pflegekasse erfragen
- Auch bei 45a-Bezug besteht Anspruch auf Pflegehilfsmittel.

Soziale Pflegeversicherung

§ 40 SGB XI - Pflegehilfsmittel

- **Tipp:**
 - Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel, die im Zusammenhang mit Verrichtungen der häuslichen Krankenpflege (z.B. Einmalkatheterisieren) benötigt werden, sind keine Pflegehilfsmittel. Sie sind von der Krankenkasse – abgesehen von der gesetzlichen Zuzahlung – vollständig ohne Deckelung zu bezahlen.

Gesetzliche Krankenversicherung

§ 12 SGB V - Wirtschaftlichkeitsgebot

- Ausreichend
 - Zweckmäßig
 - Wirtschaftlich
 - Maß des Notwendigen
-
- § 12 Absatz 2 SGB V: Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag.

- # Gesetzliche Krankenversicherung
- ## § 33 SGB V - Hilfsmittel
- Im Einzelfall erforderlich
 - zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung
 - zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung
 - zum Ausgleich einer Behinderung
 - Kein Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens
 - Umfasst sind auch
 - notwendige Änderung
 - Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln
 - die Ausbildung in ihrem Gebrauch und
 - notwendige Wartungen und technische Kontrollen
 - Bei Übermaß sind Mehrkosten und höhere Folgekosten selbst zu tragen

Gesetzliche Krankenversicherung

Hilfsmittel und Pflegehilfsmittelverzeichnis

- Beide Verzeichnisse sind als reine Auslegungs- und Orientierungshilfen für die medizinische und pflegerische Praxis zu verstehen. Sie verkörpern keine abschließende, die Leistungspflicht der Krankenkassen und Pflegekassen im Sinne einer „Positivliste“ beschränkende Regelung.
- BSG, Urteil vom 29.4.2010, B 3 KR 5/09 R

Gesetzliche Krankenversicherung

§ 37 SGB V - häusliche Krankenpflege

- Anspruch auf Behandlungspflege (h.K.) besteht
 - im Haushalt
 - in der Familie
 - an einem anderen geeigneten Ort, insbesondere
 - in betreuten Wohnformen,
 - in Schulen und Kindergärten,
 - bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen
- wenn diese zur Vermeidung eines Krankenhausaufenthalts oder zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist

Gesetzliche Krankenversicherung

§ 37 SGB V - häusliche Krankenpflege

- Anspruch umfasst auch verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen und zwar auch dann, wenn dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 SGB XI zu berücksichtigen ist

Gesetzliche Krankenversicherung

§ 37 SGB V - ver. ksp. Pflegemaßnahmen

- Nicht abschließende Liste:
 - Einreiben mit Dermatika oder oro/tracheale Sekretabsaugung bei der Verrichtung des Waschens/Duschens/Badens,
 - Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs oder Einmalkatheterisierung bei der Verrichtung der Darm- und Blasenentleerung,
 - oro/tracheale Sekretabsaugung oder Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei Tracheostoma bei der Verrichtung der Aufnahme der Nahrung,
 - Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf bei der Verrichtung des Aufstehens/Zu-Bett-Gehens,
 - Anziehen sowie Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 bei der Verrichtung des An- und Auskleidens

Gesetzliche Krankenversicherung

§ 37 SGB V - HK-Richtlinie

Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung

Pflegerische Prophylaxen, Lagern und Hilfen bei der Mobilität sind Bestandteil der verordneten Leistungen in dem Umfang, wie sie zur Wirksamkeit der verordneten Leistungen notwendig sind, auch wenn die Häufigkeit, in der sie nach Maßgabe der individuellen Pflegesituation erbracht werden müssen, von der Frequenz der verordneten Pflegeleistungen abweichen. Die allgemeine Krankenbeobachtung ist Bestandteil jeder einzelnen Leistung der häuslichen Krankenpflege und von daher nicht gesondert verordnungsfähig.

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
1.	Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit Beratung und Kontrolle der Patientin oder des Patienten, Angehöriger oder anderer Personen in der Häuslichkeit bei Unfähigkeit zur Durchführung der Maßnahmen und vorhandenem Lernpotential (z. B. bei den Grundverrichtungen des täglichen Lebens, wie Lagern, Körperpflege).	Die Patientin oder der Patient, eine Angehörige oder ein Angehöriger oder eine andere Person wird - in der Durchführung einer Maßnahme angeleitet bzw. unterstützt und - im Hinblick auf das Beherrschen einer Maßnahme kontrolliert, um die Maßnahme dauerhaft selbst durchführen oder dauerhaft Hilfestellung bei der eigenständigen Durchführung der Maßnahme geben zu können.	Anleitung bis zu 5 x verordnungsfähig
2.	Ausscheidungen: - Ausscheidungen, Hilfe beim Ausscheiden und der Beseitigung von Urin, Stuhl, Schweiß, Sputum und auch Mageninhalt, z. B.: → Verwendung von Inkontinenzprodukten (z. B. Vorlagen, Condominial), → Reinigung des Hamnröhrenkatheters (Reinigung des Katheters und der Hamnröhrenöffnung, ggf. Abstöpseln in zeitlich festgelegten Intervallen), → Wechsel des Katheterbeutels, → Reinigung und Versorgung des Urostoma, → Reinigung und Versorgung des Anus-praeter,	siehe Stomabehandlung (Nr. 28) siehe Einlauf, Klistier, Digitale Enddarmausräumung (Nr. 14) Das Abklemmen des Dauerkatheterschlauchs zur Steigerung der Blasenkapazität ist Bestandteil der Leistung. siehe Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der (Nr. 29) siehe PEG, Versorgung bei (Nr. 27) siehe Katheter, Versorgung eines suprapubischen (Nr. 22)	

Gesetzliche Krankenversicherung

§ 37 SGB V - HK-Richtlinie

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
21.	<p>Kälteträger, Auflegen von</p> <p>Bei akuten posttraumatischen Zuständen, akuten entzündlichen Gelenkerkrankungen, postoperativen Zuständen.</p>	<p>Das Auflegen eines Kälteträgers ist nur verordnungsfähig bei Patientinnen und Patienten mit</p> <ul style="list-style-type: none"> - einer so hochgradigen Einschränkung der Sehfähigkeit, dass es ihnen unmöglich ist, den Kälteträger vorzubereiten oder - einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie den Kälteträger nicht vorbereiten und nicht an den Ort seiner Bestimmung führen können oder - einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, den Kälteträger bereiten und an den Ort seiner Bestimmung bringen zu können (z. B. moribunde Patientinnen und Patienten) oder - einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust, sodass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist oder - entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbständig durchzuführen. <p>Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</p> <p>Das dafür erforderliche Mittel ist nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig (siehe § 34 SGB V).</p>	1- 3 Tage
22.	<p>Katheter, Versorgung eines suprapubischen</p> <p>Verbandwechsel der Katheteraustrittsstelle einschließlich Pflasterverband und einschließlich Reinigung des Katheters, Desinfektion der Wunde, ggf. Wundversorgung und Anwendung ärztlich verordneter Medikamente</p> <ul style="list-style-type: none"> - nach Neuanlage, - bei Entzündungen mit Läsionen der Haut an der Katheteraustrittsstelle. 	<p>siehe Ausscheidung (Nr. 2)</p> <p>siehe Stomabehandlung (Nr. 28)</p> <p>Das Abklemmen des Dauerkatheterschlauchs zur Erhaltung und Steigerung der Blasenkapazität ist Bestandteil der Leistung.</p> <p>Die Abdeckung oder der Wechsel der Abdeckung ist auch ohne Entzündungen mit Läsionen der Haut verordnungsfähig, wenn damit insbesondere durch erhebliche Schädigungen mentaler Funktionen (z.B. Kognition, Gedächtnis, Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Orientierung, psychomotorische Unruhe) bedingte</p>	nach Neuanlage für bis zu 14 Tage

Gesetzliche Krankenversicherung

§ 37 SGB V - HK-Richtlinie

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
		gesundheitsgefährdende Handlungen des Patienten an der Katheteraustrittsstelle oder dem Katheter wirksam verhindert werden können. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.	
23.	<p>Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins</p> <p>Einlegen, Entfernen oder Wechseln eines transurethralen Dauerkatheters in die Harnblase.</p> <p>Einbringen eines transurethralen Einmalkatheters in die Harnblase zur Schulung von Patientinnen und Patienten in der sachgerechten Anwendung des Einmalkatheters.</p> <p>Intermittierende transurethrale Einmalkatheterisierung bei neurogener Blasenentleerungsstörung oder myogener chronischer Resthambildung.</p>	<p>Die Katheterisierung mit dem Ziel der Resthambestimmung sowie das Einlegen und Wechseln eines suprapubischen Katheters sind ärztliche Leistungen, siehe Ausscheidungen (Nr. 2).</p> <p>Die Schulungskatheterisierung ist bei Patientinnen und Patienten verordnungsfähig, die im Rahmen der vorhergehenden Behandlung nicht ausreichend geschult wurden und die Fähigkeit besitzen, die Selbstkatheterisierung zu erlernen.</p> <p>Die intermittierende transurethrale Einmalkatheterisierung ist verordnungsfähig, wenn eine andere Methode der Harnableitung nicht zu besseren Ergebnissen führt bei Patientinnen und Patienten, die wegen</p> <ul style="list-style-type: none"> - einer so erheblichen Einschränkung der Grob- oder Feinmotorik oder - eingeschränkter Sehfähigkeit oder - einer so starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder eines Realitätsverlusts oder - entwicklungsbedingt noch nicht vorhandener Fähigkeit <p>die Katheterisierung nicht erlernen oder nicht selbstständig durchführen können. Dies muss aus der Verordnung hervorgehen.</p>	<p>Dauerkatheterwechsel alle 3 - 4 Wochen</p> <p>max. 5 Tage</p>
24.	<p>Krankenbeobachtung, spezielle</p> <ul style="list-style-type: none"> - kontinuierliche Beobachtung und Intervention mit den notwendigen medizinisch-pflegerischen Maßnahmen - Dokumentation der Vitalfunktionen wie: Puls, Blutdruck, Temperatur, Haut, Schleimhaut einschließlich aller in diesem Zeitraum anfallenden pflegerischen Maßnahmen. 	<p>Die Leistung ist verordnungsfähig,</p> <ul style="list-style-type: none"> - wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit sofortige pflegerische/ärztliche Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen täglich erforderlich ist und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können oder 	<p>Klärung, ob</p>

Gesetzliche Krankenversicherung

§ 37 SGB V - HK-Richtlinie

Nr.	Leistungsbeschreibung	Bemerkung	Dauer und Häufigkeit der Maßnahme
		<ul style="list-style-type: none"> - der Kontaktfähigkeit, - den kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration, Merkfähigkeit, Lernleistung und problemlösendes Denken, - dem Zugang zur eigenen Krankheitssymptomatik, dem Erkennen und Überwinden von Konfliktsituationen und Krisen 	
28.	Stomabehandlung Desinfektion der Wunde, Wundversorgung, Behandlung mit ärztlich verordneten Medikamenten, Verbandwechsel und Pflege von künstlich geschaffenen Ausgängen (z. B. Urostoma, Anus-praeter) bei akuten entzündlichen Veränderungen mit Läsionen der Haut.	Bei Anus-praeter und Urostoma siehe Ausscheidungen (Nr. 2) siehe Katheter, Versorgung eines suprapubischen (Nr. 22) siehe PEG, Versorgung bei (Nr. 27) Bei Trachostoma siehe Trachealkanüle, Wechsel und Pflege (Nr. 29)	
29.	Trachealkanüle, Wechsel und Pflege der Herausnahme der liegenden Trachealkanüle, Reinigung und Pflege, ggf. Behandlung des Stomas, Einsetzen und Fixieren der neuen Trachealkanüle, Reinigung der entnommenen Trachealkanüle.		
30.	Venenkatheter, Pflege des zentralen Verbandwechsel der Punktionsstelle grundsätzlich mit Transparentverband, Verbandwechsel des zentralen Venenkatheters, Beurteilung der Einstichstelle (einschließlich i. v. Porth-a-cath).	Die notwendige Inspektion der Punktionsstelle ist Bestandteil der allgemeinen Krankenbeobachtung.	1 – 2 x wöchentlich bei Transparentverband
31.	Verbände <ul style="list-style-type: none"> - Anlegen und Wechseln von Wundverbänden Anlegen, Wechseln von Verbänden, Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reinigung (auch Wundreinigungsbad), Spülen von Wundfisteln, Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen. 	Lokalisation und Wundbefund sind in der Diagnose anzugeben. Das „Überprüfen von Drainagen“ ist Bestandteil der Leistung und nicht gesondert verordnungsfähig. Wundschnellverbände (z. B. Heftpflaster, Abpolsterung, Sprühverband) sind keine Leistung der häuslichen Krankenpflege. Sofern im Zusammenhang mit dem Anlegen und Wechseln von Wundverbänden eine Kompressionsbehandlung erforderlich ist, ist dies auf der Verordnung anzugeben. Eine gesonderte Verordnung des	

Gesetzliche Krankenversicherung

SG Aurich Urteil vom 22.07.2010 - S 8 KR 45/10

- Der Hinweis unter der Rubrik "Bemerkung" in dem Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege bei Nr 22 auf Nr 28 (Stomabehandlung) in der Anlage zur Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (juris: HKPRL) enthält keine nähere Definition der Voraussetzungen bzw des Umfangs der in der Rubrik "Leistungsbeschreibung" aufgeführten Maßnahmen.
- Der Kläger hat einen Anspruch auf den ärztlich verordneten Verbandswechsel bei suprapubischen Katheter. Er erfüllt die Voraussetzungen der Nr. 22 des Leistungsverzeichnisses, da unter den Beteiligten unstreitig ist, dass der Verbandswechsel am suprapubischen Katheter medizinisch notwendig und der Kläger nicht in der Lage ist, den Verbandswechsel selbst durchzuführen.
- Dem steht nicht entgegen, dass unter der Rubrik "Bemerkung" in dem Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege bei Nr. 22 auf Nr. 28 (Stomabehandlung) verwiesen wird und dort der Verbandswechsel in Verbindung mit akuten entzündlichen Veränderungen mit Läsionen der Haut für verordnungsfähig erklärt wird. Insbesondere fehlt der Hinweis darauf, dass eine Versorgung eines suprapubischen Katheters durch Verbandswechsel nur unter den Voraussetzungen der Ziffer 28 des Leistungsverzeichnisses verordnungsfähig ist.
- So auch: SG Speyer Urteil vom 22.11.2012 - S 19 KR 438/11

Gesetzliche Krankenversicherung

LSG B-W Urteil vom 16.05.2012 - L 5 KR 1905/10

- Die Erbringung häuslicher Krankenpflege (auf Kosten der Krankenkasse) am Leistungsort WfbM setzt einen besonders hohen Pflegebedarf voraus. Dieser liegt bei Versicherten vor, deren Pflege mit den Einrichtungen und dem Personal einer WfbM (deren begleitenden Diensten) nicht ausreichend sichergestellt werden kann.
- Die WfbM ist auch ein zulässiger Leistungsort für Leistungen der häuslichen Krankenpflege iS des § 37 Abs 2 S 1 SGB 5.
- Vorliegend wurde der Anspruch bei einer Patientin mit Spina bifida bejaht, die über ein Uro-Stoma katheterisiert wird.
- „Die Katheterisierung müsse unter strengen hygienischen Kautelen erfolgen, damit keine Bakterien von der Haut in die Harnblase verschleppt würden. Zwischen den Katheterisierungen müsse der Zugang zur Harnblase, der sich in der Bauchwand befindet, mit einer speziellen Platte steril abgedeckt werden. Da die Klägerin kleinwüchsig und rollstuhlpflichtig sei und außerdem eine Rückgratverkrümmung vorliege, seien sowohl die Katheterisierung und der Verband der Katheterisierungsstelle sowie der umgebenden Haut besonders schwierig. Daher sollten die Maßnahmen durch entsprechend medizinisch-pflegerisch ausgebildetes und geübtes Personal durchgeführt werden. Angelerntes Personal aus anderen (nicht medizinischen Bereichen) sei hierfür nicht ausreichend geeignet.“

Gesetzliche Krankenversicherung

BSG Urteil vom 21.07.2011 - B 3 KR 14/10 R

- Auch bei einer Zulassung durch Vertrag kann der Zugang zur Hilfsmittelversorgung nicht von fachlichen Anforderungen abhängig gemacht werden, die über die gesetzlichen Eignungsvoraussetzungen für die Hilfsmittelabgabe hinausreichen.
- Für die Erfüllung der gesetzlichen Beratungspflichten ist ein Hilfsmittellieferant regelmäßig geeignet, wenn er ausreichend über Eigenschaften und Verwendung der von ihm abzugebenden Hilfsmittel informieren kann.
- Hilfsmittel zur Stomatherapie können auch von Betrieben abgegeben werden, die keine Stomatherapeuten in einem Umfang von mindestens 20 Wochenarbeitsstunden beschäftigen.
- Setzt der Gesetzgeber für die Fortführung eines bisher schon ausgeübten Berufs ganz oder teilweise neue Standards, dann ist das regelmäßig nur zulässig, wenn diese Standards erstens den Anforderungen von Art 12 Abs 1 GG genügen und zweitens den Berufsinhabern zumindest bei längerer Berufspraxis im Rahmen einer Übergangsfrist Gelegenheit zu dem Nachweis gegeben wird, dass die neuen Anforderungen von ihnen erfüllt werden.

Gesetzliche Krankenversicherung

§ 13 SGB V - Erstattungsanspruch

- Abs. 3 – Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

Gesetzliche Krankenversicherung

§ 13 Abs. 3a SGB V

- Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des MDK, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden.
- Achtung: Ein einfacher, ohne Einbeziehung des Versicherten gestellter Kostenübernahmeantrag eines Leistungserbringers genügt nicht. Der Versicherte kann sich aber durch den Leistungserbringer vertreten lassen.

Gesetzliche Krankenversicherung

§ 13 Abs. 3a SGB V Teil 2

- Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der MDK nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung.
- Kann die Krankenkasse die Entscheidungsfrist (3 bzw. 5 Wochen) nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit.
- Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

Gesetzliche Krankenversicherung

§ 13 Abs. 3a SGB V Teil 3

- Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine **erforderliche** Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet.
- Achtung: Die Erforderlichkeit der Leistung ist Voraussetzung des Kostenerstattungsanspruchs!
- Kurios: Das FAQ des BMG zum Gesetz enthält keinen Hinweis auf die Erforderlichkeit.
- Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14, 15 des Neunten Buches zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen.

Verfahrensrecht

§ 28 SGB X - Wiederholte Antragstellung

- Hat ein Leistungsberechtigter von der Stellung eines Antrages auf eine Sozialleistung abgesehen, weil ein Anspruch auf eine andere Sozialleistung geltend gemacht worden ist, und wird diese Leistung versagt oder ist sie zu erstatten, wirkt der nunmehr nachgeholt Antrag bis zu einem Jahr zurück, wenn er innerhalb von sechs Monaten nach Ablauf des Monats gestellt ist, in dem die Ablehnung oder Erstattung der anderen Leistung bindend geworden ist.
- Satz 1 gilt auch dann, wenn der rechtzeitige Antrag auf eine andere Leistung aus Unkenntnis über deren Anspruchsvoraussetzung unterlassen wurde und die zweite Leistung gegenüber der ersten Leistung, wenn diese erbracht worden wäre, nachrangig gewesen wäre.

Pflege im Sozialhilferecht

§ 61ff. SGB XII - Hilfe zur Pflege

- Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen, ist Hilfe zur Pflege zu leisten. Hilfe zur Pflege ist auch Kranken und behinderten Menschen zu leisten, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen oder einen geringeren Bedarf als nach Satz 1 haben oder die der Hilfe für andere Verrichtungen als nach Absatz 5 bedürfen; für Leistungen für eine stationäre oder teilstationäre Einrichtung gilt dies nur, wenn es nach der Besonderheit des Einzelfalles erforderlich ist, insbesondere ambulante oder teilstationäre Leistungen nicht zumutbar sind oder nicht ausreichen.
- Die Hilfe zur Pflege umfasst häusliche Pflege, Hilfsmittel, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und stationäre Pflege. Der Inhalt der Leistungen nach Satz 1 bestimmt sich nach den Regelungen der Pflegeversicherung für die in § 28 Abs. 1 Nr. 1, 5 bis 8 des Elften Buches aufgeführten Leistungen; § 28 Abs. 4 des Elften Buches gilt entsprechend. Die Hilfe zur Pflege kann auf Antrag auch als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets erbracht werden.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Christian Au LL.M.
Rechtsanwalt und
Fachanwalt für Sozialrecht
Berufsbetreuer

Bahnhofstraße 28
21614 Buxtehude

Tel.: 04161 / 8665110

Fax: 04161 / 8665112

info@rechtsanwalt-au.de

www.rechtsanwalt-au.de

Besuchen Sie mich auch gern bei [facebook](#).