



ALEXANDRA ZIMMERMANN

ANWALTSKANZLEI für Heime und Pflegedienste

Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht
Fachanwältin für Strafrecht



Newsletter für Heime und ambulante Pflegedienste I/2011

Seite 1/5

HEIME

Gericht hält die Sortierung nach Risikokriterien durch den Pflegeheimnavigator der AOK für rechtmäßig!

Eine stationäre Pflegeeinrichtung hat sich mit einem einstweiligen Rechtsschutzantrag gegen das Anbringen eines Warnhinweises und die Sortierung nach Risikokriterien durch den Pflegeheimnavigator der AOK im Internet gewehrt. Der Verbraucher findet dort in einer Suchmaske ein Feld, das zu den Einrichtungen führt, die bereits einen Transparenzbericht vom MDK erhalten haben. Sodann eröffnet sich ein besonderes Warnfenster, das darauf hinweist, dass pflegerische Faktoren unter Umständen nicht auf Anhieb erkennbar sind, die für die Gesundheit des Heimbewohners von besonderer Bedeutung sind (Risikofaktoren). Der Verbraucher kann dann nach bestimmten Risikofaktoren selektieren. Diese Risikofaktoren sind Dekubitus, Ernährung, Flüssigkeitszufuhr, Inkontinenz, Sturzprophylaxe und Kontraktur. Bei der betroffenen Pflegeeinrichtung erscheint zu der Frage: „Wird Dekubitus vermieden?“ die Note 5,0. Die Frage nach der Dekubitus-Behandlung gemäß aktuellem Wissensstand weist die Bewertung 0,0 auf. Die Pflegeeinrichtung befürchtete deshalb einen Reputationsschaden und erhebliche Wettbewerbsnachteile.

Das Sozialgericht Detmold hat sich nun – soweit ersichtlich – als erstes Gericht mit der Frage der Rechtmäßigkeit des Pflegeheimnavigators auseinandergesetzt.

Es ist der Auffassung, dass der Pflegeheimnavigator der AOK rechtmäßig sei. Es bestehe daher kein Unterlassungsanspruch auf Seiten der Pflegeeinrichtungen. Das Gesetz selbst träge keine abschließenden Vorgaben für den Vorgang und den Inhalt der Veröffentlichungen. Die PTVS regle die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik. Der Pflegeheimnavigator verstoße aber auch nicht gegen die Vorgaben der PTVS. Die Vorgaben, die die PTVS mache, seien eingehalten, insbesondere die Veröffentlichung auf zwei Darstellungsebenen. Der Nutzer gelange nur dann zu den einzelnen Prüfergebnissen, wenn er diese gezielt anklicke. Hierbei handele es sich um eine *zusätzliche* Möglichkeit für den Versicherten, sich gezielt über bestimmte Kriterien zu informieren. Die Darstellung anderer Prüfergebnisse werde dadurch weder verschleiert noch eingeschränkt.

Dieser Auffassung darf man kritisch gegenüberstehen. Ob andere Gerichte und insbesondere auch die Gerichte der 2. Instanz dies ebenso sehen, bleibt abzuwarten. ▶



ALEXANDRA ZIMMERMANN

ANWALTSKANZLEI für Heime und Pflegedienste

Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht
Fachanwältin für Strafrecht



Newsletter für Heime und ambulante Pflegedienste I/2011

Seite 2/5

Kosten für Wiederholungsprüfungen rechtswidrig?

Es kann ein probates Mittel sein nach einer Regelprüfung durch den MDK eine Wiederholungsprüfung zu beantragen, um so vollzogenen Optimierungen in der Dokumentation oder anderen Bereichen Rechnung zu tragen. Die Kosten einer Wiederholungsprüfung sind allerdings von der Pflegeeinrichtung zu tragen (§ 114 Abs. 5 SGB V). Es besteht aber die Möglichkeit, nur bestimmte Bereiche nachprüfen zu lassen. Die übrigen Ergebnisse der Regelprüfung bleiben in diesem Fall stehen.

Diese Kosten kann nicht der MDK selbst fordern, sondern nur die Landesverbände der Pflegekassen. Sofern Sie mithin einen Kostenbescheid vom MDK selbst erhalten, müssen Sie diese Kosten grundsätzlich nicht zahlen! Häufig sind die Kosten auch zu hoch. Der MDK rechnet mit Tagessätzen von 900 EUR ab (7,7 Stunden/Tag). Hinzu kommt dann noch ein Verwaltungsanteil von etwa 400 EUR. Im Schnitt geht der MDK von 4.800 EUR Kosten aus.

Regelungen zur Erstattung und zur Höhe der Kosten hat der Gesetzgeber nicht vorgenommen. Deshalb können hier allenfalls die tatsächlich angefallenen Kosten analog § 670 BGB berechnet werden. Dem entsprechen eine Vielzahl der Kostenrechnungen nicht!

Als bundesweit erstes Gericht hat sich nun das Sozialgericht Darmstadt mit einer Rechnung der Landesverbände der Pflegekassen auseinandergesetzt. Im konkreten Fall verwehrt ein ambulanter Pflegedienst die Zahlung der aufgegebenen Kosten. Das Gericht gab ihm Recht und stellte fest, dass die Kostenrechnung rechtswidrig und deshalb nicht zu bezahlen sei. Das Gericht bemängelte die Art der Kostenaufstellung. Die Landesverbände der Pflegekassen hatten bei der Höhe der Kosten Kalkulationen zugrunde gelegt, die von Durchschnittseinnahmen und Pauschalierungen ausgingen. Dies war dem Gericht zu wenig. Das Gericht stellte fest, dass die Pflegeeinrichtung nur verpflichtet sei, die tatsächlich angefallenen Kosten zu erstatten. Es dürften mithin weder Pauschalen noch Durchschnittswerte als Berechnungsgrundlage dienen. Auch die Zugrundelegung eines durchschnittlichen MDK-Stundensatzes sei nicht zulässig. Es müsste vielmehr der konkrete Stundenlohn des eingesetzten Prüfers angegeben werden. Allgemeine Verwaltungs- und Vorhaltekosten dürften ebenfalls nicht berechnet werden. Dass die Kosten mit einer einfachen Rechnung und nicht mit einem Kostenbescheid geltend gemacht worden waren, rügte das Gericht nicht. Es ist davon auszugehen, dass die Landesverbände der Pflegekassen in Hessen in die Berufung gehen. Ob das Hessische Landessozialgericht dann bestätigt, dass die Kosten nicht mit einem förmlichen Bescheid aufgegeben werden müssen, bleibt abzuwarten. ▶



ALEXANDRA ZIMMERMANN

ANWALTSKANZLEI für Heime und Pflegedienste

Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht
Fachanwältin für Strafrecht



Tipp für die Praxis

- ↳ Wenn Sie eine Wiederholungsprüfung beantragen wollen, überlegen Sie, ob Sie diese nur auf einige Fragenkomplexe beschränken wollen. Dies reduziert die anfallenden Kosten. Außerdem bleiben die Ergebnisse im Übrigen stehen. Bei einem positiven Ergebnis ist dies natürlich sinnvoll.
- ↳ Wenn die Kosten der Wiederholungsprüfung direkt vom MDK erhoben werden, müssen Sie diese nicht bezahlen, da der MDK selbst keine Kosten fordern kann. Dies können nur die Landesverbände der Pflegekassen.
- ↳ Prüfen Sie die angegebene Berechnungsgrundlage. Wenn von einem durchschnittlichen Stundenlohn ausgegangen wird oder allgemeine Verwaltungskosten erhoben werden, kann sich der Rechtsweg empfehlen!
- ↳ Legen Sie vorsorglich gegen die Kostenmitteilung einen Widerspruch ein. Ob die nächsthöhere Instanz bzw. andere Gerichte ebenfalls der Auffassung sind, dass die Kostenaufgabe nicht per Kostenbescheid zu ergehen hat, bleibt nämlich abzuwarten.

Aufklärungspflicht gegenüber Bewohnern über mögliche Sozialleistungen

Das Amtsgericht Homburg hat mit einem Urteil vom 20.10.2010 (Az: 7 C 277/09 (17)) festgehalten, dass die Heimleitung verpflichtet sei, jeden Bewohner ausdrücklich darüber aufzuklären, dass er vielleicht (ergänzende) Sozialleistungsansprüche haben könne. Außerdem sei er stets darüber zu informieren, dass ein solcher Antrag unverzüglich zu stellen ist.

Von dieser Pflicht gäbe es keine Ausnahmen. Jeder Bewohner ist nach Auffassung des Gerichtes von der Heimleitung vorsorglich aufzuklären. Eine eigene Beurteilung, ob im Einzelfall eine Hilfebedürftigkeit ausgeschlossen werden kann, steht der Heimleitung nach Auffassung des Gerichtes nicht zu! Selbst wenn der Bewohner bei der Anmeldung angegeben habe, dass er die Heimkosten aus „eigenen Mitteln“ zahle, müsse er hierüber aufgeklärt werden.

Das Gericht hat zudem deutlich herausgestellt, welche hohen Anforderungen an diese Aufklärungspflicht zu stellen seien. Der Bewohner müsse unmissverständlich und deutlich auf diese Möglichkeit hingewiesen werden. Eine Mitteilung im Wohn- und Betreuungsvertrag genüge hierfür nicht. Denn dieser Hinweis könne bei einem mehrseitigen Vertrag leicht überlesen werden. Denkbar sei allerdings eine Hervorhebung im Text oder ein Hinweis unmittelbar vor dem Unterschriftsfeld. Neben diesem schriftlichen Hinweis sei regelmäßig auch ein zusätzlicher mündlicher Hinweis angemessen und erforderlich.

Gegenstand des Klagverfahrens waren offene Heimentgelte, die die Pflegeeinrichtung gegenüber dem Bewohner geltend machte. Das Gericht bestätigte diesen Anspruch, sagte jedoch, dass dieser Entgeltanspruch wegen Verletzung der Aufklärungspflicht erloschen sei. Dem Bewohner stehe in Höhe der entgangenen Sozialleistungsansprüche gegenüber der Einrichtung ein Schadenersatzanspruch zu! ▶



ALEXANDRA ZIMMERMANN

ANWALTSKANZLEI für Heime und Pflegedienste

Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht
Fachanwältin für Strafrecht



Newsletter für Heime und ambulante Pflegedienste I/2011

Seite 4/5

Tipp für die Praxis

- ↳ Prüfen Sie Ihre Heim- und Betreuungsverträge.
- ↳ Nehmen Sie unmittelbar vor dem Unterschriftsfeld einen Hinweis für den Bewohner dahingehend auf, dass ihm gegebenenfalls (ergänzende) Sozialleistungen zustehen können und dass entsprechende Anträge immer unverzüglich gestellt werden müssen, da eine Leistung erst ab Antragstellung erfolgt. Formulieren Sie diesen Hinweis in einfacher Sprache, damit er für den Laien ohne weiteres zu verstehen ist.
- ↳ Heben Sie diesen Hinweis in Fettdruckschrift von dem übrigen Text ab.
- ↳ Sinnvoll kann auch ein zusätzlicher Hinweis in der Vorabinformation gem. § 3 WBG sein. Denn die Aufklärungspflicht besteht nicht erst wenn ein Heimvertrag geschlossen wurde, sondern auch bereits vor Vertragsschluss. Zudem können Sie hier auch den Hinweis aufnehmen, dass der Bewohner zusätzlich hierüber mündlich aufgeklärt wurde. Der Bewohner bestätigt dies zur Kenntnis genommen zu haben durch seine Unterschrift unter der Vorabinformation. Zum Nachweis der erfolgten mündlichen Aufklärung greift dann der Urkundsbeweis.

PFLEGEDIENSTE

Für Ihre Pflegekunden:

Die Versorgung mit einem suprapubischen Katheter ist immer Behandlungspflege und damit von den Krankenkassen zu zahlen!

Wie bereits zuvor das Sozialgericht Lüneburg und das Sozialgericht Aurich hat nun das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen mit Urteil vom 22. Dezember 2010 (Az: L 1 KR 81/10) entschieden, dass die Versorgung eines suprapubischen Katheters eine Leistung der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V ist. Dies gelte auch dann, wenn keine frische Wunde oder entzündliche Veränderung der Austrittsstelle des Schlauches vorliegt.

Es bleibt zu hoffen, dass die Krankenkassen ihre Praxis damit umstellen. Im Falle einer ablehnenden Entscheidung ist dem Pflegekunden aufgrund dieser Rechtsprechung der Rechtsweg zu empfehlen. ▶



ALEXANDRA ZIMMERMANN

ANWALTSKANZLEI für Heime und Pflegedienste

Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht
Fachanwältin für Strafrecht



Ansprüche auf Kompressionsbehandlungen künftig leichter durchzusetzen!

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zum 15. Januar 2011 eine Änderung der Nr. 31 des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie beschlossen. Es ist damit klargestellt worden, dass Kompressionsverbände immer Leistungen der Behandlungspflege sind. Hierzu gehört auch das Abnehmen des Kompressionsverbandes. Die ausschließliche Verordnungsfähigkeit bei mobilen Patienten wurde herausgestrichen. Mithin liegt eine Verordnungsfähigkeit jetzt auch bei immobilen Patienten vor. Der G-BA hat in die Leistungsbeschreibung eine Indikationsliste aufgenommen. Wichtig zu wissen ist, dass diese Liste nicht abschließend ist und deshalb auch bei nicht in der Leistungsbeschreibung genannten Krankheitsbildern die Leistungen weiterhin verordnungsfähig sind.

Anrechnung von Zeiten der Grundpflege auf die Zeiten der Behandlungspflege rechtswidrig, wenn die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch Angehörige erbracht wird!

Das Hessische Landessozialgericht hatte mit einem Urteil vom 09.12.2010 (Az: L 1 KR 189/10) über folgenden Fall zu entscheiden:

Die Krankenversicherung des Pflegebedürftigen hatte von der häuslichen Krankenpflege den Zeitanteil abgezogen, der auf die Grundpflege anfällt. Dies mit der Begründung, dass während der Erbringung der Grundpflege die Behandlungspflege in den Hintergrund trete. Aufgrund der Schwere der Erkrankung war im zu entscheidenden Fall eine 24-stündige Behandlungspflege, insbesondere eine ständige Beobachtung, erforderlich. Das Hessische Landessozialgericht stellte fest, dass diese Kürzung der Krankenkassen rechtswidrig ist. Leistungsansprüche nach dem SGB XI und dem SGB V stehen gleichrangig nebeneinander. Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V blieben von den Ansprüchen auf Pflegeleistungen nach dem SGB XI unberührt, dies ergäbe sich auch aus § 13 Abs. 2 SGB XI. Die vom Bundessozialgericht entwickelte Kostenaufteilung zwischen Krankenkasse und Pflegekasse betreffe lediglich den Fall der gleichzeitigen Erbringung der Leistungen durch dieselbe Fachkraft. ■