

NEWSLETTER
DER ANWALTSKANZLEI QUAAS & PARTNER; I/2020

**Gesundheitsrecht, insbesondere Krankenhausrecht sowie Rehabilitations-,
Pflege- und Heimrecht**

I. Krankenhausrecht	2
1. Keine Planungspflicht der Länder im Bereich der Neurologischen Frührehabilitation	2
2. Keine Einbeziehung der Universitätsklinik in die Auswahlentscheidung bei Planaufnahme.....	2
3. Kein Anspruch auf Planaufnahme eines Krankenhauses, wenn es an einer nachvollziehbaren Krankenhausplanung und/oder erforderlichen Bedarfsprognose durch die Krankenhausplanungsbehörde fehlt	3
4. Pflegebudget sowie Pflegepersonaluntergrenzen	3
5. Verfahrensfehler im Schiedsstellenverfahren	4
6. G-BA: Zentrums-Regelungen.....	4
7. Notfall-Reha	5
8. Verweildauer bei VKB-Plastik.....	5
9. Verbandssanktionengesetz im Anmarsch	6
10. Fallzusammenführung	7
11. Verdachtsdiagnosen und Komplexbehandlungen.....	9
12. Keine Befugnis der Kassenärztlichen Vereinigung zur Festsetzung von Regressen für der Wirtschaftlichkeitsprüfung zugeordneter Verordnungen	10
II. Rehabilitations-, Pflege- und Heimrecht sowie sonstiges Gesundheitsrecht	12
1. Wichtige Weichenstellung für medizinische Reha	12
2. GPS-Uhr mit Alarmfunktion als Hilfsmittel nach § 33 SGB V	12

I. Krankenhausrecht

1. Keine Planungspflicht der Länder im Bereich der Neurologischen Frührehabilitation

Das Niedersächsische Obergericht (OVG) hat es mit Urteil vom 12.09.2019 – u. a. 13 LB 354/18 – abgelehnt, eine Planungspflicht für die Krankenhausbehandlung im Rahmen der Neurologischen Frührehabilitation der Phase B anzunehmen. Das Gericht sieht es als ausreichend an, dass der Krankenhausplanungsbehörde im Rahmen der jährlichen Fortschreibung des Krankenhausplans vom Statistischen Landesamt die jeweiligen Diagnosen im Bereich der Neurologischen Frührehabilitation zur Verfügung gestellt werden und diese im Rahmen der Bedarfsanalyse in die Krankenhausplanung einfließen. Das Urteil ist nicht rechtskräftig. Es ist im Wege der Nichtzulassungsbeschwerde beim Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) angegriffen worden.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas, Stuttgart

2. Keine Einbeziehung der Universitätsklinika in die Auswahlentscheidung bei Planaufnahme

Das Niedersächsische OVG hat es mit Urteil vom 12.09.2019 abgelehnt, Universitätsklinika in die Auswahlentscheidung nach § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG einzubeziehen. Universitätsklinika würden zwar mit ihrem Bedarf in die Bedarfsanalyse des Krankenhausplans eingestellt. Einer – auf der zweiten Entscheidungsstufe notwendigen – Auswahlentscheidung würden sie sich indes von vornherein entziehen. Das habe seinen Grund darin, dass Universitätsklinika gemäß §§ 108 Nr. 1, 109 SGB V kraft Gesetzes zur Versorgung der gesetzlich Versicherten zugelassen seien. Damit stünde ihr Versorgungsauftrag nicht zur Disposition und könnte auch nicht im Wege einer Auswahlentscheidung zugunsten eines anderen Krankenhausbewerbers zurücktreten.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas, Stuttgart

3. Kein Anspruch auf Planaufnahme eines Krankenhauses, wenn es an einer nachvollziehbaren Krankenhausplanung und/oder erforderlichen Bedarfsprognose durch die Krankenhausplanungsbehörde fehlt

Das Niedersächsische OVG hat es mit Urteil vom 18.06.2019 (13 LC 41/17) abgelehnt, der Klage eines Krankenhausträgers auf Aufnahme in den Krankenhausplan stattzugeben, wenn es für das von dem Krankenhaus beanspruchte Fachgebiet noch keine – nachvollziehbare – Bedarfsplanung einschließlich einer erforderlichen Bedarfsprognose gibt. Betroffen war das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (PSM). Insoweit hat Niedersachsen nach den Feststellungen des OVG seit Jahrzehnten kein nachvollziehbares Konzept, auf das sich eine Krankenhausplanung entsprechend den in der Rechtsprechung dazu entwickelten Grundsätzen stützen ließe. Das habe zur Folge, dass der Krankenhausträger lediglich mit einem Anspruch auf Neubescheidung durchdringen könne.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Prof. Dr. Michael Quaas, Stuttgart

4. Pflegebudget sowie Pflegepersonaluntergrenzen

Die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen müssen erstmals für das Budgetjahr 2020 aus dem pauschalierten Vergütungssystem ausgegliedert und hierfür eine neue Pflegepersonalkostenvergütung vereinbart werden. Zur Umsetzung liegen zwischenzeitlich die Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung, die DRG-Grundlagenvereinbarung und die Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung vor. Viele Fragen, beispielweise die konkrete Abgrenzung des Personals, dessen Kosten ausgegliedert werden sollen, bleiben zumindest teilweise ungeklärt, so dass der Verlauf und die Ergebnisse der Budgetverhandlungen nur schwer vorausgesagt werden können.

Neben der budgetrechtlichen Zäsur bei Finanzierung der Pflegepersonalkosten müssen die Krankenhäuser ab dem Entgeltzeitraum 2020 die neue Rechtsverordnung zu den Pflegepersonaluntergrenzen (PpUGV 2020) beachten. Neu werden nun pflegesensitive Bereiche auch in der Neurologie, Herzchirurgie, Neurologische Frührehabilitation sowie für die Schlaganfallereinheit

ten formuliert. Unsere bisherige Beratung hat gezeigt, dass eine beträchtliche Anzahl von Krankenhäuser neu in den Anwendungsbereich der PpUGV einbezogen wird, weil die neue Verordnung neben der fachabteilungsbezogenen auch eine auf das Gesamthaus bezogene Betrachtung anstellt und dieses Bewertungsergebnis dann für die betroffenen Fachabteilungen für alle Stationen für jeden Standort gelten soll. Soweit Krankenhäuser Einwände gegen die Feststellung pflegesensitiver Bereiche erhoben haben, hat hierüber zwischenzeitlich das InEK entschieden.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz, Stuttgart

5. Verfahrensfehler im Schiedsstellenverfahren

In der neueren verwaltungsgerichtlichen Rechtsprechung ist geklärt, dass auch im Schiedsstellenverfahren die Grundsätze des rechtlichen Gehörs und des fairen Verfahrens beachtet werden müssen. Nach einem Urteil des OVG Nordrhein-Westfalen vom 05.11.2019 hat hiergegen die Schiedsstelle verstoßen, weil sie außerhalb einer mündlichen Verhandlung übergebene Honorararztverträge zur Grundlage der Entscheidung gemacht hat.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz, Stuttgart

6. G-BA: Zentrums-Regelungen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 05.12.2019 die Erstfassung der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Abs. 5 SGB V beschlossen. Der Beschluss enthält allgemeine Grundsätze zu den besonderen Aufgaben und den Qualitätsanforderungen sowie daneben weitere spezielle Qualitätsanforderungen und besondere Aufgaben zu den speziellen Zentren im Einzelnen, die in Anlagen zu dem Beschluss enthalten sind. Soweit die Regelungen vom Ministerium unbeanstandet bleiben und sodann im Bundesanzeiger veröffentlicht werden, sollen sie bereits am 01.01.2020 in Kraft treten.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz, Stuttgart

7. Notfall-Reha

Am 19.11.2019 entschied das BSG, eine Krankenkasse müsse für die Kosten einer stationären Versorgung im Krankenhaus auch dann aufkommen, wenn Krankenhausbehandlung nicht mehr indiziert war, jedoch ein Reha-Platz nicht zeitnah zur Verfügung gestellt werden konnte (sog. Notfall-Reha-Behandlung). Besonders bemerkenswert ist an dem Urteil, dass der Vergütungsanspruch des Krankenhauses sich nach den Sätzen für Krankenhausvergütung gegen die Krankenkasse als Reha-Trägerin richtet. Es könne dem Krankenhaus nicht zugemutet werden, anstelle seiner durch den Versorgungsauftrag bestimmten Leistungsstruktur im Notfall hiervon abweichende spezifische stationäre Reha-Leistungen anzubieten. Im Ergebnis bedeutet dies, dass trotz sekundärer Fehlbelegung ein Vergütungsanspruch des Krankenhauses besteht, da die Krankenkasse dem Patienten keinen geeigneten Reha-Platz zeitnah zur Verfügung stellen konnte. Bislang liegt nur der Terminsbericht vor. Es bleibt abzuwarten, inwieweit die Entscheidungen auf andere Fallkonstellationen (z. B. fehlender Hospizplatz, fehlender Pflegeplatz) übertragen werden kann.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth, Stuttgart

8. Verweildauer bei VKB-Plastik

Jedes orthopädisch tätige Krankenhaus kennt sicherlich die Behauptung des MDK, ein Patient hätte nach einer VKB-Plastik bereits am ersten postoperativen Tag entlassen werden können. Die durchgeführte Schmerzmedikation bestehend aus Basis- und Bedarfsmedikation, die frühzeitige Mobilisation mit Physiotherapie sowie die postinterventionelle Überwachung mit Kühlung, Lagerung und Drainagen würden keine stationäre Versorgung bis zum zweiten postoperativen Tag rechtfertigen. Das LSG Baden-Württemberg hat mit Beschluss vom 03.12.2019 die Berufung einer Krankenkasse gegen eine erstinstanzliche Entscheidung des SG Karlsruhe zurückgewiesen, welches feststellte, dass die stationäre Versorgung nach VKB-Plastik bis zum zweiten postoperativen Tag notwendig gewesen sei. Das LSG betont, dass die not-

wendige frühzeitige Mobilisation nur unter der Schmerzmedikation möglich gewesen sei. Im Übrigen hätte eine Entlassung am ersten postoperativen Tag schon deshalb nicht erfolgen können, weil der Versicherte nicht alleine mobil gewesen sei. Der Anspruch auf Krankenhausbehandlung richte sich in aller Regel auf die Wiederherstellung der Gesundheit zur Alltagstauglichkeit. Bei der hier schon frühzeitig möglichen Mobilisation liege kein vergleichbarer Fall zu den Konstellationen vor, dass eine stationäre Unterbringung nur noch zur Pflege erforderlich sei.

Die deutlichen Worte, mit denen das LSG die Berufung der Krankenkasse durch Beschluss zurückgewiesen hat (man hielt nicht einmal eine mündliche Verhandlung für notwendig aufgrund der Eindeutigkeit), lässt hoffen, dass der MDK seine Ansichten überdenkt.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Till Flachsbarth, Stuttgart

9. Verbandssanktionengesetz im Anmarsch

Nicht zuletzt im Zuge des sogenannten Diesel-Skandals haben sich Defizite im Unternehmensstrafrecht gezeigt. Vor diesem Hintergrund, aber auch in Umsetzung Koalitionsvertrages hat das Bundesjustizministerium den Entwurf für ein „Gesetz zur Bekämpfung der Unternehmenskriminalität“ vorgelegt. Dieser ist noch nicht offiziell veröffentlicht. Die Inhalte sind gleichwohl schon bekannt. Ziele des VerSanG ist eine einheitliche gesetzliche Grundlage für Verbandssanktionen. In diesem Zuge soll das Verfolgungsermessen der Strafverfolgungsbehörden nach dem bislang geltenden Opportunitätsprinzip durch das Legalitätsprinzip ersetzt werden. Bei einem Anfangsverdacht ist also zwingend ein Ermittlungsverfahren einzuleiten. Dies wird auch für die Krankenhäuser Bedeutung haben, weil quasi jede Krankenhausträgergesellschaft unabhängig von ihrer konkreten rechtlichen Organisation unter den Verbandsbegriff fallen wird. Nach § 3 VerSanG werden Verbandssanktionen unter anderem dann verhängt, wenn jemand als Leitungsperson dieses Verbandes eine Verbandsstraftat begangen hat. Leitungspersonen in diesem Zusammenhang sind nicht nur Mitglieder eines vertretungsberechtigten Organs einer juristischen Person oder vertretungsberechtigte Gesellschafter einer

rechtsfähigen Personengesellschaft, sondern auch Mitglieder von Kontrollorganen wie z. B. Vorstand und Aufsichtsrat. Anknüpfungspunkt ist eine Straftat, durch die Pflichten, die den Verband treffen, verletzt werden oder durch die der Verband bereichert worden ist oder werden sollte (Verbandsstraftat). Als Sanktionen sind Geldsanktionen, Verwarnungen mit Sanktionsvorbehalt und sogar eine Verbandsauflösung vorgesehen. Nach § 9 VerSanG reichen die Geldsanktionen bis jenseits von 10 Mio. Euro und bei vorsätzlichem Handeln bis zu 10 % des durchschnittlichen Jahresumsatzes des Unternehmens. Sanktionsmildernd sollen sich die Etablierung von Compliance-Maßnahmen und die Kooperation mit den Verfolgungsbehörden in Gestalt von internen Untersuchungen auswirken. Mit der Verabschiedung des VerSanG darf im Laufe des Jahres 2020 gerechnet werden.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Jens-M. Kuhlmann, Stuttgart

10. Fallzusammenführung

Das BSG hat mit Urteil vom 19.11.2019, B 1 KR 6/19 R, seine Rechtsprechung zur Fallzusammenführung aufgrund fiktiv-wirtschaftlichen Alternativverhaltens bekräftigt. Zugrunde lag ein Behandlungsfall aus dem Jahre 2012, bei dem im Rahmen des ersten Aufenthaltes eine verdächtige Raumforderung im Lungenoberlappen entfernt wurde. Das pathologische Gutachten hatte zwar bereits den Verdacht eines primären Lungenkarzinoms ergeben, es sollte jedoch noch ein immunhistologischer Befund abgewartet werden. Die Patientin wurde deshalb morgens entlassen; am Abend desselben Tages bestätigte der histologische Befund die Verdachtsdiagnose. Daraufhin wurde die Patientin nach vier Tagen zur weiteren Behandlung aufgenommen. Abrechnungstechnisch lagen zwar die Voraussetzungen einer Fallzusammenführung nach der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) nicht vor, diese war nach Ansicht des BSG aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots dennoch geboten. Angesichts des zeitnah zu erwartenden histologischen Befundes und der sodann wenige Tage später durchgeführten Operation wäre statt der zwischenzeitlichen Entlassung eine Beurlaubung oder eine Fortsetzung der Behandlung in Betracht gekommen.

Die Entscheidung des BSG war zu erwarten, da in ähnlichen Fallkonstellationen bereits mehrfach in o.g. Sinne geurteilt wurde (B 1 KR 62/12, B 1 KR 3/15, B 1 KR 29/16). Zumindest sind in denjenigen (Alt)fällen, in denen nach den bisherigen Befunden der Therapieplan eine deutliche Wahrscheinlichkeit der Weiterbehandlung enthält und lediglich noch ausstehende Befunde zeitnah erwartet werden können, Fallzusammenführungen gemäß BSG geboten. Ist hingegen eine Behandlung zum Zeitpunkt der ersten Entlassung an sich abgeschlossen und es liegt somit zunächst keine weitere Behandlungsbedürftigkeit vor, sondern ergibt sich die weitere Behandlungsplanung und -notwendigkeit erst aus nachträglichen Befunden, stellt dies die selbständige Abrechenbarkeit des zweiten Aufenthaltes nicht in Frage, wie das LSG Baden-Württemberg mit Urteil vom 25.01.2019, L 4 KR 72/17, überzeugend entschieden hat. Im Übrigen ist zu beachten, dass das BSG nur zu Fallgestaltungen, in denen die Regelungen der FPV über die Fallzusammenführung nicht anwendbar sind, eine Fallzusammenführung aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots fordert. Wird in der FPV hingegen eine ausdrückliche, auf allgemeinen wirtschaftlichen und medizinischen Erwägungen beruhende Regelung für eine bestimmte Fallgestaltung getroffen, so z.B. in § 2 Abs. 2 FPV i.V.m. Spalte 13 des Fallpauschalen-Kataloges, so kann sich die Krankenkasse im Rahmen der Auffälligkeitsprüfung nicht darauf berufen, dass die Anwendung dieser Regelung im konkreten Einzelfall gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstößt (LSG Sachsen, Urteil vom 13.02.2019, L 1 KR 315/14). Ohnehin ist der Rechtsprechung des BSG zur Fallzusammenführung außerhalb der Regelungen der FPV seit dem 01.01.2019 die Grundlage entzogen, da der Gesetzgeber erfreulicherweise mit der ausdrücklichen Klarstellung in § 8 Abs. 5 KHEntgG eine von den Regelungen der FPV abweichende oder darüber hinausgehende Argumentation zur Notwendigkeit einer Fallzusammenführung, die sich allein auf das Wirtschaftlichkeitsgebot stützt, nicht für zulässig erklärt hat.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Kristina Schwarz, Dortmund

11. Verdachtsdiagnosen und Komplexbehandlungen

Das LSG Baden-Württemberg hat sich mit einer interessanten Entscheidung vom 15.10.2019 (L 11 KR 4112/18) zum einen mit den Voraussetzungen für die Kodierung einer Verdachtsdiagnose und zum anderen mit der Abrechnung einer Komplexbehandlung (hier: 8-981.1 Neurologische Komplexbehandlung) befasst.

Verdachtsdiagnosen sind gemäß DKR D008b Diagnosen, die am Ende eines stationären Aufenthaltes weder sicher bestätigt noch sicher ausgeschlossen sind. Verdachtsdiagnosen werden unterschiedlich kodiert, abhängig davon, ob der Patient nach Hause entlassen oder in ein anderes Krankenhaus verlegt wurde. Im Falle der Entlassung nach Hause ist das Symptom zu kodieren, wenn keine Behandlung in Bezug auf die Verdachtsdiagnose eingeleitet worden ist. Wenn eine Behandlung eingeleitet wurde und die Untersuchungsergebnisse nicht eindeutig waren, ist die Verdachtsdiagnose zu kodieren. Im zugrundeliegenden Behandlungsfall wurde der bei Aufnahme bestehende Verdacht der Diagnose nach ICD J69.0 (Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes) im Verlauf des stationären Aufenthaltes weder sicher bestätigt noch ausgeschlossen. Eine Ursache der Symptome wurde nicht festgestellt, jedoch eine Behandlung mit einem Antibiotikum durchgeführt. Das LSG entschied, dass zu Recht die Diagnose J 69.0 als Verdachtsdiagnose kodiert werden konnte, da der von den behandelnden Ärzten getroffene Verdacht medizinisch durchaus plausibel gewesen sei. Dass weitere Untersuchungen – hier mittels CT – möglich gewesen wären, um den Verdacht aufzuklären, hindere die Kodierung der Verdachtsdiagnose nicht. Der Wortlaut der DKR fordere keine erschöpfende Untersuchung.

Ferner entschied das LSG, dass auch der Ansatz des OPS 8-981.1 für eine neurologische Komplexbehandlung zur Recht erfolgte. Umstritten war diesbezüglich zunächst, ob das Mindestmerkmal des Beginns von „Maßnahmen der Physiotherapie, Neuropsychologie, Ergotherapie oder Logopädie innerhalb von 24 Stunden“ erfüllt war. Das LSG stellte hierzu fest, dass der Zeitraum von 24 Stunden gemäß dem eindeutigen Wortlaut des OPS-Kode erst ab

Behandlungsfähigkeit zu laufen beginne. Dafür, dass dies bereits ab Aufnahme in das Krankenhaus gelte, ergäbe sich kein Anhaltspunkt.

Letztlich bestünde auch kein Anlass, an dem Vorliegen der übrigen Strukturvoraussetzungen des OPS zu zweifeln. Diese waren zwischen den Beteiligten zunächst völlig unstrittig, erst im Verlauf des Rechtsstreits hatte die Krankenkasse vorgetragen, dass die strukturellen Merkmale des OPS-Kode 8-981.1 seitens des Krankenhauses bisher nicht nachgewiesen seien. Das LSG wies diesen Vortrag zurück, da es sich um ein Bestreiten "ins Blaue hinein" handle, welches zu keinen weiteren Ermittlungen Anlass gäbe. Eine Pflicht zur Sachaufklärung bestehe in Bezug auf diejenigen Tatsachen, die für die Entscheidung in prozessualer und materieller Sicht wesentlich (entscheidungs-erheblich) und deren Vorliegen nicht von vornherein offenkundig oder bereits erwiesen seien. Das Gericht müsse indessen nicht bloßen Vermutungen oder jedem unsubstantiierten Vorbringen der Beteiligten nachgehen, da auch der Amtsermittlungsgrundsatz bei der Feststellung von Tatsachen keine Aufklärung ins Blaue hinein ohne konkrete Anknüpfungspunkte gebiete.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Kristina Schwarz, Dortmund

12. Keine Befugnis der Kassenärztlichen Vereinigung zur Festsetzung von Regressen für der Wirtschaftlichkeitsprüfung zugeordneter Verordnungen

Dem Terminsbericht nach hat das BSG mit Urteil vom 11.12.2019 (B 6 KA 23/18 R) auf die Revision des klagenden, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Chirurgen entschieden, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Festsetzung eines Regresses wegen Nichtbeachtung der maßgeblichen Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung (SSV) nicht zuständig sind. Diese Prüfungen seien bundesrechtlich der Wirtschaftlichkeitsprüfung zugeordnet, woraus die ausschließliche Zuständigkeit der paritätisch besetzten Prüfungsgremien folge. Eine Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung kann nach der Entscheidung des BSG auch nicht durch eine gesamtvertragliche Regelung vereinbart oder auf andere Weise begründet werden. Konsequenz hieraus ist, dass bereits ergangene und angegriffene Bescheide auf-

grund des formalen Fehlers aufzuheben sind. Nach der Entscheidung des BSG soll es der zuständigen Prüfungsstelle jedoch möglich sein, einen inhaltsgleichen Bescheid zu erlassen, da der formal unzulässige Bescheid der Kassenärztlichen Vereinigung die insoweit geltende Ausschussfrist hemmen soll.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwältin Nadine Elsässer, Stuttgart

II.

Rehabilitations-, Pflege- und Heimrecht sowie sonstiges Gesundheitsrecht

1. Wichtige Weichenstellung für medizinische Reha

Aktuell liegt der Gesetzentwurf zum Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPREG) vor. Dieser Entwurf ist aus einer Überarbeitung des Referentenentwurfs zum Reha- und Intensivpflegestärkungsgesetz (RISG) hervorgegangen. Der Entwurf sieht beachtliche Gesetzesänderungen für Vorsorge- und Rehabilitationskliniken vor. Die Verbindlichkeit der ärztlichen Verordnung von medizinischen Rehabilitationsleistungen soll gestärkt werden; eine vertragsärztliche verordnete geriatrische Rehabilitation dürfte von der Krankenkasse nicht mehr auf ihre medizinische Erforderlichkeit hin überprüft werden. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität soll für die Vereinbarung der Vergütungen nicht (mehr) gelten und tarifvertraglich vereinbarte Personalkosten müssten in den Vergütungsverhandlungen berücksichtigt werden. Das weitere Gesetzgebungsverfahren bleibt abzuwarten.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Ulrich Trefz, Stuttgart

2. GPS-Uhr mit Alarmfunktion als Hilfsmittel nach § 33 SGB V

Der Einsatz von GPS-Uhren mit entsprechenden Alarm- und Hilfesystemen bietet neue Möglichkeiten unter anderem bei Demenzkranken sowohl in Heimen als auch bei der häuslichen Versorgung. Dies betrifft nicht nur Erleichterungen bei der Pflege, sondern kann auch die Teilhabe der betroffenen Menschen am Leben außerhalb von Haus/Heim erleichtern oder sogar ermöglichen. In diesem Sinne hat das LSG Niedersachsen mit Urteil vom 17.09.2019 (Az L 16 KR 182/18) entschieden, dass im Einzelfall ein Anspruch aus § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V auf Versorgung mit einer solchen GPS-Uhr mit Alarmfunktion besteht. Kläger war ein geistig behinderter jüngerer Mensch, für den die Alternative zur begehrten GPS-Uhr darin bestanden hätte, sich nicht frei außerhalb der Wohnung bewegen zu können. Nach Auffassung des LSG stünde unter Berücksichtigung des neugefassten Begriffs der

Behinderung gem. § 2 SGB IX das Ziel der Teilhabe an den verschiedenen Lebensbereichen im Vordergrund. Wenn diese durch die GPS-Uhr ermöglicht werde, handele es sich dabei nicht um einen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens, sondern ein Hilfsmittel, das auch unter Abwägung von Kosten und Nutzen wirtschaftlich (§ 12 Abs. 1 SGB V) sei.

Diese Überlegungen lassen sich nach unserer Auffassung weitgehend auf ältere, an Demenz erkrankte Menschen in Heimen übertragen. Die Entscheidung des LSG Niedersachsen dürfte deshalb dazu beitragen, häufiger einen Anspruch auf GPS-Geräte als Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 SGB V durchsetzen zu können.

Weitere Informationen bei: Rechtsanwalt Dr. Peter Sieben, Stuttgart

Ihre Partner für öffentliches Recht und Gesundheitsrecht

Anwaltskanzlei Quaas & Partner

Standort Stuttgart
Möhringer Landstr. 5
70563 Stuttgart
Tel.: 0711/9 01 32-0
Fax: 0711/9 01 32-99
info@quaas-partner.de

Standort Dortmund
Märkische Str. 115
44141 Dortmund
Tel.: 0231/22 24 28-30
Fax: 0231/22 24 28-31
info-do@quaas-partner.de

www.quaas-partner.de