

Versorgung suprapubischen Katheters ist immer Behandlungspflege

Von Henning Sauer, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Sozialrecht

Auch bei nicht entzündeter und völlig reizloser Katheteraustrittsstelle sind die notwendigen Bandswechsel der Behandlungspflege zuzuordnen und damit eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen (LSG) hat in seinem Urteil vom 22. Dezember 2010 (Az. L 1 KR 81/10) die Berufung der Krankenkasse zurückgewiesen und die Entscheidung der Vorinstanz bestätigt.

Darmstadt. Hintergrund der Entscheidung ist, dass fast alle Krankenkassen in der Vergangenheit die Genehmigung von Verordnungen Häuslicher Krankenpflege mit der Begründung abgelehnt haben, bei der Versorgung einer reizlosen Katheteraustrittsstelle handele es sich um eine Hilfe bei Ausscheidungen im Rahmen der Grundpflege.

Verschiedene Sozialgerichte hatten bereits zu Gunsten der Patienten entschieden, dass die Krankenkasse die Leistung übernehmen muss. Da nur wenige Krankenkassen diese Entscheidungen umgesetzt haben, mussten auch in der Folgezeit viele

Versicherte für ihr Recht kämpfen. Auch in dem jetzt entschiedenen Fall hatte sich die Krankenkasse auf eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) berufen und die Verordnung mit dem Hinweis, dass keine behandlungsbedürftige Wunde vorliege, abgelehnt. Nach einem erfolglosen Widerspruchsverfahren bekam der Patient bereits vor dem Sozialgericht Recht. Das LSG hat nun die bisherige Rechtsprechung bestätigt und klargestellt, dass die HKP-Richtlinien und das Leistungsverzeichnis bei der Versorgung eines suprapubischen Katheters keine Anforderungen an das Vorliegen einer Wunde oder einer entzündlichen Veränderung stellen.

Zur Begründung führte das Gericht weiter aus, dass es für den Ausschluss von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung einer ausdrücklichen Regelung bedarf. In der Leistungsbeschreibung zur Katheterversorgung nach Nr. 22 ist aber als Voraussetzung nicht

beschrieben, dass akute entzündliche Veränderungen mit Läsionen der Haut vorliegen müssen. Das ist zwar beispielsweise bei der Stomabehandlung nach Nr. 28 der Fall. Allein der kurze Hinweis auf Nr. 28 in der Spalte Beschreibung bei der Katheterversorgung ist jedoch nicht ausreichend.

Das Urteil ist noch nicht rechts-

„Die Pflegedienste sollten dem Patienten die erbrachten Leistungen privat in Rechnung stellen“

Henning Sauer, Rechtsanwalt

//



Foto: Archiv

kräftig. Auch wenn die betroffene Krankenkasse Revision einlegt, ist nicht zu erwarten, dass das Bundessozialgericht das überzeugend begründete Urteil des LSG aufheben wird. Nach diesem Urteil haben nun bundesweit alle Patienten gute Chancen, die ärztlich verordnete Katheterversorgung erfolgreich auch dann von ihrer Krankenkasse zu fordern, wenn

keine entzündete Stelle oder Wunde vorliegt.

Praxistipps: Sollte es nach wie vor in vergleichbaren Fällen zu Ablehnungen seitens der Kassen kommen, sollte der Patient in jedem Fall Widerspruch einlegen und gegen die Ablehnung vorgehen. Die Pflegedienste sollten auch in diesem Fall dem Patienten

die verordneten und erbrachten Leistungen privat in Rechnung stellen, damit dieser die Krankenkasse auf Erstattung der Kosten der zu Unrecht abgelehnten Leistung in Anspruch nehmen kann.

Darüber hinaus können Versicherte bei ihrer Krankenkasse auch beantragen, dass ihnen die bisher selbst getragenen Kosten der Katheterversorgung nachträglich erstattet werden. Voraussetzung ist jedoch, dass die Leistungen ärztlich verordnet waren. Hat die Krankenkasse die Katheterversorgung gänzlich ohne oder mit der Begründung abgelehnt,

es läge keine Wunde vor, kann der Patient bei seiner Krankenkasse einen Antrag auf Überprüfung der Ablehnungsbescheide stellen und Erstattung der zu Unrecht von ihm verauslagten Kosten verlangen.

Auch die Versorgung bei perkutaner endoskopischer Gastrostomie (PEG) ist nach den HKP-Richtlinien und dem Leistungsverzeichnis nicht vom Vorliegen einer Wunde oder entzündlichen Veränderung abhängig. Die Genehmigungspraxis der Krankenkassen ist hier jedoch genau so restriktiv und die Situation ist mit der bei der Katheterversorgung vergleichbar. Lehnt eine Krankenkasse die PEG-Versorgung mit der Begründung ab, es läge keine Wunde vor, sollte der Patient auch in diesem Fall Widerspruch einlegen und gegen die Ablehnung vorgehen. //

INFORMATIONEN

Der Autor ist Rechtsanwalt in der Kanzlei Iffland & Wischnewski Rechtsanwälte, Fachkanzlei für Heime und Pflegedienste, www.iffland-wischnewski.de