



Deutsche Stiftung Patientenschutz  
für Schwerstkranke, Pflegebedürftige und Sterbende

# Patientenschutz Telefon

2. Auflage, 04.02.2016

## Das Patientenschutztelefon - Bundesweite Hilfe für schwerstkranke, pflegebedürftige und sterbende Menschen

### Zusammenfassung

Der weitaus größte Teil der Kosten im deutschen Gesundheitssystem entsteht in den letzten drei bis fünf Lebensjahren: 75 bis 80 Prozent aller Leistungen werden in dieser Phase erbracht. Das kostete 2013 rund 250 Milliarden Euro, bei Gesamtausgaben von 315 Milliarden Euro. Trotz dieser enormen Summen ist die Versorgung vieler schwerstkranker, pflegebedürftiger und sterbender Menschen in Deutschland unzureichend. Anders als andere Interessengruppen ist diese Gruppe aber außer Stande, sich zu organisieren, ihre Interessen selbst zu vertreten und für ihre Rechte zu kämpfen.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz hat es sich zur Aufgabe gemacht, als Anwältin für diese Menschen zu sprechen und für deren Rechte einzutreten. Kernstück der Stiftungsarbeit ist dabei das bundesweite Patientenschutztelefon, das mit Experten aus den Bereichen Medizin, Pflege, Recht und Seelsorge besetzt ist. Anrufer erhalten hier kostenfrei Rat und Hilfe. Im Folgenden werden exemplarisch Hilfeleistungen der Stiftung dargestellt, die sie über das Patientenschutztelefon erbracht hat. Diese sind hinsichtlich der jeweiligen Rechtsgebiete geordnet.

### Impressum

Deutsche Stiftung Patientenschutz, V. i. S. d. P.: Eugen Brysch, Redaktion: Kristjan Diehl, Silke Rau, Dr. Florian Dismer  
Informationsbüro Berlin: Telefon 030 28444840, Telefax 030 28444841  
info@stiftung-patientenschutz.de, www.stiftung-patientenschutz.de

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz ist eine Stiftung bürgerlichen Rechts. Sie ist vom Finanzamt Dortmund-Ost mit Steuerbescheid vom 28.01.2014, 31759413835, als gemeinnützige und mildtätige Körperschaft anerkannt.



## Inhalt

1. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz - Kurzportrait.....	3
2. Schwerstkranke, pflegebedürftige und sterbende Menschen im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland.....	4
3. Das Patientenschutztelefon - Hilfeleistungen im Überblick .....	6
4. SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) als Anspruchsgrundlage.....	8
4.1. Arzneimittel (Dronabinol) .....	8
4.2. Hilfsmittel (Stoma-Creme).....	9
4.3. Fahrkosten (Krankentransport).....	10
4.4. Kostenerstattung (Kostenerstattungsprinzip).....	11
4.5. Hilfsmittel (Pflegebett) .....	12
4.6. Kostenerstattung (Zuschuss stationäres Hospiz) .....	13
5. SGB XI (Sozialgesetzbuch Elftes Buch) als Anspruchsgrundlage .....	14
5.1. Zuordnung der Pflegestufe (Ablehnung).....	14
5.2. Zuordnung der Pflegestufe (Höherstufung verweigert).....	16
6. BGB (Bürgerliches Gesetzbuch) als Anspruchsgrundlage .....	17
6.1. Erfüllung Behandlungsvertrag (Flüssigkeitsgabe).....	17
6.2. Erfüllung Behandlungsvertrag (Qualität Rehabilitation).....	18
6.3. Erfüllung Behandlungsvertrag (Qualität Palliativbehandlung).....	19
6.4. Einsichtnahme in die Patientenakte .....	20
6.5. Geltendmachung des Patientenwillens (Patientenverfügung, A).....	21
6.6. Geltendmachung des Patientenwillens (Patientenverfügung, B) .....	22
7. TPG (Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben) .....	23
7.1. Aufnahme auf die Warteliste (A).....	23
7.2. Aufnahme auf die Warteliste (B) .....	25
8. StGB (Strafgesetzbuch) .....	26
8.1. Fahrlässige Tötung (Brand) .....	26
8.2. Fahrlässige Körperverletzung (Mäusebiss).....	27
8.3. Gewerbsmäßiger Betrug (Zusatzbeitrag) .....	28
9. Überprüfung vertraglicher Ansprüche .....	30
9.1. Rückzahlung Heimentgelt (Ausbildungsumlage, A) .....	30
9.2. Rückzahlung Heimentgelt (Ausbildungsumlage, B).....	31
9.3. Schadensersatz (Sitzwache, Verletzung) .....	32
9.4. Rücksichtnahme (nicht indizierte Höherstufung).....	33
9.5. Erstattung von Aufwendungen (SAPV) .....	34
10. Weitere sozialrechtliche Ansprüche .....	36
10.1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rentenkasse).....	36
10.2. Feststellung der Behinderung (verweigerter Höherstufung) .....	37



## 1. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz – Kurzportrait

Schwerstkranke, pflegebedürftige und sterbende Menschen haben einen Anspruch darauf, im Krankenhaus, in einer Pflegeeinrichtung oder zu Hause würdig leben zu können. Hierzu bedürfen sie professioneller Unterstützung gemäß ihren Bedürfnissen und Wünschen. Wie jedoch sollen sie für die Durchsetzung und Einhaltung ihrer Rechte sorgen? Aus gesundheitlichen Gründen sind sie nicht in der Lage, sich zusammenzuschließen, sich zu organisieren und sich somit selbst zu vertreten. Schwerstkranke, pflegebedürftige und sterbende Menschen können keine Gruppen zur Selbsthilfe gründen.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz hat es sich zur Aufgabe gemacht, als Anwältin für diese Menschen zu sprechen und für deren Rechte einzutreten. Satzungsmäßig vertritt sie die Interessen der Betroffenen auf allen gesellschaftlichen Ebenen. Außerdem kämpft sie für deren Selbstbestimmung und deren Schutz vor Willkür und Kostendruck im Gesundheitswesen.

### Profil und Auftrag

- Sie ist eine unabhängige Patientenschutzorganisation.
- Sie vertritt die Interessen der schwerstkranken, pflegebedürftigen, sterbenden Menschen und ihrer Angehörigen gegenüber Politik, Krankenkassen und Leistungserbringern.
- Sie lehnt die Straffreiheit von Euthanasie und von geschäftsmäßigem und ärztlich assistiertem Suizid ab.
- Sie ist eine gemeinnützige und mildtätige Stiftung und finanziert sich ausschließlich aus Mitgliedsbeiträgen und Spenden.

### Hilfeleistung und Information

- Sie nimmt sich Zeit für alle Ratsuchende, Interessierte und Betroffene. Das multiprofessionelle Team beantwortet fachkundig alle Fragen, die den Patientenschutz für schwerstkranken, pflegebedürftige und sterbende Menschen betreffen.
- Sie leistet individuelle und kostenlose Hilfe und Beratung am bundesweiten Patientenschutztelefon und bietet dadurch schnelle und unbürokratische Krisenunterstützung.
- Sie berät beim Verfassen verbindlicher und praxistauglicher Patientenverfügungen und setzt diese in Konfliktfällen zusammen mit Angehörigen durch.
- Sie unterhält mit dem „Bundeszentralregister Willenserklärung“ ein deutschlandweites Registrierungssystem für Vorsorgedokumente. Angehörigen und Ärzten bietet sie bei deren Umsetzung individuelle und fachkundige Hilfe.
- Sie entwickelt konkrete Vorschläge zur Reform des Gesundheitswesens. Hierbei verfolgt sie das Ziel einer umfassenden und professionellen Begleitung von schwerstkranken, pflegebedürftigen und sterbenden Menschen in Deutschland.
- Gemäß ihrer Satzung informiert sie die Öffentlichkeit durch Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Damit gibt sie den Betroffenen eine Stimme.

- Sie gibt die Informationsdienste "Patientenschutz Info Dienst" und "Patientenschutz aktuell" sowie die Publikation "Patientenschutz bewegt" heraus.

## Geschichte

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz wurde 1995 gegründet. Damals lag ihr Schwerpunkt darauf, die Hospiz-Idee in Deutschland bekannt zu machen, zu fördern und zu stärken. Heute sind Hospiz-Einrichtungen bekannt und anerkannt. Sie werden, auch aufgrund dieser stetigen politischen Arbeit, größtenteils über die Krankenkassen finanziert. Die Erfahrungen zeigen jedoch, dass schwerstkranke, pflegebedürftige und sterbende Menschen nicht nur eine gute Versorgung in Hospizen benötigen. Sie haben vielmehr den Wunsch, an jedem Ort und zu jeder Zeit eine ihre Würde achtende Unterstützung zu erhalten. Dazu gehört eine professionelle palliativmedizinische und -pflegerische sowie psychosoziale Begleitung. Das Angebot reicht bei Weitem nicht aus, um allen Betroffenen hospizliche und palliative Versorgung zu ermöglichen. Deshalb hat sich der Blickwinkel der Patientenschutzorganisation geweitet. Er umfasst nunmehr die Interessen der schwerstkranken, pflegebedürftigen und sterbenden Menschen in allen Bereichen des Gesundheitswesens. Heute ist sie deutschlandweit die einzige unabhängige Patientenschutzorganisation für diese Patientengruppe. Sie vertritt konsequent die Interessen der Betroffenen und deren Angehörigen. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz ist dem weltweiten Hospiz-Gedanken zutiefst verpflichtet. Er lautet: „Hospiz ist kein Ort, sondern eine Lebenshaltung.“ Dieser Leitgedanke soll für die rund 521.000 Sterbenden pro Jahr mit „Palliative Care“-Bedarf in Deutschland Realität werden, sei es in Pflegeheimen, in Krankenhäusern oder zu Hause.<sup>1</sup>

## 2. Schwerstkranke, pflegebedürftige und sterbende Menschen im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland

Im Jahr 2014 sind 868.373 Menschen in Deutschland gestorben<sup>2</sup>. Die wenigsten von ihnen sterben plötzlich und unerwartet. Den meisten Todesfällen geht eine Zeit der Erkrankung und/oder der Pflegebedürftigkeit voraus. Heute sind 2,63 Millionen Menschen pflegebedürftig. 71 Prozent von ihnen werden zu Hause gepflegt, 29 Prozent leben in einer stationären Pflegeeinrichtung.<sup>3</sup> Bis zum Jahr 2050 werden laut Prognosen knapp 4,5 Millionen Menschen pflegebedürftig sein.<sup>4</sup> 1,6 Millionen sind derzeit von einer Demenzerkrankung betroffen.<sup>5</sup> Auch diese

---

<sup>1</sup> Vgl. WPCA/WHO, Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, London 2014, S. 25; Statistisches Bundesamt, Todesursachen in Deutschland, 2014, S. 5, erschienen am 15.12.2015

<sup>2</sup> Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung 302/15, Mehr Geburten und weniger Sterbefälle im Jahr 2014, 21.08.2015.

<sup>3</sup> Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2013, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, erschienen am 12.03.2015.

<sup>4</sup> BARMER GEK, Pflegereport 2015, Schwerpunktthema: Pflege zu Hause, November 2015.

<sup>5</sup> BMG, Demenz: Informationen zu den Krankheiten, Stand: 12.08.2015.



Zahl könnte sich bis 2050 verdoppeln.<sup>6</sup> Es gibt rund 13.000 stationäre Pflegeeinrichtungen und ebenso viele ambulante.<sup>7</sup> Die Hauptlast der Pflege tragen in Deutschland die Frauen.

5,2 Millionen Menschen waren 2014 im deutschen Gesundheitswesen beschäftigt<sup>8</sup>. 2013 erwirtschafteten dessen Waren und Dienstleistungen 11,2 Prozent des Bruttoinlandsproduktes der Bundesrepublik. Die Ausgaben für Gesundheit lagen 2013 erstmals bei knapp 315 Milliarden Euro.<sup>9</sup> Der weitaus größte Teil der Kosten im Gesundheitssystem entsteht in den letzten Lebensjahren: 75 bis 80 Prozent aller Leistungen werden in den letzten drei bis fünf Jahren vor dem Tod erbracht.<sup>10</sup> Dies macht also rund 250 Milliarden Euro aus.

Trotz dieser enormen Summen ist die Versorgung vieler schwerstkranker, pflegebedürftiger und sterbender Menschen in Deutschland unzureichend. Anders als andere Interessengruppen ist diese Gruppe aber meist außer Stande, sich zu organisieren, ihre Interessen selbst zu vertreten und für ihre Rechte zu kämpfen. Eine Betrachtung der Verfassung der Bundesrepublik Deutschland zeigt: Gemessen an dem verfassungsmäßigen Anspruch werden Schwerstkranken und Pflegebedürftige in der Realität diskriminiert. Sie werden um folgende Grundrechte beraubt oder sind aufgrund ihrer körperlichen oder geistigen Einschränkung an deren Ausübung gehindert:

- „Die Würde des Menschen ist unantastbar.“ (Art. 1 Abs.1 GG)
- „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.“ (Art. 2 Abs.2 S.1 GG)
- „Die Freiheit der Person ist unverletzlich.“ (Art. 2 Abs.2 S.2 GG)
- „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“ (Art. 3 Abs.3 S.2 GG)
- „Jeder hat das Recht, seine Meinung in Wort, Schrift und Bild frei zu äußern und zu verbreiten und sich aus allgemein zugänglichen Quellen ungehindert zu unterrichten.“ (Art. 2 Abs.2 S.1 GG)
- „Alle Deutschen haben das Recht, sich ohne Anmeldung oder Erlaubnis friedlich und ohne Waffen zu versammeln.“ (Art. 8 Abs.1 GG)
- „Alle Deutschen haben das Recht, Vereine und Gesellschaften zu bilden.“ (Art. 9 Abs. 1 GG)

Gerade die Menschen, deren Grundrechte durch das Pflegesystem in Deutschland eklatant verletzt werden, können sich am wenigsten helfen. Ein großer Teil von ihnen ist dementiell erkrankt, befindet sich aufgrund der körperlichen und geistigen Einschränkungen als schwerstpflegebedürftig in der derzeit höchstmöglichen Pflegestufe III oder liegt im Sterben. Diese Menschen brauchen also eine Lobby. Sie benötigen Fürsprecher mit weitreichender

---

<sup>6</sup> BMG, Demenz: Informationen zu den Krankheiten, Stand: 12.08.2015.

<sup>7</sup> Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2013, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, erschienen am 12.03.2015.

<sup>8</sup> Statistisches Bundesamt, Gesundheit, Fachserie 12 Reihe 7.3.1, Personal, 2014, erschienen am 27.01.2016

<sup>9</sup> Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 132, Gesundheitsausgaben im Jahr 2013 bei 314,9 Milliarden Euro, 14.04.2014.

<sup>10</sup> Kruse et al., Expertise – Kostenentwicklung im Gesundheitswesen: Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten?, erstellt im Auftrag der AOK Baden-Württemberg, 2003.



Kenntnis der praktischen Probleme in Medizin und Pflege. Diese Fürsprecher müssen die Auswirkungen der Missstände benennen und auf allen Ebenen des Gesundheitswesens für Verbesserungen eintreten. Schließlich betreffen die Auswirkungen der Gesundheits- und Pflegepolitik jeden Einzelnen persönlich als Patienten, als zu Pflegenden oder als Angehörigen.

### **3. Das Patientenschutztelefon – Hilfeleistungen im Überblick**

#### **Was ist das Patientenschutztelefon?**

Im Jahr 1997 hat das bundesweit einzige Patientenschutztelefon (damals „Schmerz- und Hospiztelefon“) seine Arbeit aufgenommen. Seither bekommen Menschen, die als Patienten oder Angehörige von schwerer Krankheit oder Pflege betroffen sind, Rat und Hilfe. Erfahrene Patientenberater, Juristen und Seelsorger der Stiftung beantworten am Patientenschutztelefon schnell, unbürokratisch und dazu kostenfrei Fragen rund um Vorsorge, schwere Krankheit, Pflegeheimverträge, Pflegemängel, Kassenleistungen und vieles mehr.

In den meisten Fällen handelt es sich um gezielte Informationen zur Selbsthilfe. In anderen Fällen vermittelt die Stiftung Ratsuchende an passende Fachstellen. Vielfach hat es das Beratungsteam mit komplexen Lebenssituationen zu tun, die ein breites Spektrum an Fragen aufwachen. Entsprechend zeitaufwendig und inhaltlich intensiv sind dann die Kontakte. Häufig kommt es zu mehrfachen Gesprächen und Begleitungen über einen längeren Zeitraum hinweg. Die Individualität der Fragestellungen erfordert eine ebenso individuelle Beantwortung. Diese ist häufig mit internem Fachaustausch im Kreise der Patientenschützer oder weiterführenden Recherchen verbunden. Immer wieder muss auch der Rechtsweg beschritten werden. Diese aufwendigen Patientenschutzfälle werden ab Kapitel 4 exemplarisch beschrieben.

Über 100 Mal pro Arbeitstag suchten Pflegebedürftige, Angehörige und Interessierte im Jahr 2015 Rat bei der Deutschen Stiftung Patientenschutz. 25.600 Mal konnte Hilfesuchenden an den Standorten Berlin, Dortmund und München geholfen werden.

#### **Wer berät am Patientenschutztelefon?**

Die hauptamtlich beschäftigten Mitarbeiter der Stiftung sind Pflegeexperten, Juristen, Seelsorger oder Sozialwissenschaftler und haben jahrelange Erfahrung in diesen Bereichen.

#### **Was kostet das Patientenschutztelefon?**

Die Stiftung hat seit 2001 über 10 Millionen Euro für das Patientenschutztelefon aufgewendet. Für die Anrufer ist die Beratung und Hilfe der Patientenschützer am Patientenschutztelefon kostenfrei.

#### **Woher kommt das Geld für das Patientenschutztelefon?**

Das Patientenschutztelefon wird wie die gesamte Arbeit der Deutschen Stiftung Patientenschutz ausschließlich über Mitgliedsbeiträge und Spenden ihrer Förderer finanziert. Die Stiftung verzichtet auf öffentliche Zuschüsse, um ihre Unabhängigkeit zu wahren.

## Welche Hilfen hat das Patientenschutztelefon im Jahr 2015 geleistet?

Die Zahl der Patientenschutzberatungen stieg in den vergangenen fünf Jahren um mehr als 35 Prozent auf 2.600 Gespräche. Hierbei handelt es sich um Krisenfälle. Anlass war häufig der Ärger mit Kranken- und Pflegekassen. Der Grund: Viele Kassen wollten notwendige Heil- oder Hilfsmittel nicht bezahlen. Das Spektrum war breit: Pflegebedürftigen wurden Reha-Maßnahmen immer wieder abgelehnt, Gehbehinderte mussten um einen individuellen Rollstuhl kämpfen und Kranken wurde Sauerstoff verweigert. Aus Sicht der Stiftung hat das alles System. Es wird deutlich, wie restriktiv die Kranken- und Pflegekassen mit ihren Mitgliedern umgehen. Sie machen alten, kranken und pflegebedürftigen Menschen das Leben noch schwerer.

In einigen Krisenfällen lösen die Berater Konflikte auch direkt vor Ort: in Krankenhäusern, in Pflegeheimen und zu Hause. Wenn Kassen, Krankenhäuser, Ärzte und Pflegeanbieter merken, dass jemand nicht allein da steht, reagieren sie. Dann werden falsche Entscheidungen bei der Pflegestufe revidiert, Abrechnungsfehler korrigiert und Behandlungen möglich gemacht, die zuvor verweigert wurden.

Kummer bereitete das Gesundheitssystem vielen Patienten auch auf andere Weise: Lange Wartezeiten auf Facharzttermine, Fragen zu den Pflegestufen, Missstände in der ambulanten und stationären Pflege ärgern viele Anrufer. Verstöße gegen das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) nehmen zu, denn kaum ein Pflegebedürftiger oder Angehöriger kann die komplexen Abrechnungen inhaltlich überprüfen. Verständigungsprobleme mit ausländischen Pflegekräften und Ärzten sind an der Tagesordnung. Die Defizite, die die Stiftung seit Jahren beobachtet, sind größer geworden.

Immer mehr Menschen möchten in gesunden Zeiten verbindlich regeln, wie sie im Falle einer schweren Krankheit behandelt werden wollen – und wie nicht. Die Zahl der Kontakte zu diesem Thema stieg in den vergangenen fünf Jahren an auf 9.000 im Jahr 2015. Damit drehte sich rund jede dritte Anfrage am Patientenschutztelefon um das Thema Patientenverfügung.

Im Folgenden werden exemplarisch Hilfeleistungen der Deutschen Stiftung Patientenschutz über das Patientenschutztelefon dargestellt. Die Struktur der Darstellung richtet sich nach den jeweiligen rechtlichen Ansprüchen, die die Betroffenen mithilfe der Stiftung durchzusetzen versuchen.



## 4. SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) als Anspruchsgrundlage

### 4.1. Arzneimittel (Dronabinol)

#### Sachverhalt / Ausgangssituation

Frau P. (geb. 1939) ist an einem unheilbaren Ovarialkarzinom erkrankt. Die Patientin wird zuhause von ihrem Ehemann gepflegt und befindet sich in einer palliativen Situation (chronisches Schmerzsyndrom). Das Hauptproblem besteht aus ärztlicher Sicht in der Kombination von chronischen Schmerzen, chronischer Durchfallerkrankung sowie Appetitlosigkeit und Übelkeit. Der behandelnde Arzt verschreibt der Patientin zur Behandlung des chronischen Schmerzsyndroms und zur Verringerung der Morphindosis das Arzneimittel „Dronabinol“. Dadurch können die Symptome erfolgreich gelindert werden. Die gesetzliche Krankenversicherung verweigert jedoch die Kostenübernahme, da „Dronabinol“ in Deutschland nicht zugelassen sei. Die Voraussetzungen für einen Off-Label-Use lägen zudem nicht vor.

#### Vorgehensweise

Mit Schriftsatz vom 30.04.2013 legen die Patientenschützer in Namen und in Vollmacht der Patientin Widerspruch gegen den Ablehnungsbescheid ein. Laut dem Urteil des Thüringer Landessozialgerichts (Urteil vom 22.02.2011 – L 6 KR 441/07) ist ein Antrag auf Zulassung beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gestellt worden. Mit Schreiben vom 08.05.2013 wird die Krankenversicherung um entsprechende Sachstandsermittlung beim BfArM gebeten (§ 20 SGB X). Da die Krankenversicherung nicht tätig werden wollte, erfolgt am 03.06.2013 eine schriftliche Sachstandsanfrage beim BfArM. Dieses teilt mit Schreiben vom 13.06.2013 mit, dass die Zulassung versagt worden sei.

#### Ergebnis

Die Patientin verstirbt vor Abschluss des Widerspruchsverfahrens im Juli 2013. Das Widerspruchsverfahren wird nach Rücksprache mit dem Ehemann der Patientin für erledigt erklärt.

#### Anspruchsgrundlage / Rechtsgrundlage / Aktenzeichen

§§ 27, 31 SGB V

#### Interner Vermerk

(200149/tr)

## 4.2. Hilfsmittel (Stoma-Creme)

### Sachverhalt / Ausgangssituation

Herr M. (geb. 1942) leidet an einem fortgeschrittenen Krebsleiden, das sich auf den Darm, die Nieren und die Lunge ausgebreitet hat. Seit dem 21.01.2014 wird Herr M. in einem Hospiz in Sachsen versorgt. Am 28.12.2013 wird bei dem Patienten ein künstlicher Darmausgang gelegt. Die Ehefrau des Patienten kauft zur Pflege der Haut im Stomabereich Wundheilmittel. Die gesetzliche Krankenversicherung verweigert in einem Telefonat mit der Ehefrau des Patienten die Kostenerstattung.

### Vorgehensweise

Mit Schreiben vom 04.03.2014 beantragt die Patientenschutzorganisation als Bevollmächtigte des Patienten die Kostenübernahme, da die Kosten für Lotionen und Cremes zur Stomaver-sorgung gemäß § 33 SGB V i. V. m. Gruppe 29 des Hilfsmittelverzeichnisses zu erstatten sind. Das Antragschreiben geht am 06.03.2014 bei der Krankenversicherung ein.

### Ergebnis

Die Krankenversicherung übernimmt daraufhin mit Schreiben vom 25.03.2014 im Rahmen einer Entscheidung im „individuellen Einzelfall“ die Kosten. Der Erstattungsbetrag geht wenige Tage später auf dem Konto des Patienten ein.

### Anspruchsgrundlage / Rechtsgrundlage / Aktenzeichen

§ 33 SGB V i.V.m. Hilfsmittelverzeichnis

### Interner Vermerk

(329185/tr)



### 4.3. Fahrkosten (Krankentransport)

#### Sachverhalt / Ausgangssituation

Herr R., vertreten durch seine Ehefrau, wird aus dem Isar-Amper-Klinikum Haar entlassen und zur Kurzzeitpflege per Krankentransport in eine Seniorenresidenz gefahren. Patient R. hat eine demenzielle Erkrankung, zu deren Symptomen Orientierungsschwäche und deutliche Weglauftendenz gehören. Die Fahrt wird bei gegebener Indikation durch den behandelnden Arzt verordnet und findet am 28.03.2013 statt. Die AOK Bayern verweigert die Übernahme der Transportkosten in Höhe von 137,00 Euro, da es sich um einen Entlassungstransport handeln würde.

#### Vorgehensweise

Die bevollmächtigte Ehefrau des Patienten sucht daraufhin das Gespräch mit der AOK Bayern ebenso wie mit dem Pflegeheim, in welchem ihr Ehemann sich befindet. Alle Gesprächspartner behaupten gegenüber der Betroffenen, auf die Kostenübernahme durch die AOK bestünde in diesem Fall kein Anspruch. Die Ehefrau verzweifelt, da dem Ehepaar durch die gesundheitliche Situation und die Pflege ihres Mannes immer wieder unvorhersehbare Kosten in Rechnung gestellt werden. Sie wendet sich an die Patientenschützer und erteilt diesen das Mandat zur Vertretung der Interessen ihres Ehemannes gegen die AOK. Die Stiftung legt bei der AOK Bayern schriftlich begründeten Widerspruch gegen den Kostenbescheid ein.

#### Ergebnis

Dem Widerspruch gibt die AOK statt. Der Kostenbescheid wird aufgehoben. Die Rechnung an Patient R. wird korrigiert. Es bleibt lediglich die Zuzahlung in Höhe von Euro 10,00 zu leisten.

#### Anspruchsgrundlage / Rechtsgrundlage / Aktenzeichen

§ 60 SGB V

#### Interner Vermerk

(315138/di)

## 4.4. Kostenerstattung (Kostenerstattungsprinzip)

### Sachverhalt / Ausgangssituation

Frau P. ist gesetzlich krankenversichert. Auf ihren Antrag hin bestätigt ihre gesetzliche Krankenversicherung (DAK) mit Bescheid vom 18.12.2012 die Wahl der Kostenerstattung (§ 13 Abs. 2 SGB V i.V.m. 22 d. Satzung). Frau P. reicht zwei Arztrechnungen über insgesamt 368,87 Euro sowie neun Arzneimittelverordnungen über insgesamt 339,77 Euro zur Kostenerstattung ein. Aus dem Kostenerstattungsbescheid ihrer gesetzlichen Krankenversicherung vom 14.03.2014 ergibt sich, dass diese 25 Prozent der Arztkosten, also einen Betrag von 92,22 Euro übernimmt. Die Arzneimittelkosten werden zu 75 Prozent also in Höhe von 210,45 Euro anerkannt. Von dem Gesamtbetrag in Höhe von 302,67 Euro bringt die gesetzliche Krankenversicherung einen Betrag von fünf Prozent für Verwaltungskosten in Abzug, so dass eine Kosten-erstattung von 287,54 Euro erfolgt. Frau P. wendet sich an die Patientenschützer mit der Bitte, den Kostenerstattungsbescheid zu überprüfen und gegebenenfalls rechtlich gegen diesen vor-zugehen.

### Vorgehensweise

Die Patientenschützer überprüfen den Kostenerstattungsbescheid und legen am 17.04.2014 dagegen Widerspruch ein. Sie vertreten die Auffassung, dass die Kostenerstattung nicht ordnungsgemäß begründet ist. Mit Widerspruchsbescheid vom 23.04.2014 teilt die gesetzliche Krankenversicherung der Frau P. mit, dass die Anerkennung der Kosten zu 25 Prozent bzw. 75 Prozent pauschal erfolgt und der Erstattungsbetrag von 5 Prozent für die Verwaltungskosten erlaubt ist. Eine Rechtsmittelbelehrung ist dem Widerspruchsbescheid nicht beigefügt. Mit Schriftsatz vom 14.05.2014 erheben die Patientenschützer gegen den Widerspruchsbescheid Klage beim Sozialgericht Hildesheim mit der Begründung, dass es keine gesetzliche oder satzungsmäßige Grundlage für die von der gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommenen Pauschalierungen gibt. Frau P. darf, nur weil sie das Kostenerstattungsprinzip gewählt hat, nicht schlechter dastehen als ein regulär gesetzlich Versicherter. Im Rahmen der Kostenerstattung müssen dieselben Beträge erstattet werden, als wenn sie regulär von der gesetzlichen Krankenversicherung abzüglich der Zuzahlungen getragen worden wären. Es gilt das Gleichbehandlungsprinzip.

### Ergebnis

Es handelt sich um ein laufendes Verfahren.

### Anspruchsgrundlage / Rechtsgrundlage / Aktenzeichen

Anspruch auf Kostenerstattung (§ 13 Abs. 2 Satz 8 SGB V)

Sozialgericht Hildesheim, Az. S 40 KR 160/14 und S40 KR 42/15

### Interner Vermerk

(324311/votr)

## 4.5. Hilfsmittel (Pflegebett)

### Sachverhalt / Ausgangssituation

Frau S. (Jahrgang 1925) erhält Leistungen der Pflegestufe II und wird in einer Wohngruppe für Pflegebedürftige ambulant betreut. Auf Grund ihrer dementiellen Erkrankung wird für die Patientin eine gesetzliche Betreuung angeordnet. Betreuungsgericht, Betreuungsbehörde und die örtlichen Verfahrenspfleger versuchen, das sogenannte „Werdenfelser Modell“ umzusetzen, wonach freiheitseinschränkende Maßnahmen (insbesondere Fixierungen und Bettgitter) auf ein Minimum reduziert und nur noch in Ausnahmefällen genehmigt werden sollen.

Entsprechend ordnete das Gericht die Anschaffung eines Niederflur-Pflegebettes an, das fast bis auf Bodenhöhe abgesenkt werden kann. So sollen Bettgittern zur Sturzvermeidung und die damit verbundene Freiheitseinschränkung überflüssig gemacht werden.

Die gesetzliche Krankenversicherung lehnt den Antrag auf Versorgung mit einem Niederflur-Pflegebett ab. Pauschal wird begründet, dieses Hilfsmittel sei nicht erforderlich. Eine konkrete Begründung enthält der Bescheid nicht. Die Betreuerin schafft daraufhin am 10.06.2014 das Niederflur-Pflegebett für 2.300 Euro an. Sie sieht keine andere Möglichkeit, der gerichtlichen Anordnung Folge zu leisten und die Patientin bis zur rechtlichen Klärung vor Sturzverletzungen zu schützen. Hilfesuchend wendet sich die Betreuerin an die Patientenschutzorganisation.

### Vorgehensweise

Die Frage der Fixierungen im Pflegebereich hat eine erhebliche Bedeutung für die Rechte dementiell erkrankter Menschen. Die Patientenschützer legen mit Schreiben vom 02.07.2014 Widerspruch gegen den Ablehnungsbescheid ein. Nach ihrer Ansicht ist die Versorgung mit dem Standard-Pflegebett unrechtmäßig, da dies eine konkrete Gefahr für das Leben und die Gesundheit der Patientin bedeutet. Zudem ist eine Sicherung durch Bettgitter mangels gerichtlicher Genehmigung rechtswidrig und somit strafbar. Somit ist eine Versorgung gemäß § 33 Abs. 1 SGB V nur mit einem Niederflur-Pflegebett zulässig. Da die Ablehnung vom 02.06.2014 rechtswidrig war, besteht ein Kostenerstattungsanspruch der Patientin. Die Krankenkasse weist mit Bescheid vom 18.11.2014 den Widerspruch zurück. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz reicht mit Schriftsatz vom 26.11.2014 Klage beim Sozialgericht Dortmund ein.

### Ergebnis

Es handelt sich um ein laufendes Verfahren.

### Anspruchsgrundlage / Rechtsgrundlage / Aktenzeichen

§ 33 Abs. 1 SGB V

Sozialgericht Dortmund, Az. S 39 KN 254/15 KR

### Interner Vermerk

(328932/tr)

## 4.6. Kostenerstattung (Zuschuss stationäres Hospiz)

### Sachverhalt / Ausgangssituation

Frau S. ist gesetzlich krankenversichert. Sie leidet seit Anfang 2014 an Amyotropher Lateralsklerose (ALS). Dies ist eine nicht heilbare degenerative Erkrankung des motorischen Nervensystems, die schrittweise zur vollständigen Lähmung führt. Ihr Gesundheitszustand verschlechtert sich stetig. Im Dezember 2014 zog sie in eine stationäre Pflegeeinrichtung, da die ambulante Versorgung in ihrer Wohnung nicht mehr gewährleistet werden konnte. Die Versorgungssituation im Pflegeheim war durch erhebliche Defizite geprägt. Eine umfassende palliative- und hospizliche Versorgung konnte trotz weitgehender Unterstützung durch die Angehörigen nicht erreicht werden. Um Frau S. in ein Hospiz verlegen zu können, beantragten die Bevollmächtigten am 28.10.2015 bei der Krankenversicherung einen Zuschuss zur stationären Hospizversorgung. Diese entschied nach Aktenlage, dass eine angemessene Versorgung im Pflegeheim möglich sei, und lehnte den Antrag ab. Der bevollmächtigte Sohn wandte sich an die Patientenschützer mit der Bitte um Prüfung, ob Widerspruch und/oder einstweiliger Rechtsschutz Aussicht auf Erfolg haben könnten.

### Vorgehensweise

Die Patientenschützer legten anwaltlich Widerspruch gegen den Ablehnungsbescheid ein und stellten am 22.12.2015 einen Antrag auf einstweilige Anordnung beim Sozialgericht Berlin. Streitgegenstand war § 2 Abs. 1 und 3 der Rahmenvereinbarung zu §39a SGB V (stationäre Hospizversorgung), der einen Wechsel vom Pflegeheim ins stationäres Hospiz grundsätzlich ausschließt. Die Patientenschützer vertreten die Auffassung, dass bei der Patientin eine Ausnahmesituation gemäß § 2 Abs. 3 der Rahmenvereinbarung vorliege, der zufolge Frau S. auch dann Anspruch auf Zuschuss zu den Kosten stationärer Hospizversorgung habe, wenn sie zur Zeit der Antragstellung in einem Pflegeheim lebt. Die Ausnahmesituation wurde mit dem sich aus dem Krankheitsbild ergebenden deutlich erhöhten Versorgungsbedarf begründet, dem das Pflegeheim nicht entsprechen konnte.

### Ergebnis

Als Reaktion auf den Antrag im einstweiligen Rechtsschutz teilte die Versicherung erst mündlich und am 08.01.2016 schriftlich mit, dass sie sich an den Kosten der Hospizversorgung gemäß den gesetzlichen Rahmenbedingungen beteiligen werde. Daraufhin konnte die Patientin am 11.01.2016 in ein stationäres Hospiz umziehen. Das Verfahren wurde für erledigt erklärt.

### Anspruchsgrundlage / Rechtsgrundlage / Aktenzeichen

§39a SGB V

Sozialgericht Berlin Az. S208 KR 4308/15 ER

### Interner Vermerk

(338498/eb)

## 5. SGB XI (Sozialgesetzbuch Elftes Buch) als Anspruchsgrundlage

### 5.1. Zuordnung der Pflegestufe (Ablehnung)

#### Sachverhalt / Ausgangssituation

Frau K. (geboren 1959) leidet an einer degenerativen Wirbelsäulenveränderung mit chronischem Schmerzsyndrom. In den Jahren 2005 und 2007 finden Operationen an der Wirbelsäule statt. Auch wird eine Schmerzpumpe implantiert. Hinzu kommen Nervenschmerzen im gesamten rechten Bein, Adipositas, Fußhebeschwäche rechts und Depressionen. In den Jahren 2001 und 2008 unternimmt die Patientin zwei Suizidversuche mittels Tabletteneinnahme. Längere stationäre Aufenthalte in Rehabilitationseinrichtungen und psychiatrischen Einrichtungen führen zu keinem messbaren Erfolg. Sie wohnt zuhause und wird von Angehörigen betreut. Frau K. ist in ihrer Mobilität erheblich eingeschränkt. Wege zu Ärzten und Physiotherapeuten können nur in Begleitung bewältigt werden. Auf Grund einer Blaseninkontinenz benötigt Frau K. in der Nacht mehrmals Unterstützung beim Gang zur Toilette. Seit 2003 bezieht sie eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit. Die gesetzliche versicherte Patientin beantragt erstmals 2013 Leistungen der Pflegekasse. Diese lehnt mit Bescheid vom 23.12.2013 Pflegeleistungen ab, da der tägliche Hilfebedarf in der Grundpflege nur 32 Minuten betrage. Gegen diesen Bescheid legt Frau K., unterstützt durch ihre Familie, am 02.01.2014 Widerspruch ein.

#### Vorgehensweise

Die Patientenschützer begründen mit Schriftsatz vom 29.01.2014 den Widerspruch ausführlich. Die Begründung bezieht sich dabei sowohl auf die Ablehnung der Leistungen durch Zuordnung einer Pflegestufe als auch auf die Ablehnung der Leistungen wegen einer Einschränkung der Alltagskompetenz. Die Pflegekasse bewilligt daraufhin mit Bescheid vom 13.03.2014 Leistungen (Pflegegeld) der Pflegestufe I in Höhe von monatlich 235,00 Euro. Eine Einschränkung der Alltagskompetenz wird aber im Hinblick auf das Widerspruchsgutachten vom 07.03.2014 nicht festgestellt. Mit diesem Teilerfolg geben sich die Patientenschützer nicht zufrieden und reichen am 14.04.2014 eine Klage beim Sozialgericht Magdeburg ein. Zur Begründung der Einschränkung der Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI werden zudem ein ausführliches Pfl egetagebuch und eine ärztliche Stellungnahme einer Neurologin bei Gericht eingereicht. Die Pflegekasse hält an ihrer ablehnenden Entscheidung fest. Eine Nachbegutachtung ergibt, dass bei der Patientin seit dem 01.01.2014 eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz vorliegt. Die Pflegekasse gewährt daraufhin rückwirkend entsprechende Leistungen. Die Patientenschützer erklären die Klage am 30.09.2014 für erledigt.

#### Ergebnis

Ansprüche auf Leistungen der Pflegestufe I im Widerspruchsverfahren und auf Leistungen wegen einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz wurden im Klageweg erfolgreich durchgesetzt.



### **Anspruchsgrundlage / Rechtsgrundlage / Aktenzeichen**

Pflegestufe (§ 15 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB XI) und Einschränkung der Alltagskompetenz (§ 45a SGB XI).

Sozialgericht Magdeburg, Az. S 24 P 49/14

### **Interner Vermerk**

(292113/tr)

## 5.2. Zuordnung der Pflegestufe (Höherstufung verweigert)

### Sachverhalt / Ausgangssituation

Frau A. (geboren 1935) leidet an einem fortgeschrittenen Morbus Parkinson mit entsprechenden Einschränkungen bei Motorik und Sensibilitätsstörungen, Zustand nach dreimaligem Apoplex mit armbetonter Hemiparese links, zerebralem Anfallsleiden, Zustand nach Grand-Mal-Anfall im September 2013 mit einem daraus resultierten kompletten Funktionsverlust beider Hände, chronischen therapieresistenten Schmerzen in allen Extremitäten und einer Belastungsdyspnoe bei geringsten Belastungen bei täglicher Sauerstoffgabe. Frau A. ist dauerhaft bettlägerig und wird von ihrem Lebensgefährten, Herrn S. (70 Jahre), zuhause gepflegt. Die Patientin erhält seit Juni 2008 Leistungen der Pflegestufe II (ambulant). Im Oktober 2013 beantragt Frau A. bei der gesetzlichen Pflegeversicherung Leistungen der Pflegestufe III. Mit Bescheid vom 20.11.2013 lehnt diese eine Höherstufung ab, da der tägliche Hilfebedarf in der Grundpflege nur 206 Minuten betrage. Hiergegen legt die Patientin am 11.12.2014 schriftlich Widerspruch ein und wendet sich hilfeschend an die Patientenschutzorganisation.

### Vorgehensweise

Die Patientenschützer legen mit Schriftsatz vom 29.01.2014 ausführlich begründeten Widerspruch ein. Die Pflegekasse weist den Widerspruch mit Bescheid vom 27.03.2014 zurück. Unter Bezugnahme auf das Widerspruchsgutachten geht die Pflegekasse nun sogar von einem Grundpflegebedarf von nur noch 164 statt 206 Minuten aus. Die Patientenschutzorganisation reicht am 25.04.2014 Klage beim Sozialgericht München ein und beantragt die Gewährung von Pflegeleistungen der Pflegestufe III. Die Pflegekasse beantragt mit Schriftsatz vom 13.05.2014 die Klage abzuweisen. Das Sozialgericht München hebt mit Gerichtsbescheid vom 21.10.2014 den Widerspruchsbescheid teilweise auf und verurteilt die Pflegekasse der Patientin ab dem 01.12.2013 rückwirkend Leistungen der Pflegestufe III zu gewähren. Einen Leistungsanspruch ab Oktober 2013 lehnt das Gericht unter Bezugnahme auf das gerichtliche Sachverständigen-gutachten ab.

### Ergebnis

Anspruch auf Leistungen der Pflegestufe III wurde im Klageweg erfolgreich durchgesetzt. Klageabweisung nur hinsichtlich zwei Monaten auf Grund Sachverständigen-gutachten.

### Anspruchsgrundlage / Rechtsgrundlage / Aktenzeichen

Pflegestufe (§ 15 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 SGB XI)

Sozialgericht München, Az. S 44 P 105/14

### Interner Vermerk

(322655/tr)



## 6. BGB (Bürgerliches Gesetzbuch) als Anspruchsgrundlage

### 6.1. Erfüllung Behandlungsvertrag (Flüssigkeitsgabe)

#### Sachverhalt / Ausgangssituation

Frau W., Jahrgang 1922, leidet unter einer leichten Demenz und wird zu Hause von ihrer Tochter und deren Lebensgefährten gepflegt. Sie kann mit Unterstützung am normalen Familienleben teilnehmen. Aufgrund einer Operation der Tochter kommt Irene W. im Januar 2013 in Kurzzeitpflege. Bei Besuchen durch Angehörige fällt eine drastische Verschlechterung des Gesundheitszustands von Frau W. auf. Sie verliert massiv an Gewicht, ist apathisch und bettlägerig. Die Familie holt sie vorzeitig nach Hause zurück und sucht die Aussprache mit dem Heim. Es werden von Seiten des Heimes zwar Fehler eingeräumt und kleinere Rechnungen erlassen, insgesamt ist die Aussprache aber nicht zufriedenstellend.

#### Vorgehensweise

Die Familie wendet sich an die Deutsche Stiftung Patientenschutz und erteilt ihr Vertretungsvollmacht. Die Patientenschützer fordern die Pflegedokumentation an und werten diese aus. Dabei wird festgestellt, dass die Patientin teilweise stark dehydriert war. Zu einer schriftlichen Stellungnahme aufgefordert, verweist das Pflegeheim auf die Verordnungen des Hausarztes. Dieser nimmt ebenfalls schriftlich Stellung und weist Fehler zurück. Die Patientenschützer wenden sich daraufhin an die AOK, Krankenkasse von Frau W., die wiederum den MDK zu einer schriftlichen Stellungnahme auffordert. Das Gutachten des MDK bestätigt die nicht standardgemäße Behandlung durch den Hausarzt. Dessen nicht nachvollziehbare Trinkmengenbeschränkung verursachte die Exsikkose der Patientin. Eine Schädigung der Patientin lag somit vor.

#### Ergebnis

Nach dem zwischenzeitlichen Tod der Patientin wurde die Geltendmachung von Schadensersatz- bzw. Schmerzensgeldansprüchen von den Erben nicht verfolgt.

#### Anspruchsgrundlage / Rechtsgrundlage / Aktenzeichen

Erfüllung Behandlungsvertrag

#### Interner Vermerk

(321467/ra)

## 6.2. Erfüllung Behandlungsvertrag (Qualität Rehabilitation)

### Sachverhalt / Ausgangssituation

Frau V. erleidet im Jahre 2013 im Alter von 29 Jahren und als Mutter eines 17 Monate alten Kindes einen Stromunfall und verbleibt im Wachkoma. Sie wird am 16.10.2013 von dem Charité Campus Virchow-Klinikum Berlin in die Brandenburg-Klinik Bernau, Haus Havelland verlegt. Dort tritt eine Zustandsverschlechterung ein. Der behandelnde Arzt rät der Mutter von Frau V. aufgrund der aus seiner Sicht fehlenden Überlebenschancen, die Medikamentengabe zu reduzieren und das Sterben von Frau V. zuzulassen. Die gesamte Familie ist aufgrund der dramatischen Situation stark belastet. Der Mutter von Frau V. fallen bei ihren Besuchen eine Reihe von Unzulänglichkeiten auf: Frau V. liegt lange in ihrem Erbrochenen und in ihren Fäkalien, sie zeigt des Öfteren einen hohen Puls und ist verschwitzt. Durch unzureichende Lagerungs- und Hygienemaßnahmen soll Frau V. laut ihrer Mutter einen infizierten Dekubitus am Steißbein entwickeln. Die Mutter von Frau V. führt dies auf eine Untätigkeit des Personals zurück und ist insgesamt mit der Behandlung und Pflege ihrer Tochter nicht einverstanden. Sie unterstellt der Einrichtung, das Rehabilitationspotential ihrer Tochter nicht zu nutzen und damit eine Zustandsverbesserung sowie deren gesundheitlichen Fortschritt zu verhindern. Sie informiert die Patientenschützer mit der Bitte, die Qualität der Rehabilitation und Pflege ihrer Tochter gemessen an Befunden und Indikationen zu überprüfen.

### Vorgehensweise

Die Patientenschützer überprüfen den Fall und raten der Mutter von Frau V. dazu, einen Antrag auf Bestellung als Betreuerin beim zuständigen Betreuungsgericht zu stellen. Die Begutachtung der Patientin und ihrer Behandlungssituation durch die Patientenschützer führt dazu, dass behandelnde Fachkräfte sowie Angehörige einen gemeinsamen Weg finden, im Interesse der Patienten die Behandlung fortführen zu können.

### Ergebnis

Die Prognose wird laut fachärztlicher Aussage negativ bleiben. Eine Trennung zwischen den sachlichen, medizinisch-pflegerischen, sowie den emotionalen Aspekten des Schicksals führt zu einer Verbesserung der Kommunikation zwischen den Beteiligten. Die Versorgung der Patientin wird durch den vermittelnden Einsatz der Patientenschützer besser.

### Anspruchsgrundlage / Rechtsgrundlage / Aktenzeichen

Anordnung einer Betreuung (§§ 1896 Abs. 1 BGB, 300, 301 FamFG)

Erfüllung Behandlungsvertrag

### Interner Vermerk

(324689/vodi)

## 6.3. Erfüllung Behandlungsvertrag (Qualität Palliativbehandlung)

### Sachverhalt / Ausgangssituation

Herr G. leidet seit dem Jahr 2009 unter einem Magenkarzinom. Ihm werden 2/3 des Magens entfernt. Bei einer Nachuntersuchung wird festgestellt, dass sich Metastasen im gesamten Bauchraum gebildet haben. Nach Bestrahlung und Chemotherapie gilt er als austherapiert. In der Folgezeit entwickelt sich ein unkontrollierbares, immer wieder auftretendes Erbrechen. Zwei ballonartige Leberzysten werden entdeckt, die durch Punktion und Operation entleert werden. Es wird eine perkutane endoskopische Jejunostomie-Sonde (PEJ) gelegt. Bei Operation bzw. Narkose kommt es zu Komplikationen, durch die Herr G. Erbrochenes einatmet. Anschließend wird er noch auf der Intensivstation beatmet. Herr G. leidet weiterhin unter unkontrollierbarem Erbrechen und ausgeprägten psychischen und physischen Symptomen. Psychiatrisches Konsil und Tranquilizer bringen keine Besserung. Am 13.09.2010 erfolgt die Verlegung auf eine Palliativstation. Ab 16.09.2010 erfolgt die Ernährung wieder parenteral. Herr G. leidet nach wie vor unter Erbrechen und unter akuten Erstickenfällen. Ein weiterer Verfall der psychischen Kräfte (Verzweiflung, Angst, Lebensmüdigkeit) kommt hinzu. Es liegen eine Gallengangs-Drainage, eine Drainage der Lunge und eine Drainage des Operationsgebietes. Die Medikamentengabe erfolgt über Perfusor. Die Qualität der Behandlung erscheint den Angehörigen als unzureichend. Die Ehefrau des Herrn G. wendet sich in dessen Auftrag am 17.09.2010 an die Patientenschützer, um eine situationsgerechte palliative Therapie ihres Ehemannes gegenüber den behandelnden Ärzten durchzusetzen.

### Vorgehensweise

Herr G. bevollmächtigt die Patientenschützer, ihn mit dem Ziel einer therapiereduzierten Behandlung und dem Zulassen seines Sterbeprozesses zu unterstützen. In der Zeit vom 20.09.2010 bis zu seinem Tod am 24.09.2010 unterstützen die Patientenschützer Herrn G. Mit ihrer Hilfe werden zwischen Herrn G., der Ehefrau des Herrn G. und den behandelnden Ärzten mehrmals vermittelnde Gespräche, auch vor Ort, geführt.

### Ergebnis

Es findet eine erfolgreiche Intervention zugunsten des Herrn G. statt: Insbesondere die benötigte Sedierung und Schmerzprophylaxe kann seiner Situation entsprechend bis zu seinem Tod angepasst werden. Das Therapieziel wird gemäß seiner Wünsche geändert und er darf, begleitet gemäß palliativmedizinischen Standards, schmerzfrei und würdevoll sterben.

### Anspruchsgrundlage / Rechtsgrundlage / Aktenzeichen

Erfüllung Behandlungsvertrag

### Interner Vermerk

(297594/vodi)

## 6.4. Einsichtnahme in die Patientenakte

### Sachverhalt / Ausgangssituation

Frau P. ist im April 2011 Patientin einer Münchner Privatklinik. Sie ist einwilligungsunfähig. Vollmacht und Schweigepflichtentbindung zugunsten des Ehemannes liegen vor. Dieser erhält zum Zustand seiner Frau über mehrere Tage von täglich wechselnden ärztlichen Ansprechpartnern täglich wechselnde Diagnosen (Lungenentzündung vs. Schlaganfall) und Prognosen (Rehabilitation vs. Sterbeprozess). Er ist in einer verzweifelten Lage und bittet die Patientenschützer am 29.04.2011 um Hilfe.

### Vorgehensweise

Ziel der Patientenschützer ist die Information des Ehemanns, um die weiteren Behandlungsentscheidungen gemäß Vollmacht und Patientenverfügung treffen bzw. durchsetzen zu können. Die zur Vermittlung zwischen den Beteiligten geplanten Versuche, vom Klinikum Einsicht in die Behandlungssituation zu bekommen, schlagen fehl. Zusagen werden seitens des Klinikums nicht eingehalten. Daraufhin werden Patientenakte und Pflegedokumentation schriftlich angefordert. Bei zwei mit dem Klinikum vereinbarten vor-Ort-Terminen werden die vorliegenden Patientenunterlagen dem Ehemann und den Patientenschützern vorenthalten. Begründung: Erst wird das Einsichtsrecht grundsätzlich in Frage gestellt, später wird auf persönliche Notizen der Ärzte verwiesen, die das Einsichtsrecht beschränken würden. Die Akte wird auch nicht mit geschwärzten Notizen zur Verfügung gestellt. Die Patientenverfügung wird trotz gegenteiliger Aussagen von den Ärzten nicht gelesen. Eine Behandlungsentscheidung kann der Ehemann mangels Information nicht treffen. Die Behandlung erfolgt gemäß medizinischer Indikation. Die Patientin verstirbt am 19.05.2011 im Klinikum.

### Ergebnis

Als Erbe verfolgt Herr P. sein Recht auf Einsicht in die Krankenunterlagen seiner Frau auf dem Klageweg. Die Klinik wird auf Vornahme einer Handlung verklagt. Das Amtsgericht München entscheidet zugunsten des Ehemannes. Das Landgericht München trifft nach Beschwerde der beklagten Klinik einen Kostenfestsetzungsbeschluss ebenfalls zugunsten des Ehemannes. Auf 214 Seiten Patientenakte stellt das Gericht lediglich 3 Textstellen fest, die vom Klinikum geschwärzt worden sind. Diese drei Stellen haben jeweils maximal Satzlänge.

### Anspruchsgrundlage / Rechtsgrundlage / Aktenzeichen

Amtsgericht München, Urteil vom 23.09.2011, Az. 231 C 14271/11

Landgericht München I, Beschluss vom 17.02.2012, Az. 9 T 553/12

### Interner Vermerk

(268405/di)

## 6.5. Geltendmachung des Patientenwillens (Patientenverfügung, A)

### Sachverhalt / Ausgangssituation

Frau B., 71 Jahre, liegt aufgrund einer Gehirnblutung seit zwölf Monaten in einem wachkomähnlichen Zustand. Sie ist entscheidungsunfähig und wird über eine PEG-Sonde ernährt. Ihr Ehemann ist gerichtlich zu ihrem Betreuer bestellt worden. Frau B. hat eine Patientenverfügung erstellt und kurz vor ihrer Erkrankung durch erneute Unterschrift bekräftigt. Aus dem Dokument geht hervor, dass sie in einem Zustand, wie dem eingetretenen keine künstliche Ernährung wünscht. Die Angehörigen fordern im Sinne der Betroffenen eine Umsetzung der Patientenverfügung. Sie werden vom zuständigen Hausarzt unterstützt. Das Pflegeheim leistet Widerstand, der Fall kommt vor das Amtsgericht. Die Amtsrichterin wertet das Beenden der künstlichen Ernährung als aktive Sterbehilfe, da die Patientin sich im Wachkoma und nicht im Sterbeprozess befinden würde und lehnt ab. Ein ärztliches Gutachten wird angestrengt. Die Ärztin hält die Frage, ob sich die Patientin im Sterbeprozess befindet oder nicht, im Abgleich mit der Patientenverfügung für irrelevant. Sie bescheinigt eine stabile Herz-Kreislaufsituation bei beginnendem Sterbeprozess. Die Richterin wertet diese Aussage als widersprüchlich. Ein zweites Gutachten wird erstellt. Der Antrag auf Einstellung der Sondenernährung wird zurückgewiesen.

### Vorgehensweise

Vater und Sohn der Betroffenen schalten die Patientenschützer ein. Zwei Experten der Deutschen Stiftung Patientenschutz führen Gespräche mit dem Personal des Pflegeheims und den Angehörigen. Nach Einsicht in die Patientenverfügung und die Diagnosen bestärken die Patientenschützer die Familie, weitere rechtliche Schritte einzuleiten. Sie reicht daraufhin Beschwerde gegen den Beschluss des Amtsgerichtes ein. Das Landgericht Essen gibt der Einstellung der künstlichen Ernährung statt. Frau B. wird in ein Hospiz verlegt.

### Ergebnis

Der Wille der Patientin wird umgesetzt, die Magensonde entfernt. Die Patientin verstirbt drei Tage nach der Beendigung der künstlichen Ernährung.

### Anspruchsgrundlage / Rechtsgrundlage / Aktenzeichen

Vormundschaftsgerichtliche Genehmigung zur Einstellung der künstlichen Ernährung (§§ 1896, 1901, 1904 BGB)

### Interner Vermerk

(261148/ra)

## 6.6. Geltendmachung des Patientenwillens (Patientenverfügung, B)

### Sachverhalt / Ausgangssituation

Frau S. (Jahrgang 1931) befindet sich seit einer Subarachnoidalblutung (Hirnblutung) im Jahr 2009 in einem Pflegeheim nördlich von Berlin. Sie ist bettlägerig, die Ernährung erfolgt ausschließlich über PEG-Sonde. Verbale oder non-verbale Kommunikation sind nicht möglich. Rehabilitationsmaßnahmen bringen keine Verbesserung. Aussicht auf wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes besteht laut neurologischem Gutachten nicht. Frau S. hat eine Patientenverfügung. Darin verfügte die Patientin für die eingetretene Situation einen Behandlungsabbruch, insbesondere ein Ende der künstlichen Ernährung. Zudem erteilte sie ihrer Tochter Vertretungsvollmacht. Die Tochter möchte den Willen zum Abbruch der künstlichen Ernährung umsetzen, stößt jedoch auf Widerstand von Pflegeheim und behandelnder Ärztin.

### Vorgehensweise

Die Patientenschützer nehmen mit der Hausärztin Kontakt auf. Bei einem persönlichen Termin können Sach- und Rechtslage erörtert werden. Im Januar 2011 stimmt die Hausärztin einem Abbruch der künstlichen Ernährung zu. Eine Verlegung der Patientin in ein stationäres Hospiz wird von der Krankenkasse unter Verweis auf die geltende Rahmenvereinbarung zu § 39a SGB V abgelehnt. Der Heimleiter des Pflegeheims lehnt einen Abbruch der künstlichen Ernährung aus ethischen Gründen ab und wendet sich im Juli 2011 an das Amtsgericht Oranienburg. Dieses beauftragt einen Facharzt mit der Erstellung eines Gutachtens, ob die Voraussetzungen der Patientenverfügung zutreffen. Der Gutachter bestätigt den irreversiblen Zustand der Patientin. Auf Grund der schweren Gehirnschädigung ist laut Gutachter ein wirksamer Widerruf der Patientenverfügung unmöglich. Im Rahmen einer gerichtlichen Anhörung im Pflegeheim wird das Gutachten mit der Bevollmächtigten, der Verfahrenspflegerin, dem Pflegeheim und dem Gutachter erörtert. Das Amtsgericht Oranienburg erlässt am 30.09.2011 den Beschluss, dass der Widerruf der Einwilligung der Bevollmächtigten in die künstliche Ernährung keiner betreuungsgerichtlichen Genehmigung bedarf („Negativattest“).

### Ergebnis

Das Pflegeheim gibt den Widerstand gegen den Abbruch der künstlichen Ernährung auf. Frau S. stirbt am 06.11.2011 nach Einstellung der künstlichen Ernährung im Pflegeheim.

### Anspruchsgrundlage / Rechtsgrundlage / Aktenzeichen

Amtsgericht Oranienburg, Beschluss vom 30.09.2011, Az. 41 XVII 376/11

§§ 1901a BGB ff.

### Interner Vermerk

(296742/tr)



## 7. TPG (Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben)

### 7.1. Aufnahme auf die Warteliste (A)

#### Sachverhalt / Ausgangssituation

Frau K. leidet an einer Immunerkrankung. Dadurch sind ihre Nieren schwer geschädigt. Eine Lebendspende durch ihre Mutter 2001 schlägt fehl. Seit 2002 muss sie dreimal wöchentlich an die Dialyse. Bis 2009 findet die Dialyseform CAPD, nach einer chronischen Bauchfellentzündung dann die Hämodialyse statt. Bis 2008 ist sie auf der Warteliste für eine Spenderniere der Universität Würzburg gelistet. Danach folgt der Wechsel an die Universitätsklinik München, weil dort die entsprechenden Gefäßchirurgen ansässig sind. 2012 lässt sich der Ehemann mit Einverständnis der Ärzte auf die Möglichkeit einer Lebendspende testen. Doch der behandelnde Arzt lehnt unerwartet eine Lebendspende ab und lässt die Tests nicht auswerten. Ein klärendes Gespräch wird dem Ehemann verwehrt. Als er dies schriftlich einfordert mit dem Hinweis, sich ansonsten an die Klinikleitung zu wenden, wird ihm mitgeteilt, das Vertrauensverhältnis sei zerrüttet. Seine Frau K. würde deshalb als „nicht transplantabel“ eingestuft. Trotz einiger Bemühungen des Ehemannes, zu einer gütlichen Klärung zu kommen, bleibt die Klinik bei ihrem Standpunkt und rät der Ehefrau, sich eine andere, näher zu ihrem Wohnort gelegene Klinik zu suchen. Dort wird ihr im Dezember 2013 eine Spenderniere transplantiert.

#### Vorgehensweise

Im Januar 2013 bevollmächtigt Frau K. die Patientenschützer. Ende Mai 2013 reicht die Stiftung Klage beim Verwaltungsgericht München ein. Festgestellt werden soll durch das Gericht, dass in Fragen von Wartelistenentscheidungen der Verwaltungsgerichtsweg zu eröffnen ist und Frau K. durch die willkürliche Einstufung „nicht transplantabel“ Unrecht geschehen ist.

#### Ergebnis

Das Gericht erklärt sich grundsätzlich für diese Fragen zuständig. Jedoch wurde die Klage von Frau K. als unzulässig abgelehnt. Das „Fortsetzungsfeststellungsinteresse der Klägerin“ fehle. Das Gericht begründet seine Entscheidung am 26. Juni 2014 wie folgt: Die Klägerin habe heute durch die zwischenzeitliche Transplantation an einem anderen Zentrum keine Nachteile mehr. Somit bestehe auch kein Interesse an ihrer juristischen Rehabilitation. Entsprechend befasst sich das Gericht auch nicht mit der Rechtmäßigkeit der Ablehnung wegen fehlender Verhaltensweisen durch das Klinikum der LMU München. Antrag auf Zulassung der Berufung wurde beim Bayerischen Verwaltungsgerichtshof fristgerecht gestellt. Die Beklagte und die Landesrechtsanwaltschaft Bayern, als Vertreterin des öffentlichen Interesses, beantragen die Ablehnung des Zulassungsantrages. Der Bayerische Verwaltungsgerichtshof lehnt ohne mündliche Verhandlung mit Beschluss vom 15.06.2015 die Zulassung der Berufung ab. Das Urteil des VG München vom 26.06.2014 ist somit rechtskräftig. Die Patientenschützer sehen in den Entscheidungen von Verwaltungsgericht München und Bayerischem Verwaltungsgerichtshof die



Grundrechte von Frau K. verletzt und veranlassen im Juli 2015 Verfassungsbeschwerde beim Bundesverfassungsgericht. Es handelt sich um ein laufendes Verfahren.

### **Anspruchsgrundlage / Rechtsgrundlage / Aktenzeichen**

VG München, Urteil vom 26.06.2014, Az. M 17 K 13.808

Bayerischer VGH, Beschluss vom 15.06.2015, Az. 5 ZB 14.1919

### **Interner Vermerk**

(317167/radi)

## 7.2. Aufnahme auf die Warteliste (B)

### Sachverhalt / Ausgangssituation

Herr L. (Jahrgang 1952) leidet an einer schweren Lungenerkrankung (COPD). Seit Jahren wird er in einer Lungenklinik betreut. Von dort wird er im Oktober 2013 für eine Lungentransplantation an das Transplantationszentrum der Medizinischen Hochschule in H. gemeldet. Das Zentrum lehnt jedoch die Aufnahme auf die Warteliste zur Transplantation ab, da L. ein „völlig inakzeptables Gesundheitsbewusstsein“ und nicht die „nötig Einstellung“ habe. Für den Patienten ist diese Ablehnung nicht nachvollziehbar, da er, bis auf einen kurzen Rückfall seit April 2012 nicht mehr raucht. Winfried L. sieht sich durch die Entscheidung des Transplantationszentrums ohne vorherige Untersuchung oder Anhörung um Lebenschancen beraubt.

### Vorgehensweise

Die Patientenschützer nehmen Kontakt mit dem behandelnden Arzt in der Lungenklinik auf. Der Arzt bestätigt die Nikotinabstinenz und verweist auf die Untersuchungsergebnisse. Daraufhin fordern die Patientenschützer mit Schreiben vom 07.11.2013 die Patientenakte beim Transplantationszentrum an, um die Einhaltung der formalen Verfahrensvorschriften (insbes. Transplantationskonferenz) und die Begründung der Ablehnung in Erfahrung zu bringen. Das Transplantationszentrum teilte mit Schreiben vom 19.11.2013 mit, dass die Transplantation ausschließlich auf Grundlage der von der Lungenklinik eingereichten Unterlagen abgelehnt wurde. Das knappe Protokoll der Sitzung der Transplantationskonferenz wurde nachgereicht. Auf Anregung der Patientenschützer reichte die Lungenklinik mit Schreiben vom 22.11.2013 die Laborergebnisse, aus denen sich die eindeutige Nikotinabstinenz ergibt, bei dem Transplantationszentrum ein. Dieses lehnt ohne Prüfung der medizinischen Voraussetzungen mit Schreiben vom 10.12.2013 eine Transplantation ab, da der Patient über einen Rechtsanwalt (hier: Patientenschutzorganisation) Akteneinsicht beantragt hat. Daher besteht nach Ansicht des Transplantationszentrums das notwendige Vertrauensverhältnis nicht mehr.

### Ergebnis

Der Patient möchte keinen Rechtsstreit mit dem Transplantationszentrum führen, da er die Sorge hat, als „Querulant“ auch von keinem Zentrum angenommen zu werden. Herr L. beantragt Anfang 2014 die Aufnahme bei einem anderen Transplantationszentrum. Umfangreiche Untersuchungen führen zu dem Ergebnis, dass man dort die Aufnahme auf die Warteliste aus medizinischen Gründen (insbes. fortgeschrittene Osteoporose) ablehnt. Der Patient erhofft sich eine gesundheitliche Stabilisierung und wird anschließend einen erneuten Antrag stellen.

### Anspruchsgrundlage / Rechtsgrundlage / Aktenzeichen

§ 10 Abs. 2 TPG

### Interner Vermerk

(323100/trdi)

## 8. StGB (Strafgesetzbuch)

### 8.1. Fahrlässige Tötung (Brand)

#### Sachverhalt / Ausgangssituation

Frau S. (Jahrgang 1937) bewohnt ein Einzelzimmer in einer Seniorenresidenz in Oberbayern. In den Morgenstunden des 07.11.2011 zwischen 4:00 Uhr und 4:30 Uhr bricht ein Feuer in dem Bewohnerzimmer aus. Zwar löst die Brandmeldeanlage einen akustischen Alarm aus, jedoch leitet diese die Meldung nicht unverzüglich an die zuständige Leitstelle weiter. Die Anlage wurde nämlich derart programmiert, dass die Weiterleitung an die Leitstelle erst mit einer gewissen Verzögerung erfolgt. Die Alarmmeldung geht um 04:30 Uhr bei der Leitstelle ein. Die zuständige Feuerwehr trifft binnen weniger Minuten am Brandort ein. Die Bewohnerin kann jedoch nur noch tot geborgen werden.

#### Vorgehensweise

Die Patientenschützer stellen am 10.11.2011 bei der Staatsanwaltschaft München II Strafanzeige gegen die bei der Heimbetreiberin für den Brandschutz verantwortlichen Personen wegen des Verdachts auf fahrlässige Tötung gemäß § 222 Strafgesetzbuch. Der Strafbarkeitsvorwurf bezieht sich dabei auf die Verzögerung der Weiterleitung des Alarms an die Leitstelle. Da die Rauchentwicklung mit zunehmender Branddauer nicht linear, sondern exponentiell zunimmt, ist es zur Rettung der im Objekt befindlichen Personen von entscheidender Bedeutung, dass der Brand möglichst zeitnah nach dessen Entstehung bekämpft wird.

#### Ergebnis

Die Staatsanwaltschaft lehnt mit Bescheid vom 02.08.2012 die Durchführung eines Ermittlungsverfahrens ab. Da der Bescheid keine Begründung erhält, fordern die Patientenschützer die Ermittlungsakten zur Einsicht an. Daraus ergibt sich, dass die Bewohnerin laut Obduktionsbericht auf dem Bett liegend eines natürlichen Todes verstarb und der Brand erst anschließend durch die heruntergefallene Zigarette ausgelöst wurde. Dieses Ergebnis teilen die Patientenschützer den Angehörigen mit.

#### Anspruchsgrundlage / Rechtsgrundlage / Aktenzeichen

Strafanzeige gegen die bei der Heimbetreiberin für den Brandschutz verantwortlichen Personen wegen fahrlässiger Tötung gemäß § 222 StGB

#### Interner Vermerk

(314160/tr)

## 8.2. Fahrlässige Körperverletzung (Mäusebiss)

### Sachverhalt / Ausgangssituation

Frau T. (81) leidet unter einer Parkinson- sowie einer demenziellen Erkrankung. Sie hat einen rechtlichen Betreuer, ist in ihrer Bewegungsfreiheit erheblich eingeschränkt und kann insbesondere die Arme nicht bewegen. Im September 2010 hält sich Frau T. im Klinikum Herford auf. Am 16.09.2010 nimmt die diensthabende Nachtschwester Frau K. Wimmergeräusche aus dem Krankenzimmer von Frau T. wahr. Eine Nachschau ergibt, dass Ursache dafür eine Maus ist, die auf dem Gesicht der Patientin sitzt und dieses „anknabbert“. Die Nachtschwester verscheucht das Tier und widmet sich wieder anderen Arbeiten. Als sie erneut das Zimmer von Frau T. betritt, muss sie feststellen, dass die Maus sich wieder auf das Gesicht von Frau T. begeben und deren Stirn und Wangen erheblich verletzt hat. Diese Verletzungen müssen chirurgisch behandelt werden. Überdies muss wegen der Besorgnis einer Krankheitsübertragung durch das Nagetier eine Impfung durchgeführt werden. Der Zeitraum der zwischen der ersten und zweiten Entdeckung der Maus vergangen ist, bleibt ungeklärt. Die Klinikleitung geht von Minuten, der Sohn der Patientin von anderthalb Stunden aus.

### Vorgehensweise

Die Patientenschützer stellen Strafanzeige bei der Staatsanwaltschaft Bielefeld gegen Unbekannt wegen fahrlässiger Körperverletzung gemäß § 229 StGB. Sie gehen von einer Verletzung der Sorgfaltspflicht durch die diensthabende Nachtschwester aus. Diese hätte durch engmaschige zeitnahe Kontrollen sicherstellen müssen, dass die Maus die wehrlose Patientin nicht erneut attackiert. Außerdem äußern die Patientenschützer erhebliche Zweifel daran, dass die Klinik über ein ausreichendes Schädlingsbekämpfungskonzept verfügt. Die Staatsanwaltschaft Bielefeld nimmt die Ermittlungen gegen die diensthabende Nachtschwester auf.

### Ergebnis

Das Verfahren bei der Staatsanwaltschaft Bielefeld wird mangels hinreichenden Tatverdachts eingestellt. Die Staatsanwaltschaft Bielefeld begründet, dass ein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung nicht gegeben sei und verweist auf den Privatklageweg. Obwohl sich die Nachtschwester weitgehend geständig zeigt, geht die Staatsanwaltschaft davon aus, dass es sich um ein höchst seltenes Geschehen handle, welches keine Rückschlüsse auf ein generelles Hygieneproblem im Klinikum zulasse. Die Verletzungen waren nicht schwerwiegend und dürften folgenlos verheilen. Auch sei kein bedrohlicher Krankheitserreger beim Nagetier festgestellt worden. Vertreter der Patientin hatten sich mit der Klinik außergerichtlich geeinigt.

### Anspruchsgrundlage / Rechtsgrundlage / Aktenzeichen

Strafanzeige gegen Unbekannt wegen fahrlässiger Körperverletzung gemäß § 229 StGB

### Interner Vermerk

(328574/vodi)

### 8.3. Gewerbsmäßiger Betrug (Zusatzbeitrag)

#### Sachverhalt / Ausgangssituation

Mehrere Angehörige von Patienten im Hospiz Radebeul wenden sich unabhängig voneinander an die Patientenschutzorganisation und beschwerten sich, dass das Hospiz nicht erbrachte Zusatzleistungen in Rechnung gestellt hat.

Der erste bekannt gewordene Fall betrifft Herrn K., der in Mai und Juni 2011 im Hospiz Radebeul versorgt wurde. Laut Hospizvertrag vom 05.05.2011 erhält das Hospiz für die umfassende Versorgung und Betreuung des Patienten (insbesondere Körperpflege, Ernährung, Mobilität, allgemeine soziale Betreuung, medizinische Behandlungspflege, Unterkunft und Verpflegung sowie palliativmedizinische und palliativpflegerische Versorgung) täglich 185,37 Euro von der Kranken- und Pflegekasse. Obwohl das Hospiz für den Monat Mai (05. bis 31.05.2011) einen Betrag von 5.004,99 Euro erhält, stellt es dem Bewohner nochmals 702 Euro für „Zusatzleistungen“ in Rechnung. Der Tochter des Bewohners kommen Zweifel an der tatsächlichen Leistungserbringung, da sie ihren Vater fast täglich besucht und keine Erbringung von „Zusatzleistungen“ wahrnehmen konnte. Nach eingehender Beratung durch die Patientenschutzorganisation forderte die Tochter vom Hospiz einen Einzelnachweis der Zusatzleistungen auf. Erst auf diesen Druck hin kommt die Hospizleitung zu der Erkenntnis, dass überhaupt keine Zusatzvereinbarung abgeschlossen wurde, und verzichtet auf das Zusatzentgelt. Die Familie des zwischenzeitlich verstorbenen Patienten erhält die 702 Euro zurück.

Im Jahr 2011 bittet Herr A. um Unterstützung gegenüber dem Hospiz Radebeul. Seine Mutter, Frau A., wurde vom 28.07. bis zu ihrem Tod am 12.08.2011 im Hospiz Radebeul versorgt. Sie unterschrieb am Aufnahmetag mehrere Schriftstücke. Dabei handelt es sich um einen Hospizvertrag und um eine Einzugsermächtigung in Höhe von 26 Euro/Tag für „Zusatzleistungen“. Das Hospiz stellt der Bewohnerin für den Aufenthalt insgesamt 416 Euro für „Zusatzleistungen“ in Rechnung. Herr A. erhält auf eine Nachfrage keine konkrete Antwort von der Hospizleitung und wendet sich hilfeschend an die Patientenschützer. Diese fordern eine Aufstellung der in Anspruch genommenen Zusatzleistungen an. Das Hospiz übersendet am 29.09.2011 einen Zusatzleistungskatalog und eine Tabelle mit kalendertäglich erbrachten Leistungen. Dieser Nachweis ist formell unzureichend. Zudem berechnet das Hospiz umfangreich die Erbringung von psychosozialer Begleitung für 20 Euro/Stunde, obwohl dies im Umfang des Hospizvertrages bereits enthalten und durch das Entgelt abgegolten ist. Hierauf weisen die Patientenschützer schriftlich hin. Die Hospizleitung teilt daraufhin schriftlich mit, dass Beträge zurückerstatten würden. Eine weitere Begründung enthält das Schreiben nicht.

Anfang 2012 nimmt Frau N. Kontakt zur Patientenschutzorganisation auf. Es geht um ihren Vater Herrn N., der sich im Hospiz Radebeul befindet. Auch in diesem Fall unterschrieb der Patient eine Einzugsermächtigung für Zusatzleistungen. Auf Grund der geringen Rente von ca. 600 Euro im Monat reduziert die Hospizleiterin den täglichen Betrag für Zusatzleistungen von 26 Euro auf 20 Euro. Das Hospiz berechnet dem Bewohner für den Zeitraum vom 30.01. bis 29.02.2012 insgesamt 606 Euro. Mitte März kommen der Tochter jedoch Zweifel an der tatsächlichen Erbringung der Zusatzleistungen, da solche am Aufnahmetag nicht stattgefunden



den haben können. Während dieses Tages waren Ehefrau und Tochter des Patienten im Hospiz anwesend, um das Zimmer einzuräumen und die Formalitäten zu erledigen. Frau N. wendet sich ebenfalls an die Patientenschützer. Diese fordern das Hospiz zur Zusendung eines Nachweises über erbrachte Zusatzleistungen auf. Das Hospiz lässt sich mittlerweile anwaltlich vertreten und verzichtet auf die Bezahlung der psychosozialen Begleitung als Zusatzleistung. Der Familie werden die gezahlten Beträge zum größten Teil erstattet.

### **Vorgehensweise**

Die Patientenschützer sehen sich in der Pflicht, nicht nur denjenigen Angehörigen zur Rückerstattung der gezahlten Zusatzleistungsentgelte zu verhelfen, sondern auch die übrigen Patienten vor unberechtigten Forderungen zu schützen. Aus diesem Grund stellen die Patientenschützer am 08.08.2013 bei der Staatsanwaltschaft Dresden Strafanzeige wegen des Verdachts des gewerbsmäßigen Betruges gegen die bei dem Hospiz Radebeul verantwortlichen Personen. Die Staatsanwaltschaft stellt mit Verfügung vom 26.02.2015 das Ermittlungsverfahren ein, da kein Vorsatz vorgelegen habe. Die Patientenschützer legen gegen diese Entscheidung Beschwerde ein und begründen diese ausführlich. Mit Bescheid vom 19.05.2015 weist die Generalstaatsanwaltschaft des Freistaates Sachsen die Beschwerde zurück.

Zudem fordern die Patientenschützer mit Schriftsatz vom 09.08.2013 das Hospiz zur Abgabe einer strafbewehrten Unterlassungserklärung auf Grund eines Verstoßes gegen verbraucherrechtliche Vorschriften (§ 307 Abs. 2 BGB und § 7 Abs. 1 und 2 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz) auf. Der Patientenschutzorganisation steht das Recht zur Abmahnung im Bereich des WBVG zu.

### **Ergebnis**

Die strafrechtlichen Ermittlungen wurden mangels Tatverdacht gemäß § 170 Abs. 2 Strafprozessordnung eingestellt. Die eingelegte Beschwerde blieb ohne Erfolg.

Mit Schreiben vom 22.08.2013 hat das Hospiz Radebeul durch einen Rechtsanwalt die Erklärung abgegeben, es zu unterlassen, in Einzugsermächtigungen drucktechnisch vorgefertigte und somit im Sinne einer AGB geltende Geldbeträge zu verwenden, und es zu unterlassen, gesetzliche krankenversicherten Patienten, die im Hospiz stationär versorgt werden, psychosoziale Begleitung als eine gesondert zu vergütende Zusatzleistung zu berechnen.

### **Anspruchsgrundlage / Rechtsgrundlage / Aktenzeichen**

Staatsanwaltschaft Dresden, Zweigstelle Meißen, Az. 170 UJs 104140/13

Generalstaatsanwaltschaft des Freistaates Sachsen, Az. 25 Zs 804/15

§ 263 Abs. 1 und Abs. 2 Strafgesetzbuch

§§ 1, 2 Unterlassungsklagengesetz i. V. m. § 307 Abs. 2 BGB und § 7 Abs. 1 und 2 WBVG

### **Interner Vermerk**

(214294/trdi)

## 9. Überprüfung vertraglicher Ansprüche

### 9.1. Rückzahlung Heimentgelt (Ausbildungsumlage, A)

#### Sachverhalt / Ausgangssituation

Fritz H. lebt seit April 2010 in einer Seniorenresidenz (NRW). Der Heimvertrag gibt bezüglich etwaiger Erhöhungen des Entgeltes die Vorschrift des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) wieder. Jede Erhöhung bedarf spätestens vier Wochen vor dem Erhöhungszeitpunkt einer ausführlichen Begründung. Mit Schreiben vom 28.06.2012 teilt das Heim Fritz H. mit, dass ab dem 01.07.2012 eine Umlage für die Auszubildungsvergütung in der Altenpflege gefordert wird. Zudem verweist das Heim auf ein Schreiben des Ministeriums für Gesundheit des Landes NRW. Dieses enthält nur politische Aussagen über die Ausbildungsumlage. Diese Begründung entspricht nicht der Vorschrift des WBVG. Ab dem 01.07.2012 zieht das Pflegeheim die monatliche Ausbildungsumlage vom Konto des Bewohners ein. Sie beläuft sich im Jahr 2012 auf kalendertäglich 2,18 Euro, im Jahr 2013 auf 2,35 Euro und im Jahr 2014 auf 2,99 Euro.

#### Vorgehensweise

Die Patientenschützer weisen das Heim auf die mangelnde Begründung der Entgelterhöhung sowie auf die Fristverletzung hin. Das Pflegeheim weist den Rückzahlungsanspruch zurück. Nach weiterem Schriftwechsel verzichtet das Heim zwar auf die Umlage für Juli 2012, besteht jedoch auf deren Zahlung ab August 2012. Da eine außergerichtliche Einigung nicht möglich ist, reichen die Patientenschützer Klage beim Amtsgericht Soest ein und beantragen die Rückzahlung der Ausbildungsumlage sowie die Feststellung der Nichtschuld bis zum Zeitpunkt einer hinreichenden Begründung im Sinne des WBVG. Die mündliche Verhandlung findet am 09.07.2013 statt. Da die Sachlage unstrittig ist, wird die Rechtslage eingehend erörtert.

#### Ergebnis

Mit Urteil vom 16.08.2013 wird das Heim zur Rückzahlung der eingezogenen Ausbildungsumlage seit August 2012 nebst Zinsen verurteilt. Zudem gibt das Gericht auch dem Feststellungsantrag statt. Gegen diese Entscheidung legt das Pflegeheim, welches anwaltlich vertreten ist, Berufung zum Landgericht Arnberg ein. Dessen Urteil bestätigt das erstinstanzliche Urteil und weist die Berufung zurück. Revision wurde nicht zugelassen. Das Urteil ist rechtskräftig.

#### Anspruchsgrundlage / Rechtsgrundlage / Aktenzeichen

Amtsgericht Soest, Az. 12 C 273/12

Landgericht Arnberg, Az. 3 S 90/13

§ 9 Abs. 2 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG)

#### Interner Vermerk

(257709/trdi)

## 9.2. Rückzahlung Heimentgelt (Ausbildungsumlage, B)

### Sachverhalt / Ausgangssituation

In den Jahren 2013 und 2014 ergehen gegen ein Pflegeheim im Landkreis Soest, NRW, Urteile aufgrund unrechtmäßig erhobener Heimentgelte im Zusammenhang mit der gesetzlich vorgeschriebenen Ausbildungsumlage in der Altenpflege (s. weitere Darstellung zu Heimentgelt unter Kapitel 9.1.). Auf Grund der Berichterstattung im Soester Anzeiger vom 29.01.2014 über diese Entscheidungen meldet sich Frau G. (Jahrgang 1926) bei den Patientenschützern. Sie bewohnt das betroffene Pflegeheim und hat mit Schreiben vom 31.01.2014 unter Bezugnahme auf die Verurteilung des Pflegeheimes vor dem Landgericht Arnsberg dieses zur Rückzahlung der Ausbildungsumlage bis zum 14.02.2014 aufgefordert. Dies lehnt das Pflegeheim jedoch mit Schreiben vom 07.02.2014 ab.

### Vorgehensweise

Da sich das Pflegeheim gegenüber den Forderungen der Bewohnerin bereits in Verzug befindet und trotz rechtskräftiger Feststellung der Rechtswidrigkeit des Erhöhungsverlangens die Rückzahlung verweigert, reichen die Patientenschützer mit Schriftsatz vom 27.02.2014 umgehend Klage beim Amtsgericht ein. Ebenso wie im Verfahren Fritz H. beantragen die Patientenschützer die Rückzahlung der eingezogenen Ausbildungsumlage sowie die Feststellung der Nichtschuld. Das Pflegeheim beantragt im schriftlichen Vorverfahren Klageabweisung. Das Amtsgericht legt im richterlichen Hinweis vom 17.04.2014 dem Pflegeheim die Abgabe eines Anerkenntnisses nahe. Dies lehnt das Pflegeheim ab. In der mündlichen Verhandlung am 08.07.2014 äußert das Gericht die Ansicht, dass die Begründung des Erhöhungsverlangens für das Jahr 2012 eventuell doch ausreiche. Daher drohe die Klageabweisung. Die Patientenschützer argumentieren erneut und können in der mündlichen Verhandlung am 04.11.2014 im Vergleichswege eine Erfolgsquote von 80 Prozent der Klageforderung erreichen.

### Anspruchsgrundlage / Rechtsgrundlage / Aktenzeichen

Amtsgericht Soest, Az. 12 C 56/14

§ 9 Abs. 2 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG)

### Interner Vermerk

(326283/trdi)

### 9.3. Schadensersatz (Sitzwache, Verletzung)

#### Sachverhalt / Ausgangssituation

Frau I. ist fortgeschritten an Demenz erkrankt und befindet sich im Jahr 2010 wegen einer Infektion zur Behandlung in einem Krankenhaus in Herdecke. Am 22.02.2010 wird der bevollmächtigten Schwester Frau A. mitgeteilt, dass Frau I. aus Sicherheitsgründen über Nacht ein Bettgitter erhalten müsse. Diesem will Frau A. nicht zustimmen, da ihre Schwester auf Bettgitter mit Unruhe und Angstzuständen reagiert. Daraufhin schlägt die Klinik vor, mit Hilfe eines externen Dienstleisters eine Nachtwache zu organisieren, die privat gezahlt werden müsse. Die Kosten für eine examinierte Pflegekraft sollen pro Nacht zwischen 20 und 25 Euro liegen. Hinzukommende Mehrwertsteuer und Nachtzuschlag wurden nicht erwähnt. Frau A. stimmt mündlich zu. Ein schriftlicher Vertrag wird nicht unterzeichnet. Es werden daraufhin vom 22. bis 25.02. von einer Pflegehelferin drei Nachtwachen erbracht. In der zweiten Nacht zieht sich Frau I. dennoch selbst den Blasenkatheter und sich dabei Verletzungen zu. Die Nachtwache ist zu diesem Zeitpunkt nicht im Zimmer. Frau A. erhält eine Rechnung des Krankenhauses über 1.005,99 Euro. Der Stundensatz liegt mit 25 Euro am oberen Ende der vorher angegebenen Preisspanne. Zudem werden Mehrwertsteuer und Nachtzuschlag berechnet. Auf Widerspruch von Frau A. wurde die Rechnung auf 831,06 Euro reduziert. Sie hält dies weiterhin für ungerechtfertigt und bittet die Patientenschützer um Hilfe.

#### Vorgehensweise

Entgegen der Auffassung des Klinikums gehen die Patientenschützer von einer medizinischen Indikation für die Sitzwache aus. Das Krankenhaus hat eine entsprechende Fürsorge- und Überwachungspflicht. Aus Verbrauchersicht sind Preisangaben zudem Bruttoendpreise. Die in Rechnung gestellte Mehrwertsteuer war nicht Teil der mündlichen Vereinbarung. Zudem wurde die Sitzwache entgegen der Vereinbarung von einer Hilfs- und nicht von einer Fachkraft durchgeführt. Somit ist nicht nachvollziehbar, weshalb ein so hoher Stundensatz in Ansatz gebracht worden ist. Das sich Frau I. während der Sitzwache selbst ihren Blasenkatheter ziehen konnte, liegt eine gravierende Schlechtleistung vor. Zusammenfassend raten die Patientenschützer Frau A. dazu, die Rechnung nicht in voller Höhe zu begleichen und übernehmen den Schriftverkehr mit dem Klinikum. Die Patientenschützer setzen sich in einem persönlichen Schlichtungsgespräch mit den Verantwortlichen des Krankenhauses zusammen.

#### Ergebnis

Die Patientenschützer erzielen einen Vergleich über einen Betrag in Höhe von 349,12 Euro.

#### Anspruchsgrundlage / Rechtsgrundlage / Aktenzeichen

Dienstvertrag, § 611 BGB

#### Interner Vermerk

(204311/vosiedi)

## 9.4. Rücksichtnahme (nicht indizierte Höherstufung)

### Sachverhalt / Ausgangssituation

Die Eheleute U. lassen sich im Jahr 2005 erstmals von den Patientenschützern beraten. Sie sind geschäftsfähig und sichern sich durch die Erstellung von Vorsorgedokumenten für den Fall gesundheitlicher Krisen ab. Im Jahr 2007 wird bei Frau U. (65) neben der bekannten Parkinson-Erkrankung auch eine fortschreitende Demenz diagnostiziert. Ihr Ehemann kümmert sich rund um die Uhr um seine Frau und setzt dieses Engagement fort, als sie in ein Pflegeheim zieht. Herr U. fährt täglich zu seiner Frau, hilft ihr und nimmt damit dem Heim viel Arbeit ab. Frau U. wurde die Pflegestufe II zuerkannt. Herr U. holt sich immer wieder Rat bei den Beratern der Deutschen Stiftung Patientenschutz. Im Oktober 2008 beantragt das Heim bei der Krankenkasse von Frau U. die höhere Pflegestufe III. Dieser Schritt war mit dem Ehemann nicht abgestimmt. Die Pflegestufe III würde ihn und seine Frau durch den automatisch steigenden Eigenanteil mit zusätzlichen Kosten in Höhe von monatlich Euro 414 belasten. Diese kann er dauerhaft nicht tragen. Er wendet sich hilfesuchend an seinen Berater bei der Stiftung.

### Vorgehensweise

Die Patientenschützer stellen fest, dass für eine Höherstufung keine Indikation vorliegt. Die pflegerischen Aufwendungen für Frau U. sind seit Monaten unverändert. Darüber hinaus leistet Herr U. bereits täglich Hilfen für seine Frau, die das Heim sonst erbringen müsste. Hierzu gehört die Hilfe bei der Körperpflege sowie der Essensgabe. Herr U. erkundigt sich bei den Patientenschützern nach den Rechten seiner Frau und holt sich argumentativen Rückhalt. So gestärkt sucht er das Gespräch mit der Leitung des Heimes. Dieses möchte den Antrag auf höhere Pflegestufe aufrechterhalten, ohne den gestiegenen Pflegeaufwand begründen zu können. Herr U. ist tief betroffen, da das Heim den Antrag bei der Krankenkasse im Vorfeld nicht mit ihm abgestimmt hatte und das Heim sich dem Verdacht aussetzt, die Höhergruppierung ausschließlich zum eigenen wirtschaftlichen Vorteil zu betreiben. Nach erneutem Telefonat mit den Patientenschützern verweist Herr U. das Pflegeheim auf dessen rechtswidriges Vorgehen, auch, da es die erteilte Vollmacht zu Ungunsten der Bewohnerin U. angewendet hatte und hierin ein Missbrauch des durch die Eheleute erteilten Vertrauens vorliegt.

### Ergebnis

Im Dezember 2008 zieht das Pflegeheim seinen Antrag zurück. Die Höhergruppierung wird erfolgreich abgewendet. Erst drei Jahre später liegen bei Frau U. die Indikation und damit der Anspruch auf Pflegestufe III vor.

### Anspruchsgrundlage / Rechtsgrundlage / Aktenzeichen

Erfüllung Heimvertrag

### Interner Vermerk

(248707/di)

## 9.5. Erstattung von Aufwendungen (SAPV)

### Sachverhalt / Ausgangssituation

Herr P. ist privat krankenversichert. Seine Fachärztin verordnet am 22.02.2012 erstmals eine indizierte spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) für die Dauer eines Monats. Er wird in dieser Zeit vom SAPV-Team A. palliativmedizinisch und -pflegerisch versorgt. Diese Versorgung wird ihm mit 1.860 Euro in Rechnung gestellt. Seine private Kranken- und Pflegeversicherung (PKV) lehnt die Kostenübernahme hierfür mit der Begründung ab, diese Leistungen seien nicht vom Versicherungsschutz umfasst. Herr P. widerspricht und bittet um Überprüfung. Erneut lehnt die PKV die Kostenübernahme ab. Sie verweist darauf, dass die Behandlungspflege in Form der häuslichen Krankenpflege generell nicht von den vertraglichen Vereinbarungen umfasst sei. Hierzu gehöre auch die SAPV. Mit dem Hinweis, dass zur Versorgung von gesetzlich Versicherten zwischen den Leistungserbringern und den gesetzlichen Krankenversicherungen vertragliche Vereinbarungen getroffen wurden, wendet sich Herr P. nochmals an seine PKV. Diese weist seinen Antrag erneut zurück. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) auf die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Für die Inanspruchnahme von Pflegediensten bestehe keine Versicherungspflicht. Die Kostenübernahme für die medizinische Behandlungspflege sei vertraglich nicht vereinbart. Im Wege der Kulanz vergüte sie jedoch Aufwendungen für die Behandlungspflege, wenn eine ärztliche Verordnung über Art und Häufigkeit der Behandlungsmaßnahmen vorliege und die dafür berechneten Entgelte sich an den gesetzlich vorgesehenen Gebühren orientiere.

### Vorgehensweise

Herr P. erteilt den Patientenschützern Vollmacht. Diese prüfen den Versicherungsvertrag. Anschließend wenden sie sich mit dem Antrag auf ein Schlichtungsverfahren an den Ombudsmann der PKV. Auch nach Ablauf von vier Monaten liegt von diesem keine Reaktion vor. Die Patientenschützer erheben Klage gegen die PKV beim Amtsgericht Heidelberg und beantragen, die Kostenübernahme für die SAPV. Die Patientenschützer sehen eine unangemessene Benachteiligung durch eine Vertragszweckgefährdung. Als Vertragszweck sehen die Patientenschützer eine Krankenkostenvollversicherung. Es sei gerade deren Kernbereich, die Vitalfunktionen aufrecht zu erhalten. Dies werde im Fall von Herrn P. allein durch die Herstellung von Schmerzfreiheit und Schmerzlinderung erzielt. Zudem sehen die Patientenschützer eine Verletzung der nebenvertraglichen Rücksichtnahmepflichten. Mit Einführung der SAPV hätte die PKV darauf hinweisen müssen, dass diese nicht vom Versicherungsumfang umfasst ist. Diese Pflichtverletzungen führe zu einer Schadensersatzpflicht auf Seiten der PKV.

### Ergebnis

Noch während des laufenden Gerichtsverfahrens meldet sich der Ombudsmann der privaten Kranken- und Pflegeversicherung und lehnt die Kostenübernahme für die SAPV zugunsten der PKV ab. Die PKV jedoch überweist zur Abwendung eines Urteils den vollen Betrag an den Sohn und Erben von Herrn P. Herr P. war zu diesem Zeitpunkt bereits verstorben.



### **Anspruchsgrundlage / Rechtsgrundlage / Aktenzeichen**

AGL: §§ 1, 192 Abs. 1 VVG i. V. m. §§ 1 Abs. 1, Abs. 2, 2 Abs. 1 AVB und §§ 280 Abs. 1, 241 Abs. 2, 242 BGB

Amtsgericht Heidelberg, Az. 25 C 401/12

### **Interner Vermerk**

(132648/vodi)

## 10. Weitere sozialrechtliche Ansprüche

### 10.1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rentenkasse)

#### Sachverhalt / Ausgangssituation

Frau T. ist im Jahre 2011 an einer schwerwiegenden Lungenentzündung (Mykoplasmenpneumonie) erkrankt und drei Monate arbeitsunfähig. Infolge der Erkrankung ist sie in ihrer Atmung schwer beeinträchtigt. Sie leidet unter atemabhängigen Thoraxschmerzen, einer verminderten Thoraxbeweglichkeit, einer Blockade der Brustwirbelsäule aufgrund der monatelangen Hustenattacken sowie an daraus folgenden allgemeinen Erschöpfungszuständen. Auf Rat ihrer Hausärztin stellt Frau T. einen Antrag auf stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei der Deutschen Rentenversicherung Rheinland. Frau T. gibt als gewünschte Einrichtung eine Fachklinik für Lungenerkrankungen in Borkum an. Mit Bescheid vom 03.02.2012 wird der Antrag von der Rentenversicherung bewilligt. Kurz darauf teilt die Klinik überraschend mit, dass sie die geplante Aufnahme ablehnt. Hauptindikation von Frau T. sei nicht die Lungenerkrankung, sondern ein Leiden psychosomatischer Natur (Erschöpfungszustände). Sie erhält daraufhin ohne vorherige Anhörung einen weiteren Bescheid der Versicherung, mit der Aufhebung des ersten. Bewilligt wird nun ein Aufenthalt in einer Klinik in Bad Salzuflen, einer Fachklinik für Psychosomatik. Frau T. versucht telefonisch erfolglos, bei der Rentenversicherung eine Aufhebung der Entscheidung und einen erneuten Wechsel der Klinik zu erreichen. Am 20.04.2012 legt sie bei der Rentenversicherung Widerspruch gegen den Bescheid vom 28.03.2012 ein und bittet die Patientenschützer, diesen ergänzend zu begründen.

#### Vorgehensweise

Nach Vollmachtserteilung durch Frau T. ergänzen und konkretisieren die Patientenschützer schriftlich den eingelegten Widerspruch. Bemängelt werden die rechtswidrige Aufhebung des ersten Bescheids sowie die fehlende Anhörung von Frau T. vor Erlass des zweiten Bescheids.

#### Ergebnis

Der Widerspruch hat Erfolg. Die Deutsche Rentenversicherung erlässt am 02.07.2012 einen Abhilfebescheid, mit dem Frau T. ein Aufenthalt in der Strandklinik St. Peter-Ording, einer auf Atemwegs- und Lungenerkrankungen spezialisierten Einrichtung, bewilligt wird.

#### Anspruchsgrundlage / Rechtsgrundlage / Aktenzeichen

§§ 10 Abs. 1, 11, 13 SGB VI, §§ 24, 45, 47 SGB X

Deutsche Rentenversicherung Rheinland, Az. RH 0880

#### Interner Vermerk

(266299/sie)

## 10.2. Feststellung der Behinderung (verweigerter Höherstufung)

### Sachverhalt / Ausgangssituation

Frau M. ist an Morbus Menière erkrankt, wodurch ihre Orientierungsfähigkeit erheblich gestört ist. Teilweise kommt es zu plötzlich auftretenden Schwindelanfällen und schweren Stürzen. Zudem hat sie durch Bandscheibenschäden und eine Wirbelsäulenverkrümmung mit Spinalkanalverengung ständig starke Rückenschmerzen. Frau M. ist wegen dieser gesundheitlichen Einschränkungen anerkannt schwerbehindert mit einem Grad der Behinderung von 60. Ihr Gehvermögen ist erheblich eingeschränkt. Die ständige Nutzung eines Rollators wurde ärztlich verordnet. Allein dieses Hilfsmittel ermöglicht es ihr, sich im Straßenverkehr wenige hundert Meter zu bewegen, bevor sie sich ausruhen muss. Zudem wird Frau M. bei Verlassen des Hauses stets von ihrem Ehemann Heinz M. begleitet und unterstützt. Frau M. beantragt am 15.09.2011 die Feststellung eines höheren Grades der Behinderung sowie die Zuerkennung der Merkzeichen G (erhebliche Gehbehinderung) und B (Notwendigkeit ständiger Begleitung). Die Merkzeichen würden ihr die kostenfreie Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln sowie die Mitnahme einer Begleitperson zur Unterstützung ermöglichen. Mit Bescheid vom 28.02.2012 stellte das Niedersächsische Landesamt zwar einen höheren Grad der Behinderung von 80 fest. Die Zuerkennung der beantragten Merkzeichen wurde jedoch abgelehnt.

### Vorgehensweise

Die Patientenschützer erfassen im persönlichen Gespräch mit den Eheleuten M. den Sachverhalt und prüfen die vorhandenen schriftlichen Unterlagen. Im Anschluss legen sie im Namen von Frau M. gegen den ablehnenden Bescheid beim Niedersächsischen Landesamt Widerspruch ein. Nach Zurückweisung des Widerspruchs am 15.10.2012 erheben die Patientenschützer Klage vor dem Sozialgericht Lüneburg.

### Ergebnis

Im Gerichtsverfahren gibt das Niedersächsische Landesamt ein vollständiges Anerkenntnis im Sinne des Klageantrags ab. Die beantragten Merkzeichen G und B werden zuerkannt. Es ergeht am 14.08.2013 ein entsprechender Ausführungsbescheid der Behörde.

### Anspruchsgrundlage / Rechtsgrundlage / Aktenzeichen

§ 69 Abs. 4 und 5 SGB IX, § 3 Abs. 1 Nr. 7, Abs. 2 SchwbAwV i.V.m. § 146 Abs. 1 S. 1, Abs. 2 SGB IX

Sozialgericht Lüneburg, Az. S 35 SB 243/12

### Interner Vermerk

(285289/sie)