S 8 KR 99/14

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hessen
Sozialgericht	Hessisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Beschluss
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 8 KR 99/14
Datum	25.08.2014

2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 KR 281/14
Datum	18.05.2016

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 25. August 2014 wird zurÃ¼ckgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die KlÃ¤gerin Anspruch auf hÃ¤usliche Krankenpflege in einem Umfang von 24 Stunden fÃ¼r den Zeitraum 28. August bis 28. November 2013 tÃ¤glich hat.Â

Bei der 1963 geborenen und bei der Beklagten gesetzlich versicherten KlÃ¤gerin besteht seit Geburt eine HirnschÃ¤digung. Folge ist eine schwere Intelligenzminderung, eine geistige und kÃ¶rperliche Behinderung sowie eine Harn- und Stuhlinkontinenz; die KlÃ¤gerin ist nicht in der Lage, Aufforderungen zu einzelnen Bewegungen nachzukommen. Aufgrund eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Hessen (MDK) vom 15. Februar

2012 wurde die Pflegestufe III festgestellt. Die KlÃ¤gerin bezieht Pflegegeld; die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung wird durch die Schwestern der KlÃ¤gerin C. und D. A. erbracht. C. A. ist die gesetzliche Betreuerin der KlÃ¤gerin. Die KlÃ¤gerin lebt in einer abgeschlossenen Wohnung im Obergeschoss, die Schwestern bewohnen eine im gleichen Haus gelegene Erdgeschosswohnung.

Am 30. April 2013 verordnete der Lungenfacharzt Dr. G. Behandlungspflege fÃ¼r die Zeit vom 29. April 2013 bis 26. Mai 2013 im Umfang von 24 Stunden in Form spezialisierter Krankenbeobachtung durch examiniertes Fachpersonal sowie Krisenbereitschaft fÃ¼r das Absaugen mehrfach tÃ¤glich und intermittierende Sauerstoffgaben. Als verordnungsrelevante Diagnose gab er an: Bronchitis, Verschleimung und Luftnot, dadurch bedingt Panikattacken. Die KlÃ¤gerin beauftragte sodann den Pflegedienst â□□Ambulante H. I.â□□ mit der DurchfÃ¼hrung der Behandlungspflege. Mit Folgeverordnung vom 27. Mai 2013 verlÃ¤ngerte Dr. G. die Verordnung von Behandlungspflege bis zum 27. August 2013.

Der von der Beklagten eingeschaltete MDK gelangte in seinem Gutachten nach Aktenlage vom 3. Juni 2013 zu der EinschÃ¤tzung, dass eine 24-stÃ¼ndige Intensivpflege nicht erforderlich sei. Die beantragten Leistungen der Behandlungspflege seien medizinisch nicht nachvollziehbar. Die Beklagte lehnte daraufhin mit zwei Bescheiden vom 6. Juni 2013 die Ã□bernahme von Behandlungspflege ab.Â

Die KlÃ¤gerin legte hiergegen Widerspruch ein und beantragte bei dem Sozialgericht Darmstadt den Erlass einer einstweiligen Anordnung. Die KlÃ¤gerin verwies zur BegrÃ¼ndung ihres Antrages auf ein Attest des Dr. G. vom 7. Juni 2013, der angesichts der geistigen Behinderung der KlÃ¤gerin und einer chronischen Bronchitis mit starker Verschleimung und damit einhergehender Luftnot eine regelmÃ¤Ã□ige Absaugung fÃ¼r notwendig erachtete. Sie trug weiter vor, die Schwestern seien nicht bereit, die auch gefahrtrÃ¤chtige Behandlungspflege zu Ã¼bernehmen. Zudem reiche es nicht aus, wenn eine Pflegeperson nur ab und zu nach der KlÃ¤gerin sehe. Die Sekretverlegungen und die damit einhergehenden Atemprobleme trÃ¤ten unvorhersehbar und unplanbar in unregelmÃ¤Ã□iger Folge und Schwere auf. Entsprechend mÃ¼sse eine geschulte Pflegekraft situativ entscheiden. Der Pflegedienst habe angekÃ¼ndigt, bei Kostenablehnung durch die Krankenkasse die Versorgung der KlÃ¤gerin einzustellen. Die KlÃ¤gerin beziehe Grundsicherungsleistungen nach dem Sozialgesetzbuch ZwÃ¶lftes Buch (SGB XII) und kÃ¶nne die hohen Kosten der 24-Stunden-Pflege in HÃ¶he von rund 28,50 â□¬ pro Stunde (684,00 â□¬ tÃ¤glich) nicht finanzieren. Die Beklagte verwies darauf, dass Dr. G. die KlÃ¤gerin jedenfalls bei Ausstellen der Verordnung nicht persÃ¶nlich untersucht habe. Es sei nicht ersichtlich, worauf seine Angaben zur starken Verschleimung grÃ¼ndeten. ErgÃ¤nzend nahm sie Bezug auf das Ergebnis einer von ihr wÃ¤hrend des Verfahrens veranlassten Begutachtung durch den MDK. Dr. J. vom MDK gelangte in dem Gutachten vom 12. Juli 2013 zu der EinschÃ¤tzung, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung am 10. Juli 2013 kein Anhalt fÃ¼r eine medizinische Notwendigkeit von Absaugung sowie von Inhalationen bestanden habe. Es gebe auch keinen Anhalt, dass die KlÃ¤gerin nicht abhusten kÃ¶nne. Die Pflegefachkraft habe im Rahmen des Besuchstermins bestÃ¤tigt, dass

ausschlieÃlich der Mundraum, nicht aber die Trachea oder die Bronchien abgesaugt wÃ¼rden. Die orale Absaugung diene nicht der Behebung eines lebensbedrohlichen Zustands. Die Notwendigkeit einer stÃ¤ndigen Beaufsichtigung aufgrund der psychiatrischen Grunderkrankung sei nachvollziehbar. Das von den Schwestern berichtete â€Blauwerdenâ€ von Lippen und Fingern sei bisher Ã¤rztlich nicht dokumentiert. Ob die berichteten HandkrÃ¤mpfe auf Panikattacken zurÃ¼ckzufÃ¼hren seien, mÃ¼sse aufgeklÃ¤rt werden. Zur Sicherstellung einer guten Ã¤rztlichen Versorgung regte Dr. J. (MDK) weitere Diagnostik an.

Das Sozialgericht verpflichtete mit BeschlÃ¼ssen vom 27. Juni 2013 und vom 17. Juli 2013 die Beklagte, vorlÃ¤ufig hÃ¤usliche Krankenpflege fÃ¼r 24 Stunden tÃ¤glich vom 1. Juli 2013 bis 15. Juli 2013 bzw. bis zum 25. Juli 2013 lÃ¤ngstens jedoch bis zum Abschluss des Eilrechtsschutzverfahrens zu gewÃ¤hren. Gleichzeitig forderte das Sozialgericht Befundberichte der behandelnden ÃrzteÂ an. Dr. K. teilte mit, die KlÃ¤gerin befinde sich infolge der geistigen Behinderung auf dem Niveau eines Kleinkindes. Zwar seien die Schwestern auch aufgrund ihrer Erfahrungen in der Pflege ihrer intensivpflegebedÃ¼rftigen Mutter in der Lage, Teilaufgaben zu Ã¼bernehmen, so dass die Notwendigkeit einer 24-stÃ¼ndigen Behandlungspflege fraglich sei. Nach RÃ¼cksprache mit dem Lungenfacharzt und dem Pflegedienst kÃ¶nnte ggf. ein Teil der Arbeit auf die Schwestern delegiert werden (Befundbericht vom 22. Juni 2013). In einem Nachtrag vom 3. Juli 2013 wies Dr. K. darauf hin, dass die Schwestern die Behandlungspflege nicht zusÃ¤tzlich zur Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung schafften. Dr. G. teilte in seinem Befundbericht vom 15. Juli 2013 einzelne Behandlungsdaten sowie die verordneten Medikamente mit und verwies darauf, dass fÃ¼r die DurchfÃ¼hrung der Behandlungspflege in Form des Absaugens eine geschulte Pflegekraft erforderlich sei.

Das Sozialgericht lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung mit Beschluss vom 26. Juli 2013 ab. Ein Anordnungsanspruch lÃ¤ge nicht vor. Zur BegrÃ¼ndung stellte das Sozialgericht darauf ab, dass die medizinische Notwendigkeit der Behandlungspflege im Umfang von 24 Stunden nicht glaubhaft gemacht worden sei. Der behandelnde Arzt Dr. G. habe zwar die Behandlungspflege sowie die Versorgung mit einem AbsauggerÃ¤t verordnet; es sei jedoch unklar, wann genau Dr. G. die KlÃ¤gerin kÃ¶rperlich untersucht habe. WÃ¤hrend Dr. G. die KlÃ¤gerin seit November 2012 lediglich einmal in einem PKW am 5. Juli 2013 untersucht habe, habe im Rahmen einer hÃ¤uslichen Begutachtung durch den MDK eine eingehende kÃ¶rperliche Untersuchung stattgefunden. Dabei habe sich lediglich die Notwendigkeit der Medikamentengabe im Rahmen der Behandlungspflege ergeben. Es habe sich aber weder ein Atemwegsinfekt noch eine EinschrÃ¤nkung der Atmung gefunden. Zudem habe die Pflegefachkraft gegenÃ¼ber dem MDK bestÃ¤tigt, dass lediglich eine Absaugung des Mundraumes stattgefunden habe. Gegen diesen Beschluss legte die KlÃ¤gerin Beschwerde zum Hessischen Landessozialgericht ein.Â

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 6. September 2013 den Widerspruch der KlÃ¤gerin gegen die Bescheide vom 6. Juni 2013 zurÃ¼ck.Â

Mit Bescheid vom 9. September 2013 lehnte die Beklagte die ÃbernahmeÂ von

Behandlungspflege fÃ¼r den Zeitraum vom 28. August 2013 bis 28. November 2013 ab. Den hiergegen eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 28. Januar 2014 zurÃ¼ck.

Am 9. Oktober 2013 erhob die KlÃ¤gerin vor dem Sozialgericht Klage gegen den Widerspruchsbescheid vom 6. September 2013 (S 8 KR 653/13).Â

Mit Beschluss vom 14. Oktober 2013 (L 1 KR 252/13 B ER) hob der Senat den Beschluss des Sozialgerichts vom 26. Juli 2013 auf und verpflichtete die Beklagte im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes, der KlÃ¤gerin hÃ¤usliche Krankenpflege im Umfang von 16 Stunden tÃ¤glich in Form von Krankenbeobachtung sowie Krisenbereitschaft fÃ¼r das Absaugen mehrfach tÃ¤glich und intermittierende Sauerstoffgaben entsprechend der Ã¤rztlichen Verordnung vom 19. August 2013 an 7 Tagen in der Woche ab Beschlussfassung vorlÃ¤ufig bis zum 27. November 2013 zu gewÃ¤hren.

Am 20. Dezember 2013 beantragte die KlÃ¤gerin beim Sozialgericht eine einstweilige Anordnung fÃ¼r die Zeit ab dem 16. Januar 2014 betreffend. Mit Beschluss vom 4. Februar 2014 lehnte das Sozialgericht den Antrag ab (S 8 KR 796/13 ER). Mit Beschluss vom 10. MÃ¤rz 2014 (L 1 KR 77/14 B ER) Ã¤ndert der Senat auf die Beschwerde der KlÃ¤gerin den Beschluss des Sozialgerichts ab und verpflichtete die Beklagte im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes, der KlÃ¤gerin hÃ¤usliche Krankenpflege im Umfang von 24 Stunden in Form von Krankenbeobachtung sowie Krisenbereitschaft fÃ¼r das Absaugen in der Trachea mehrfach tÃ¤glich plus nachts bis zu 7 mal nach Bedarf und intermittierende Sauerstoffgaben bei Bedarf entsprechend der Ã¤rztlichen Verordnung vom 7. Januar 2014 an 7 Tagen in der Woche ab Beschlussfassung vorlÃ¤ufig bis zum 15. April 2014 zu gewÃ¤hren.

Am 28. Februar 2014 hat die KlÃ¤gerin vor dem Sozialgericht Klage gegen den Widerspruchsbescheid vom 28. Januar 2014 erhoben (S 8 KR 99/14).Â

Am 28. Mai 2014 hat die KlÃ¤gerin beim Sozialgericht eine einstweilige Anordnung fÃ¼r die Zeit ab dem 15. Juli 2014 betreffend beantragt. Mit Beschluss vom 2. Juli 2014 hat das Sozialgericht den Antrag abgelehnt (S 8 KR 282/14 ER). Mit Beschluss vom 26. August 2014 hat der Senat die Beklagte im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes verpflichtet, der KlÃ¤gerin hÃ¤usliche Krankenpflege im Umfang von 12 Stunden in Form von Krankenbeobachtung sowie Krisenbereitschaft fÃ¼r das Absaugen in der Trachea mehrfach tÃ¤glich plus nachts bis zu 7 mal nach Bedarf und intermittierende Sauerstoffgaben bei Bedarf ab dem 3. Juli 2014 zu gewÃ¤hren (L 1 KR 266/14 B ER). Der Senat hat am 28. August 2014 Prof. Dr. L. (Klinik fÃ¼r Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, UniversitÃ¤tsklinikum Frankfurt am Main) mit der Begutachtung der KlÃ¤gerin beauftragt. Nach Vorlage des vorlÃ¤ufigen phoniatrischen und HNO-Ã¤rztlichen Gutachtens vom 7. Januar 2015 hat der Senat mit Beschluss vom 14. Januar 2015 den Senatsbeschluss vom 26. August 2014 aufgehoben und die Beschwerde der KlÃ¤gerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Darmstadt vom 2. Juli 2014 zurÃ¼ckgewiesen (L 1 KR 266/14 B ER).

Bereits mit Urteil vom 25. August 2014 hat das Sozialgericht die Klage gegen den Widerspruchsbescheid vom 28. Januar 2014 nach Einholung eines Gutachtens von Dr. M. (Facharzt fÃ¼r Allgemeinmedizin und fÃ¼r Physikalische und Rehabilitative Medizin vom 20. Januar 2014 sowie dessen AnhÃ¶rung in der mÃ¼ndlichen Verhandlung vom 25. August 2014) abgewiesen. Die Voraussetzungen der Nr. 6 der Anlage zur Krankenpflege-Richtlinie (Krankenpflege-RL) lÃ¤gen nicht vor. Es sei nicht ersichtlich, dass bei der KlÃ¤gerin eine hochgradige EinschrÃ¤nkung der FÃ¤higkeit zum Abhusten bzw. der bronchialen Selbstreinigungsmechanismen gegeben seien. Insbesondere lÃ¤ge bei der KlÃ¤gerin weder eine schwere Emphysembronchitis noch Aids noch Mukosviszidose vor. Auch sei die KlÃ¤gerin nie beatmet worden, noch sei dies aktuell der Fall. Des Weiteren lÃ¤gen auch die Voraussetzungen fÃ¼r eine spezielle Krankenbeobachtung nach Nr. 24 der Anlage zur Krankenpflege-RL nicht vor.Â

Die KlÃ¤gerin hat gegen das ihr am 30. September 2014 zugestellte Urteil am 28. August 2014 vor dem Hessischen Landessozialgericht Berufung eingelegt. Sie hat Befundberichte von Dr. G. vom 26. Januar 2016, Dr. N. vom 23. MÃ¤rz 2014 sowie einen Arztbrief des Luisen-Krankenhauses Lindenfels vom 15. Mai 2015 vorgelegt. In letzterem wird nach stationÃ¤rer Behandlung der KlÃ¤gerin im Zeitraum 14. bis 15. Mai 2015 berichtet, dass die KlÃ¤gerin nur unzureichend abhusten kÃ¶nne. HÃ¤ufiges Absaugen sowohl tagsÃ¼ber als auch in den Nachtstunden sei erforderlich gewesen. DarÃ¼ber hinaus hat der ProzessbevollmÃ¤chtigte angefÃ¼hrt, dass die Untersuchung der KlÃ¤gerin nur eingeschrÃ¤nkt mÃ¶glich gewesen sei, da sie wegen ihrer geistigen Behinderung wenig mitarbeite.

Die KlÃ¤gerin beantragt (sinngemÃ¤Ã),

das Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 25. August 2014 sowie den Bescheid der Beklagten vom 9. September 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28. Januar 2014 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr fÃ¼r den Zeitraum vom 28. August 2013 bis 28. November 2013 Leistungen der hÃ¤uslichen Krankenpflege fÃ¼r 24-Stunden tÃ¤glich ohne Anrechnung von Grundpflegezeiten und ohne Anrechnung von Leistungen der Pflegestufe III zu gewÃ¤hren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt die angegriffene Entscheidung fÃ¼r zutreffend.Â

Mit (endgÃ¼ltigem) Gutachten vom 31. MÃ¤rz 2015 haben Prof. Dr. L. und PD Dr. O. zusammenfassend festgestellt, dass bei der KlÃ¤gerin eine diskrete buccofaziale Dyspraxie und eine myofunktionelle StÃ¶rung vorlÃ¤gen. Eine therapierelevante und vitalgefÃ¤hrdende SchluckstÃ¶rung sei ebenso auszuschlieÃen wie eine Hypersalivation. Ferne sei insbesondere endoskopisch sicher absaugrelevantes Sekret im Bereich des Mundes, Rachens, Kehlkopfes und des sogenannten subglottischen Raumes auszuschlieÃen. Aus phoniatrischer und HNO-Ã¤rztlicher Sicht sei keine Behandlung notwendig.

Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte, die Akten in den Verfahren L 1 KR 266/14 B ER, L 1 KR 280/14, L 1 KR 282/14, L 1 KR 283/14 und L 1 KR 284/14 sowie die Verwaltungsakten der Beklagten, die Gegenstand der Entscheidung waren, Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde

Die Entscheidung konnte durch Beschluss ergehen, da das Gericht die Berufung einstimmig fÃ¼r unbegrÃ¼ndet und eine mÃ¼ndliche Verhandlung nicht fÃ¼r erforderlich hÃ¤lt. Die Beteiligten sind zu dieser Vorgehensweise angehÃ¶rt worden, Â§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Die zulÃ¤ssige Berufung ist unbegrÃ¼ndet.

Nach Â§ 37 Abs. 2 Satz 1 1. Halbsatz Sozialgesetzbuch FÃ¼nftes Buch (SGB V) erhalten Versicherte in ihrem Haushalt oder ihrer Familie als hÃ¤usliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn sie zur Sicherung des Ziels der Ã¤rztlichen Behandlung erforderlich ist (sog. Behandlungssicherungspflege). Der krankenversicherungsrechtliche Anspruch auf hÃ¤usliche Krankenpflege in Form der Behandlungssicherungspflege besteht neben dem Anspruch auf Leistungen bei hÃ¤uslicher Pflege aus der sozialen Pflegeversicherung. Zur Behandlungssicherungspflege gehÃ¶ren alle PflegemaÃnahmen, die nur durch eine bestimmte Krankheit verursacht werden, speziell auf den Krankheitszustand des Versicherten ausgerichtet sind und dazu beitragen, die Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhÃ¼ten oder Krankheitsbeschwerden zu verhindern oder zu lindern, wobei diese MaÃnahmen typischerweise nicht von einem Arzt, sondern von Vertretern medizinischer Hilfsberufe oder auch von Laien erbracht werden (BSG, Urteil vom 10. November 2005, B 3 KR 38/04 R). Die Beobachtung eines Versicherten durch eine medizinische Fachkraft wird grundsÃ¤tzlich auch von dem Anspruch auf Behandlungssicherungspflege erfasst, wenn diese wegen der Gefahr von ggf. lebensgefÃ¤hrdenden Komplikationen jederzeit einsatzbereit sein muss (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 10. November 2005, B 3 KR 38/04 R).Â

Von der medizinischen Erforderlichkeit einer solchen Behandlungssicherungspflege kann aufgrund der vorliegenden Gutachten von Dr. M. und Prof. Dr. L./PD Dr. O. nicht (mehr) ausgegangen werden.

Dr. M. (Facharzt fÃ¼r Allgemeinmedizin, Facharzt fÃ¼r Physikalische und Rehabilitative Medizin) hat bereits unter dem 20. Januar 2014 ein Gutachten nach Untersuchung der KlÃ¤gerin erstellt und darin eine 24-stÃ¼ndige Behandlungspflege fÃ¼r nicht notwendig eingeschÃ¤tzt. Er hat allerdings ausgefÃ¼hrt, dass eine organische Ursache der beschriebenen funktionellen Auswirkungen der bronchialen Symptomatik der KlÃ¤gerin (vermehrte Schleimproduktion, unzureichendes Abhusten) letztendlich nicht geklÃ¤rt sei. Erforderlich seien insbesondere eine Hals-Nasen-Ohren-Ã¤rztliche Diagnostik sowie eine logopÃ¤dische Schluckdiagnostik mit endoskopischer Untersuchung des Schluckaktes. Ob eine Behandlungspflege fÃ¼r 24 Stunden tÃ¤glich erforderlich sei, kÃ¶nne erst nach Abschluss der Diagnostik eindeutig beantwortet werden. Im

Rahmen der AnhÃ¶rung in der mÃ¼ndlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht am 25. August 2014 in den Verfahren S 8 KR 653/13, S 8 KR 99/14, S 8 KR 276/14, S 8 KR 449/14 und S 8 KR 450/14 (Verordnungszeitraum: 29. April 2013 bis 14. Juli 2014) hat Dr. M. ferner ausgefÃ¼hrt, dass auch nach der Vorlage weiterer Befundberichte â insbesondere Ã¼ber die endoskopische Untersuchung des Schluckaktes und die computertomografische Untersuchung des Brustkorbes â keine organische Ursache dafÃ¼r erkennbar ist, wegen derer bei der KlÃ¤gerin regelmÃ¤Ãig eine Absaugung durch die LuftrÃ¶hre (d.h. auch unterhalb des Kehlkopfes) erfolgen mÃ¼sse. Die bislang erfolgten Absaugungen dÃ¼rften ausschlieÃlich den Mund- und Rachenbereich betroffen haben. Im Ãbrigen sei eine Absaugung der Lunge nur unter entsprechenden begleitenden medizinischen SicherheitsmaÃnahmen (Intubationsbereitschaft, Reanimationsbereitschaft, Vorhandensein einer Sauerstoffabligation) durchzufÃ¼hren. Es sei weiterhin diagnostisch nicht abgeklÃ¤rt, in welchem Umfang eine SchluckstÃ¶rung vorliege, welche Ursachen sie habe und wie sie zu behandeln sei.Â

Die daraufhin vom Senat veranlasste Begutachtung durch Prof. Dr. L./PD Dr. O. (Klinik der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Klinikum der Goethe-UniversitÃ¤t Frankfurt am Main) nach Untersuchung der KlÃ¤gerin hat ausweislich des vorlÃ¤ufigen Gutachtens vom 7. Januar 2015 und des endgÃ¼ltigen Gutachtens vom 31. MÃ¤rz 2015 nach HNO-Ã¤rztlicher Untersuchung sowie der fiberoptisch endoskopischer Evaluation des Schluckvorgangs (FEESÂ®) nach Langmore-Standard keine therapierelevante und vitalgefÃ¤hrdende SchluckstÃ¶rung ergeben. Im Rahmen der Schluckdiagnostik hÃ¤tten sich weder im Mundraum, noch im unteren Rachenraum oder gar Kehlkopf bzw. in dem unterhalb des Kehlkopfes befindlichen Raum (dem sogenannten subglottischen Raum) die benannten Sekretansammlungen gezeigt. Beim Abschluckvorgang habe sich weder eine Penetration, noch Aspiration oder Retentionen des abgeschluckten Materials nach Beendigung des Schluckvorgangs gezeigt. Es liege ein gesunder Schuckakt vor.Â

Dem stehen auch nicht die Feststellungen von Dr. G. entgegen. Wie Prof. Dr. L./PD Dr. O. ausgefÃ¼hrt haben, ist nicht ersichtlich, auf welcher Grundlage dieser eine neurogene SchluckstÃ¶rung diagnostiziert hat. Insbesondere ist, so die Gutachter, keine apparative Schluckdiagnostik (weder Videofluoroskopie noch FEESÂ®) dokumentiert. Auch sei nicht ersichtlich, mit welcher AbklÃ¤rung Dr. G. die Genese einer potentiellen SchluckstÃ¶rung als neurogen habe definieren und von einer strukturellen SchluckstÃ¶rung habe abgrenzen kÃ¶nnen. Das von ihnen (Prof. Dr. L./PD Dr. O.) festgestellte Untersuchungsergebnis entspreche zudem den Angaben des HNO-Arztes Dr. Keller vom 7. MÃ¤rz 2014, der oropharyngeal unauffÃ¤llige SchleimhÃ¤ute dokumentiert sowie einen transnasal flexibel endoskopisch dargestellten Kehlkopf ohne pathologischen Befund angefÃ¼hrt habe. Bronchiale Sekrete seien mittels CT des Brustkorbes vom 10. MÃ¤rz 2014 ausgeschlossen worden. Ferner seien die Angaben des Pflegedienstes, dass tracheale Absaugungen notwendig seien, nicht nachvollziehbar. Prof. Dr. L./PD Dr. O. bezweifeln, dass tatsÃ¤chlich die Trachea im Fokus des Absaugens gestanden habe. Eine endotracheale Absaugung mÃ¼sse bei nicht vorhandenem Tracheostoma durch den Kehlkopf und Stimmlippen hindurch erfolgen. Bei normaler KehlkopfsensibilitÃ¤t, wie sie bei der KlÃ¤gerin vorliege, sei dies im wachen, nicht

sedierten Zustand kaum zu ertragen und fÃ¼hre zu heftigstem Hustenreiz und Abwehrverhalten. Es sollte bei drohender AuslÃ¶sung eines Glottiskrampfes stets nur unter Intubations- und Reanimationsbereitschaft erfolgen. DarÃ¼ber hinaus kÃ¶nnten bei jedem ohne Sicht durchgefÃ¼hrten trachealen Absaugvorgang durch Manipulation mittels Absaugkatheder Schleimhautverletzungen an Kehlkopf und insbesondere den Stimmlippen provoziert werden. Organische VerÃ¤nderungen des Kehlkopfes und insbesondere der Stimmlippen, wie sie bei der angegebenen Absaugfrequenz hÃ¤tten vorhanden sein mÃ¼ssen, hÃ¤tten sich weder in der gutachterlichen Untersuchung vom 27. Oktober 2014 noch in der am 7. MÃ¤rz 2014 durch Dr. Keller durchgefÃ¼hrten HNO-Ã¤rztlichen Untersuchung dargestellt.

Aufgrund dieser substantiierten gutachterlichen AusfÃ¼hrungen ist der Senat der Ãberzeugung, dass bei der KlÃ¤gerin im streitigen Zeitraum keine SchluckstÃ¶rung vorgelegen hat, welche die medizinische Notwendigkeit einer Krankenpflege oder Krankenbeobachtung hÃ¤tte begrÃ¼nden kÃ¶nnen.

Wie bereits im Beschluss des Senats vom 14. Januar 2015 (L 1 KR 266/14 B ER) ausgefÃ¼hrt, steht â entgegen der Auffassung der KlÃ¤gerin â der Verwertung des Gutachtens auch nicht entgegen, dass die Untersuchung von PD Dr. O. durchgefÃ¼hrt worden ist. GemÃ¤Ã Â§ 407a Abs. 2 Satz 1 Zivilprozessordnung (ZPO) ist ein SachverstÃ¤ndiger zwar nicht befugt, den Auftrag auf einen anderen zu Ã¼bertragen. Soweit er sich der Mitarbeit einer anderen Person bedient, hat er diese namhaft zu machen und den Umfang ihrer TÃ¤tigkeit anzugeben, falls es sich nicht um Hilfsdienste von untergeordneter Bedeutung handelt, Â§ 407a Abs. 2 Satz 1 ZPO. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts muss der SachverstÃ¤ndige die zentralen Aufgaben der Begutachtung selbst erbringen. Inwieweit die DurchfÃ¼hrung der persÃ¶nlichen Untersuchung zum unverzichtbaren Kern der vom Gutachter selbst zu leistenden TÃ¤tigkeit zÃ¤hlt, hÃ¤ngt von den UmstÃ¤nden des Einzelfalls ab. Bei psychologischen und psychiatrischen Gutachten muss der SachverstÃ¤ndige die persÃ¶nliche Begegnung mit dem Probanden und das explorierende GesprÃ¤ch im wesentlichen Umfang selbst durchfÃ¼hren. Je stÃ¤rker die Begutachtung auf objektivierbare und dokumentierbare organmedizinische Befunde bezogen ist, umso eher ist hingegen die Einbeziehung von Mitarbeitern mÃ¶glich. Der SachverstÃ¤ndige muss aber die wissenschaftliche Auswertung der Erhebung selbst durchfÃ¼hren oder zumindest in vollem Umfang nachprÃ¼fen. Eine bloÃe PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fung genÃ¼gt nicht (BSG, Beschluss vom 17. April 2013, B 9 V 36/12 B; Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, Kommentar, 11. Aufl., Â§ 118 Rn. 11h). Bei einer phoniatrischen und Hals-Nasen-Ohren-Ã¤rztlichen Untersuchung werden vorrangig objektivierbare und dokumentierbare organmedizinische Befunde erhoben. Daher konnte Prof. Dr. L. die insoweit fachlich ausgewiesene PD Dr. O. mit der DurchfÃ¼hrung der Untersuchung beauftragen. Es ist nicht erkennbar, dass Prof. Dr. L. lediglich eine bloÃe â nicht genÃ¼gende â PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fung vorgenommen hat. DarÃ¼ber hinaus steht der Verwertbarkeit des vorlÃ¤ufigen Gutachtens nicht entgegen, dass die Untersuchung der KlÃ¤gerin nicht Ã¼ber eine Dauer von 24 Stunden erfolgt ist. Die Beweisanordnung war auf eine stationÃ¤re Untersuchung der KlÃ¤gerin âbis zu 2 Tagenâ gerichtet. Damit sollte nicht die Dauer der Untersuchung der KlÃ¤gerin vorgegeben, sondern vielmehr dem

SachverstÃ¤ndigen ermÃ¶glicht werden, bei Bedarf eine entsprechend umfangreiche Untersuchung durchzufÃ¼hren. Auch der Hinweis des ProzessbevollmÃ¤chtigten, dass die Untersuchung der KlÃ¤gerin wegen ihrer geistigen Behinderung nur eingeschrÃ¤nkt mÃ¶glich gewesen sei, steht nicht gegen die Verwertbarkeit des gerichtlich veranlassten Gutachtens, da diese Erkrankung den SachverstÃ¤ndigen offensichtlich bekannt war und sowohl bei der Untersuchung wie auch der Auswertung der Untersuchungsergebnisse berÃ¼cksichtigt worden ist.

Aufgrund der vorliegenden Gutachten ist daher (nunmehr) davon auszugehen, dass eine 24-stÃ¼ndige Behandlungspflege der KlÃ¤gerin im streitigen Zeitraum aus medizinischen GrÃ¼nden nicht erforderlich gewesen ist.Â

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen von Â§ 160 Abs. 2 SGG nicht vorliegen.

Erstellt am: 04.01.2022

Zuletzt verändert am: 22.12.2024