S 8 KR 450/14

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land Hessen

Sozialgericht Hessisches Landessozialgericht

Sachgebiet Krankenversicherung

Abteilung

Kategorie Beschluss

Bemerkung Rechtskraft Deskriptoren Leitsätze Normenkette -

1. Instanz

Aktenzeichen S 8 KR 450/14 Datum 25.08.2014

2. Instanz

Aktenzeichen L 1 KR 284/14 Datum 18.05.2016

3. Instanz

Datum -

Die Berufung der KlĤgerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 25. August 2014 wird zurļckgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Klägerin Anspruch auf häusliche Krankenpflege in einem Umfang von 24 Stunden für den Zeitraum 16. April bis 14. Juli 2014 täglich hat.Â

Bei der 1963 geborenen und bei der Beklagten gesetzlich versicherten KlĤgerin besteht seit Geburt eine HirnschĤdigung. Folge ist eine schwere Intelligenzminderung, eine geistige und kĶrperliche Behinderung sowie eine Harnund Stuhlinkontinenz; die KlĤgerin 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 KlĤgerin bezieht Pflegegeld; die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung wird durch die Schwestern der KlĤgerin C. und F. A. erbracht. C. A. ist die gesetzliche Betreuerin der KlĤgerin. Die KlĤgerin 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 für die Zeit vom 29. April 2013 bis 26. Mai 2013 im Umfang von 24 Stunden in Form spezialisierter Krankenbeobachtung durch examiniertes Fachpersonal sowie Krisenbereitschaft für das Absaugen mehrfach täglich und intermittierende Sauerstoffgaben. Als verordnungsrelevante Diagnose gab er an: Bronchitis, Verschleimung und Luftnot, dadurch bedingt Panikattacken. Die Klägerin beauftragte sodann den Pflegedienst â∏Ambulante H. I.â∏ mit der Durchführung der Behandlungspflege. Mit Folgeverordnung vom 27. Mai 2013 verlängerte 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 Einschätzung, dass eine 24-stù¼ndige 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 KlĤgerin legte hiergegen Widerspruch ein und beantragte bei dem Sozialgericht Darmstadt den Erlass einer einstweiligen Anordnung. Die KlÄzgerin verwies zur Begründung ihres Antrages auf ein Attest des Dr. G. vom 7. Juni 2013, der angesichts der geistigen Behinderung der KlĤgerin und einer chronischen Bronchitis mit starker Verschleimung und damit einhergehender Luftnot eine regelmäÃ∏ige Absaugung für notwendig erachtete. Sie trug weiter vor, die Schwestern seien nicht bereit, die auch gefahrtrÄxchtige Behandlungspflege zu übernehmen. Zudem reiche es nicht aus, wenn eine Pflegeperson nur ab und zu nach der KlĤgerin sehe. Die Sekretverlegungen und die damit einhergehenden Atemprobleme träten unvorhersehbar und unplanbar in unregelmäÃ∏iger Folge und Schwere auf. Entsprechend mýsse eine geschulte Pflegekraft situativ entscheiden. Der Pflegedienst habe angekündigt, bei Kostenablehnung durch die Krankenkasse die Versorgung der KlĤgerin einzustellen. Die KlĤgerin beziehe Grundsicherungsleistungen nach dem Sozialgesetzbuch ZwĶlftes Buch (SGB XII) und könne die hohen Kosten der 24-Stunden-Pflege in Höhe von rund 28,50 â∏ pro Stunde (684,00 ⠬ täglich) nicht finanzieren. Die Beklagte verwies darauf, dass Dr. G. die Klägerin jedenfalls bei Ausstellen der Verordnung nicht persä¶nlich untersucht habe. Es sei nicht ersichtlich, worauf seine Angaben zur starken Verschleimung gründeten. Ergänzend nahm sie Bezug auf das Ergebnis einer von ihr wÄxhrend des Verfahrens veranlassten Begutachtung durch den MDK. Dr. J. vom MDK gelangte in dem Gutachten vom 12. Juli 2013 zu der Einschägtzung, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung am 10. Juli 2013 kein Anhalt fÃ1/4r eine medizinische Notwendigkeit von Absaugung sowie von Inhalationen bestanden habe. Es gebe auch keinen Anhalt, dass die KlĤgerin nicht abhusten kĶnne. Die Pflegefachkraft habe im Rahmen des Besuchstermins bestÄxtigt, dass

ausschlieà lich der Mundraum, nicht aber die Trachea oder die Bronchien abgesaugt wà ¼ rden. Die orale Absaugung diene nicht der Behebung eines lebensbedrohlichen Zustands. Die Notwendigkeit einer stà ndigen Beaufsichtigung aufgrund der psychiatrischen Grunderkrankung sei nachvollziehbar. Das von den Schwestern berichtete â Blauwerden von Lippen und Fingern sei bisher à rztlich nicht dokumentiert. Ob die berichteten Handkrà mpfe auf Panikattacken zurà 4ckzufà hren seien, mà 4sse aufgeklà rt werden. Zur Sicherstellung einer guten à rztlichen Versorgung regte Dr. J. (MDK) weitere Diagnostik an.

Das Sozialgericht verpflichtete mit BeschlA¼ssen vom 27. Juni 2013 und vom 17. Juli 2013 die Beklagte, vorlĤufig hĤusliche Krankenpflege fļr 24 Stunden täglich vom 1. Juli 2013 bis 15. Juli 2013 bzw. bis zum 25. Juli 2013 längstens jedoch bis zum Abschluss des Eilrechtsschutzverfahrens zu gewähren. Gleichzeitig forderte das Sozialgericht Befundberichte der behandelnden ̸rzte an. Dr. K. teilte mit, die KlĤgerin befinde sich infolge der geistigen Behinderung auf dem Niveau eines Kleinkindes. Zwar seien die Schwestern auch aufgrund ihrer Erfahrungen in der Pflege ihrer intensivpflegebedürftigen Mutter in der Lage, Teilaufgaben zu übernehmen, so dass die Notwendigkeit einer 24-stündigen Behandlungspflege fraglich sei. Nach RÃ1/4cksprache mit dem Lungenfacharzt und dem Pflegedienst könnte 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 zusÄxtzlich 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 für die Durchführung 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 l\tilda\pmage nicht vor. Zur Begründung 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 AbsauggerÄxt verordnet; es sei jedoch unklar, wann genau Dr. G. die KlĤgerin kĶrperlich untersucht habe. WĤhrend Dr. G. die Klägerin seit November 2012 lediglich einmal in einem PKW am 5. Juli 2013 untersucht habe, habe im Rahmen einer hÄxuslichen Begutachtung durch den MDK eine eingehende kA¶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 EinschrĤnkung der Atmung gefunden. Zudem habe die Pflegefachkraft gegenýber dem MDK bestätigt, dass lediglich eine Absaugung des Mundraumes stattgefunden habe. Gegen diesen Beschluss legte die KlĤgerin Beschwerde zum Hessischen Landessozialgericht ein. A

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 6. September 2013 den Widerspruch der Klägerin gegen die Bescheide vom 6. Juni 2013 zurück.Â

Mit Bescheid vom 9. September 2013 lehnte die Beklagte die Ã□bernahme von

Behandlungspflege f \tilde{A}^{1}_{4} r den Zeitraum vom 28. August 2013 bis 28. November 2013 ab. Den hiergegen eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 28. Januar 2014 zur \tilde{A}^{1}_{4} ck.

Am 9. Oktober 2013 erhob die Klägerin vor dem Sozialgericht Klage gegen den Widerspruchsbescheid vom 6. September 2013 (<u>S 8 KR 653/13</u>).Â

Mit Beschluss vom 14. Oktober 2013 (<u>L 1 KR 252/13 B ER</u>) hob der Senat den Beschluss des Sozialgerichts vom 26. Juli 2013 auf und verpflichtete die Beklagte im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes, der KlĤgerin hĤusliche Krankenpflege im Umfang von 16 Stunden tĤglich in Form von Krankenbeobachtung sowie Krisenbereitschaft fĽr das Absaugen mehrfach tĤglich und intermittierende Sauerstoffgaben entsprechend der Ĥrztlichen Verordnung vom 19. August 2013 an 7 Tagen in der Woche ab Beschlussfassung vorlĤufig bis zum 27. November 2013 zu gewĤhren.

Am 20. Dezember 2013 beantragte die KlĤgerin beim Sozialgericht eine einstweilige Anordnung für die Zeit ab dem 16. Januar 2014 betreffend. Mit Beschluss vom 4. Februar 2014 lehnte das Sozialgericht den Antrag ab (\$\frac{5.8 KR}{796/13 ER}\$). Mit Beschluss vom 10. März 2014 (\$\textsup 1 KR \textsup 77/14 B ER\$) ändert der Senat auf die Beschwerde der Klägerin den Beschluss des Sozialgerichts ab und verpflichtete die Beklagte im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes, der Klägerin häusliche Krankenpflege im Umfang von 24 Stunden in Form von Krankenbeobachtung sowie Krisenbereitschaft für das Absaugen in der Trachea mehrfach täglich plus nachts bis zu 7 mal nach Bedarf und intermittierende Sauerstoffgaben bei Bedarf entsprechend der ärztlichen Verordnung vom 7. Januar 2014 an 7 Tagen in der Woche ab Beschlussfassung vorläufig bis zum 15. April 2014 zu gewähren.

Mit Bescheid vom 28. Januar 2014 lehnte die Beklagte die ̸bernahme von Behandlungspflege für den Zeitraum vom 16. Januar bis 15. April 2014 ab. Den hiergegen eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 17. April 2014 zurück.

Am 28. Februar 2014 erhob die Klägerin vor dem Sozialgericht Klage gegen den Widerspruchsbescheid vom 28. Januar 2014 (S 8 KR 99/14).Â

Mit Bescheid vom 22. April 2014 lehnte die Beklagte die ̸bernahme von Behandlungspflege für den Zeitraum vom 16. April bis 14. Juli 2014 ab. Den hiergegen eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 1. Juli 2014 zurück.

Am 23. Mai 2014 erhob die Klägerin vor dem Sozialgericht Klage gegen den Widerspruchsbescheid vom 6. September 2013 (<u>S 8 KR 276/14</u>).Â

Am 28. Mai 2014 beantragte die Kl \tilde{A} ¤gerin beim Sozialgericht eine einstweilige Anordnung f \tilde{A} $\frac{1}{4}$ r die Zeit ab dem 15. Juli 2014 betreffend. Mit Beschluss vom 2. Juli 2014 hat das Sozialgericht den Antrag abgelehnt (<u>S 8 KR 282/14 ER</u>). Mit Beschluss

vom 26. August 2014 verpflichtete der Senat die Beklagte im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes, der Klägerin häusliche Krankenpflege im Umfang von 12 Stunden in Form von Krankenbeobachtung sowie Krisenbereitschaft fä½r das Absaugen in der Trachea mehrfach täglich plus nachts bis zu 7 mal nach Bedarf und intermittierende Sauerstoffgaben bei Bedarf ab dem 3. Juli 2014 zu gewähren (L 1 KR 266/14 B ER). Der Senat hat am 28. August 2014 Prof. Dr. L. (Klinik fä¼r Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Universitäxtsklinikum Frankfurt am Main) mit der Begutachtung der Klägerin beauftragt. Nach Vorlage des vorlägufigen phoniatrischen und HNO-äxrztlichen 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 Klägerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Darmstadt vom 2. Juli 2014 zurä¼ckgewiesen (L 1 KR 266/14 B ER).

Am 1. August 2014 hat die Klägerin vor dem Sozialgericht Klage gegen den Widerspruchsbescheid vom 1. Juli 2014 erhoben (<u>S 8 KR 450/14</u>).Â

Mit Urteil vom 25. August 2014 hat das Sozialgericht die Klage gegen den Widerspruchsbescheid vom 1. Juli 2014 nach Einholung eines Gutachtens von Dr. M. (Facharzt fýr Allgemeinmedizin und fýr Physikalische und Rehabilitative Medizin vom 20. Januar 2014 sowie dessen Anhörung in der mÃ⅓ndlichen Verhandlung vom 25. August 2014) abgewiesen. Die Voraussetzungen der Nr. 6 der Anlage zur Krankenpflege-Richtlinie (Krankenpflege-RL) lägen nicht vor. Es sei nicht ersichtlich, dass bei der Klägerin eine hochgradige Einschränkung der Fähigkeit zum Abhusten bzw. der bronchialen Selbstreinigungsmechanismen gegeben seien. Insbesondere läge bei der Klägerin weder eine schwere Emphysembronchitis noch Aids noch Mukosviszidose vor. Auch sei die Klägerin nie beatmet worden, noch sei dies aktuell der Fall. Des Weiteren lägen auch die Voraussetzungen für eine spezielle Krankenbeobachtung nach Nr. 24 der Anlage zur Krankenpflege-RL nicht vor.Â

Die KlĤgerin 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. MĤrz 2014 sowie einen Arztbrief des Luisen-Krankenhauses Lindenfels vom 15. Mai 2015 vorgelegt. In letzterem wird nach stationĤrer Behandlung der KlĤgerin im Zeitraum 14. bis 15. Mai 2015 berichtet, dass die KlĤgerin nur unzureichend abhusten kĶnne. HĤufiges Absaugen sowohl tagsĽber als auch in den Nachtstunden sei erforderlich gewesen. DarĽber hinaus hat der ProzessbevollmĤchtigte angefļhrt, dass die Untersuchung der KlĤgerin nur eingeschrĤnkt mĶglich gewesen sei, da sie wegen ihrer geistigen Behinderung wenig mitarbeite.

Die Klägerin beantragt (sinngemäÃ□),

das Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 25. August 2014 sowie den Bescheid der Beklagten vom 22. April 2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1. Juli 2014 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr für den Zeitraum vom 16. April 2014 bis 14. Juli 2014 Leistungen der häuslichen Krankenpflege für 24-Stunden täglich ohne Anrechnung von Grundpflegezeiten und ohne

Anrechnung von Leistungen der Pflegestufe III zu gewĤhren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurļckzuweisen.

Sie hÃxlt die angegriffene Entscheidung für zutreffend.Â

Mit (endgültigem) Gutachten vom 31. März 2015 haben Prof. Dr. L. und PD Dr. O. zusammenfassend festgestellt, dass bei der Klägerin eine diskrete buccofaziale Dyspraxie und eine myofunktionelle Störung vorlägen. Eine therapierelevante und vitalgefährdende Schluckstörung sei ebenso auszuschlieÃ□en wie eine Hypersalivation. Ferner sei insbesondere endoskopisch sicher absaugrelevantes Sekret im Bereich des Mundes, Rachens, Kehlkopfes und des sogenannten subglottischen Raumes auszuschlieÃ□en. Aus phoniatrischer und HNO-ärztlicher Sicht sei keine Behandlung notwendig.

Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte, die Akten in den Verfahren <u>L 1 KR 266/14 B ER</u>, <u>L 1 KR 280/14</u>, <u>L 1 KR 281/14</u>, <u>L 1 KR 282/14</u> und <u>L 1 KR 283/14</u> sowie die Verwaltungsakten der Beklagten, die Gegenstand der Entscheidung waren, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die Entscheidung konnte durch Beschluss ergehen, da das Gericht die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Die Beteiligten sind zu dieser Vorgehensweise angehört worden, § 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Die zulĤssige Berufung ist unbegrļndet.

Nach <u>§ 37 Abs. 2 Satz 1</u> 1. Halbsatz Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) erhalten Versicherte in ihrem Haushalt oder ihrer Familie als h\(\tilde{A}\) xusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn sie zur Sicherung des Ziels der Ĥrztlichen Behandlung erforderlich ist (sog. Behandlungssicherungspflege). Der krankenversicherungsrechtliche Anspruch auf hĤusliche Krankenpflege in Form der Behandlungssicherungspflege besteht neben dem Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege aus der sozialen Pflegeversicherung. Zur Behandlungssicherungspflege gehĶren alle PflegemaÄ∏nahmen, 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 verhļten oder Krankheitsbeschwerden zu verhindern oder zu lindern, wobei diese Ma̸nahmen 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 grundsÄxtzlich auch von dem Anspruch auf Behandlungssicherungspflege erfasst, wenn diese wegen der Gefahr von ggf. lebensgefĤhrdenden Komplikationen jederzeit einsatzbereit sein muss

(vgl. hierzu BSG, Urteil vom 10. November 2005, <u>B 3 KR 38/04 R</u>).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 für Allgemeinmedizin, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin) hat bereits unter dem 20. Januar 2014 ein Gutachten nach Untersuchung der Kl\(\tilde{A}\)\(\tilde{g}\)erin erstellt und darin eine 24-st\(\tilde{A}\)\(^1\)/4ndige Behandlungspflege für nicht notwendig eingeschätzt. Er hat allerdings ausgeführt, dass eine organische Ursache der beschriebenen funktionellen Auswirkungen der bronchialen Symptomatik der KlĤgerin (vermehrte Schleimproduktion, unzureichendes Abhusten) letztendlich nicht geklÄxrt sei. Erforderlich seien insbesondere eine Hals-Nasen-Ohren-Äxrztliche Diagnostik sowie eine logopĤdische Schluckdiagnostik mit endoskopischer Untersuchung des Schluckaktes. Ob eine Behandlungspflege für 24 Stunden täglich erforderlich sei, kA¶nne erst nach Abschluss der Diagnostik eindeutig beantwortet werden. Im Rahmen der AnhĶrung in der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht am 25. August 2014 in den Verfahren <u>S 8 KR 653/13</u>, <u>S 8 KR 99/14</u>, <u>S 8 KR 276/14</u>, <u>S 8</u> KR 449/14 und S 8 KR 450/14 (Verordnungszeitraum: 29. April 2013 bis 14. Juli 2014) hat Dr. M. ferner ausgeführt, dass auch nach der Vorlage weiterer Befundberichte â∏ insbesondere über die endoskopische Untersuchung des Schluckaktes und die computertomografische Untersuchung des Brustkorbes â keine organische Ursache dafļr erkennbar ist, wegen derer bei der KlĤgerin regelmäÃ∏ig eine Absaugung durch die Luftröhre (d.h. auch unterhalb des Kehlkopfes) erfolgen müsse. Die bislang erfolgten Absaugungen dürften ausschlie̸lich den Mund- und Rachenbereich betroffen haben. Im Ã∏brigen sei eine Absaugung der Lunge nur unter entsprechenden begleitenden medizinischen SicherheitsmaÄnahmen (Intubationsbereitschaft, Reanimationsbereitschaft, Vorhandensein einer Sauerstoffabligation) durchzufA¹/₄hren. Es sei weiterhin diagnostisch nicht abgeklÄxrt, in welchem Umfang eine SchluckstĶrung vorliege, welche Ursachen sie habe und wie sie zu behandeln sei. A

Die daraufhin vom Senat veranlasste Begutachtung durch Prof. Dr. L./PD Dr. O. (Klinik der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Klinikum der Goethe-UniversitĤt Frankfurt am Main) nach Untersuchung der KlĤgerin hat ausweislich des vorlĤufigen Gutachtens vom 7. Januar 2015 und des endgýltigen Gutachtens vom 31. März 2015 nach HNO-ärztlicher Untersuchung sowie der fiberoptisch endoskopischer Evaluation des Schluckvorgangs (FEES®) nach Langmore-Standard keine therapierelevante und vitalgefährdende Schluckstörung ergeben. Im Rahmen der Schluckdiagnostik hätten 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 Schluckakt vor.Â

Dem stehen auch nicht die Feststellungen von Dr. G. entgegen. Wie Prof. Dr. L./PD

Dr. O. ausgeführt haben, ist nicht ersichtlich, auf welcher Grundlage dieser eine neurogene SchluckstĶrung diagnostiziert hat. Insbesondere ist, so die Gutachter, keine apparative Schluckdiagnostik (weder Videofluoroskopie noch FEES®) dokumentiert. Auch sei nicht ersichtlich, mit welcher AbklĤrung Dr. G. die Genese einer potentiellen SchluckstĶrung als neurogen habe definieren und von einer strukturellen SchluckstĶrung habe abgrenzen kĶnnen. Das von ihnen (Prof. Dr. L./PD Dr. O.) festgestellte Untersuchungsergebnis entspreche zudem den Angaben des HNO-Arztes Dr. P. vom 7. MÃxrz 2014, der oropharyngeal unauffÃxllige SchleimhĤute dokumentiert sowie einen transnasal flexibel endoskopisch dargestellten Kehlkopf ohne pathologischen Befund angefļhrt habe. Bronchiale Sekrete seien mittels CT des Brustkorbes vom 10. MĤrz 2014 ausgeschlossen worden. Ferner seien die Angaben des Pflegedienstes, dass tracheale Absaugungen notwendig seien, nicht nachvollziehbar. Prof. Dr. L./PD Dr. O. bezweifeln, dass tatsÃxchlich die Trachea im Fokus des Absaugens gestanden habe. Eine endotracheale Absaugung mýsse bei nicht vorhandenem Tracheostoma durch den Kehlkopf und Stimmlippen hindurch erfolgen. Bei normaler KehlkopfsensibilitÃxt, wie sie bei der KlÃxgerin vorliege, sei dies im wachen, nicht sedierten Zustand kaum zu ertragen und führe zu heftigstem Hustenreiz und Abwehrverhalten. Es sollte bei drohender AuslA¶sung eines Glottiskrampfes stets nur unter Intubations- und Reanimationsbereitschaft erfolgen. Dar A¼ber hinaus könnten bei jedem ohne Sicht durchgeführten trachealen Absaugvorgang durch Manipulation mittels Absaugkatheder Schleimhautverletzungen an Kehlkopf und insbesondere den Stimmlippen provoziert werden. Organische VerĤnderungen des Kehlkopfes und insbesondere der Stimmlippen, wie sie bei der angegebenen Absaugfrequenz hÃxtten vorhanden sein müssen, hÃxtten sich weder in der gutachterlichen Untersuchung vom 27. Oktober 2014 noch in der am 7. MĤrz 2014 durch Dr. P. durchgeführten HNO-ärztlichen Untersuchung dargestellt.

Aufgrund dieser substantiierten gutachterlichen Ausführungen ist der Senat der Ã∏berzeugung, dass bei der Klägerin im streitigen Zeitraum keine Schluckstörung vorgelegen hat, welche die medizinische Notwendigkeit einer Krankenpflege oder Krankenbeobachtung hätte begründen können.

Wie bereits im Beschluss des Senats vom 14. Januar 2015 (<u>L 1 KR 266/14 B ER</u>) ausgeführt, steht â∏ entgegen der Auffassung der Klägerin â∏ der Verwertung des Gutachtens auch nicht entgegen, dass die Untersuchung von PD Dr. O. durchgeführt worden ist. GemäÃ∏ <u>§ 407a Abs. 2 Satz 1</u> Zivilprozessordnung (ZPO) ist ein Sachverständiger zwar nicht befugt, den Auftrag auf einen anderen zu þbertragen. Soweit er sich der Mitarbeit einer anderen Person bedient, hat er diese namhaft zu machen und den Umfang ihrer Tätigkeit anzugeben, falls es sich nicht um Hilfsdienste von untergeordneter Bedeutung handelt, <u>§ 407a Abs. 2 Satz 1 ZPO</u>. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts muss der Sachverständige die zentralen Aufgaben der Begutachtung selbst erbringen. Inwieweit die Durchführung der persönlichen Untersuchung zum unverzichtbaren Kern der vom Gutachter selbst zu leistenden Tätigkeit zählt, hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Bei psychologischen und psychiatrischen Gutachten muss der Sachverständige die persönliche Begegnung mit dem Probanden und das explorierende Gespräch im wesentlichen Umfang

selbst durchführen. Je stärker die Begutachtung auf objektivierbare und dokumentierbare organmedizinische Befunde bezogen ist, umso eher ist hingegen die Einbeziehung von Mitarbeitern mĶglich. Der SachverstĤndige muss aber die wissenschaftliche Auswertung der Erhebung selbst durchfļhren oder zumindest in vollem Umfang nachprüfen. Eine bloÃ∏e Plausibilitätsprüfung genügt nicht (BSG, Beschluss vom 17. April 2013, <u>B 9 V 36/12 B</u>; P. in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, Kommentar, 11. Aufl., § 118 Rn. 11h). Bei einer phoniatrischen und Hals-Nasen-OhrenĤrztlichen Untersuchung werden vorrangig objektivierbare und dokumentierbare organmedizinische Befunde erhoben. Daher konnte Prof. Dr. L. die insoweit fachlich ausgewiesene PD Dr. O. mit der Durchführung der Untersuchung beauftragen. Es ist nicht erkennbar, dass Prof. Dr. L. lediglich eine bloÃ⊓e â∏∏ nicht genügende â∏∏ Plausibilitätsprüfung vorgenommen hat. Darüber hinaus steht der Verwertbarkeit des vorläufigen Gutachtens nicht entgegen, dass die Untersuchung der Kl\(\tilde{A}\)\(\tilde{g}\)erin nicht \(\tilde{A}^{1}\)\(\tilde{d}\)ber eine Dauer von 24 Stunden erfolgt ist. Die Beweisanordnung war auf eine stationÄxre Untersuchung der Klägerin â∏Dis zu 2 Tagenâ∏ gerichtet. Damit sollte nicht die Dauer der Untersuchung der Klägerin vorgegeben, sondern vielmehr dem SachverstĤndigen ermĶglicht werden, bei Bedarf eine entsprechend umfangreiche Untersuchung durchzufļhren. Auch der Hinweis des ProzessbevollmĤchtigten, dass die Untersuchung der KlĤgerin wegen ihrer geistigen Behinderung nur eingeschrĤnkt mĶglich gewesen sei, steht nicht gegen die Verwertbarkeit des gerichtlich veranlassten Gutachtens, da diese Erkrankung den SachverstĤndigen offensichtlich bekannt war und sowohl bei der Untersuchung wie auch der Auswertung der Untersuchungsergebnisse berücksichtigt worden ist.

Aufgrund der vorliegenden Gutachten ist daher (nunmehr) davon auszugehen, dass eine 24-stündige Behandlungspflege der Klägerin im streitigen Zeitraum aus medizinischen Gründen nicht erforderlich gewesen ist.Â

Die Kostenentscheidung beruht auf <u>§ 193 SGG</u>.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen von <u>ŧ 160 Abs. 2 SGG</u> nicht vorliegen.

Erstellt am: 04.01.2022

Zuletzt verändert am: 22.12.2024