
S 8 KR 672/14

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hessen
Sozialgericht	Sozialgericht Darmstadt
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 8 KR 672/14
Datum	17.07.2017

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-
-------	---

1.Â Â Â Die Klage wird abgewiesen.

2.Â Â Â Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

â□□

Tatbestand

Die Beteiligten streiten in diesem Verfahren um Leistungen der 24 Stunden-Behandlungspflege f¼r den Zeitraum vom 15.7.2014 bis zum 14.10.2014.Â

Die KlÃ¤gerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert.Â

Sie leidet seit ihrer Geburt insbesondere an einer geistigen Behinderung mit einer schweren HirnschÃ¤digung. Sie erhielt im streitgegenstÃ¤ndlichen Zeitraum von der Pflegekasse Leistungen nach der Pflegestufe III in Form des Pflegegeldes. Seit Anfang des Jahres 2013 leidet die KlÃ¤gerin zudem an einer chronischen Bronchitis. Bis April 2013 wurde die Pflege der KlÃ¤gerin von der Schwester und der Betreuerin der KlÃ¤gerin Ã¼bernommen. Diese sahen sich dann zur Ãbernahme der Pflege dann aber nicht mehr in der Lage.

Dem hier anhängigen Verfahren gingen bereits folgende Verfahren voraus: 5 Hauptsacheverfahren mit den Az. [S 8 KR 653/13](#), [S 8 KR 99/14](#), [S 8 KR 276/14](#), [S 8 KR 450/14](#) und [S 8 KR 449/14](#) die durch rechtskräftige Entscheidung des Hessischen Landessozialgerichts in den Verfahren mit den Az. [L 1 KR 280/14](#), [L 1 KR 281/14](#), [L 1 KR 282/14](#), [L 1 KR 284/14](#) und [L 1 KR 283/14](#) bereits abgeschlossen wurden. In diesen Verfahren, die den Zeitraum vom 28.8.2013 bis zum 14.7.2014 betrafen, wurden die Klagen der Klägerin abgewiesen und ihre Berufungen zurückgewiesen. Dem voran gingen 3 einstweilige Rechtsschutzverfahren mit den Az. [S 8 KR 348/13 ER](#) und [S 8 KR 796/13 ER](#) und [S 8 KR 282/14 ER](#), während denen der Klägerin im Rahmen des Beschwerdeverfahrens vor dem Hessischen Landessozialgericht aufgrund einer Folgenabwägung vorläufig Leistungen bis Januar 2015 gewährt wurden. Diesen Verfahren liegt folgender Sachverhalt zugrunde:

Am 30.4.2013 verordnete der Internist und Lungenarzt Dr. E. der Klägerin erstmals für den Zeitraum vom 29.4.2013 bis 26.5.2013 eine 24-Stunden-Behandlungspflege, spezialisierte Krankenbeobachtung durch examiniertes Fachpersonal, Krisenbereitschaft für Absaugungen mehrfach täglich nach Bedarf und intermittierende Sauerstoffgaben. Seit dem 30.4.2013 verordnete Dr. E. dann durchgehend 24 Stunden-Behandlungspflege, spezialisierte Krankenbeobachtung durch examiniertes Fachpersonal, Krisenbereitschaft für Absaugungen mehrfach täglich nach Bedarf und intermittierende Sauerstoffgaben.

Die Beklagte lehnte die beantragten Leistungen durch Bescheid und Widerspruchsbescheid jeweils ab. Dem zugrunde lagen Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK). Am 3.6.2013 kam der MDK zum Ergebnis, dass die Erforderlichkeit einer 24-Stunden-Intensivpflege mit spezieller Krankenbeobachtung durch Fachpersonal nicht nachvollziehbar sei. Im Gutachten vom 12.7.2013 führte der MDK nach einem Hausbesuch am 10.7.2013 aus:

„Zusammenfassend ist aus sozialmedizinischer Sicht eine 24-Stunden-Behandlungspflege nach [Â§ 37 SGB V](#) zumindest ab dem Begutachtungstag 10.7.2013 nicht nachvollziehbar. Die bisher vorgelegten ärztlichen Unterlagen begründen nicht plausibel die medizinische Notwendigkeit einer 24-Stunden-Behandlungspflege nach [Â§ 37 SGB V](#) vom 29.4.2013 bis zum 9.7.2013.“ (vgl. Bl. 78-81 der Gerichtsakte [S 8 KR 348/13 ER](#))

Dies bestätigte der MDK erneut im Gutachten vom 19.7.2013 (vgl. Bl. 108-112 der Gerichtsakte [S 8 KR 348/13 ER](#)) und vom 28.8.2013 (Bl. 202-210 der Gerichtsakte [L 1 KR 252/13 B ER](#)).

In dem vom Gericht in den vorangegangenen Verfahren in Auftrag gegebenen Gutachten des Sachverständigen Dr. F. vom 20.1.2014 heißt es auszugsweise:

„Aufgrund der bei der jetzigen Begutachtung erhobenen Untersuchungsbefunde, den vorliegenden ärztlichen Befundbericht, vor allen Dingen auch unter Berücksichtigung der bisherigen, sehr umfangreichen und ausführlichen Begutachtungen (â), kann derzeit die Notwendigkeit für eine 24-stündige Behandlungspflege nicht abgeleitet werden.“

-
- 1.Â Â Â Der Husten wirkt bei der jetzigen Begutachtung keinesfalls produktiv.
 - 2.Â Â Â Die vorgenommenen Absaugungen sind entsprechend der Ausführung der Schwester der Klägerin, den Ausführungen in den Pflegedokumentationen und den ärztlichen Befunddokumentationen, die nicht durch die Begutachtung erstellt worden sind, offenbar nicht im Sinne von endotrachealen Absaugungen zu sehen.
 - 3.Â Â Â Eine organische Ursache ist letztendlich nicht abgeklärt worden. Die körperlichen Untersuchungen während der jetzigen Begutachtung und auch die Befunddokumentationen in der Gerichts- und der Beklagtenakte lassen keinesfalls den Schluss zu, dass bei der Klägerin tatsächlich eine so hohe Schleimproduktion von Seiten der Atemwege besteht, dass hierdurch eine vitale Gefährdung entsteht.  
(vgl. Bl. 120-145 der Gerichtsakte [S 8 KR 796/13 ER](#))

In der mündlichen Verhandlung am 25.8.2014 in den Verfahren mit den Az. [S 8 KR 653/13](#), [S 8 KR 99/14](#), [S 8 KR 276/14](#), [S 8 KR 450/14](#) und [S 8 KR 449/14](#) erläuterte der Sachverständige Dr. F. sein Gutachten. In der Niederschrift heißt es:

  Aufgrund der vorliegenden ärztlichen Befundberichte, die zum Zeitpunkt der durch mich vorgenommenen körperlichen Untersuchung im häuslichen Umfeld am 13.01.2014 vorgelegen haben ergibt sich hier keine organische Begründung für die Notwendigkeit einer regelmäßigen Absaugung durch die Luftröhre.

Dies war im Rahmen der Begutachtung auch nicht festzustellen.

Unter Berücksichtigung der in dem von mir erstellten Gutachten nachgereichten ärztlichen Befundberichte insbesondere der endoskopischen Untersuchung des Schluckaktes ist dann folgendes dokumentiert:

Bei der Klägerin finden sich auch in den vorliegenden nachgereichten Befundberichten, einmal des behandelnden Hals-Nasen-Ohrenarztes bei der Durchführung einer endoskopischen Untersuchung des Schluckaktes keine Hinweise für eine organische Ursache.
Hier wird der Schluckakt zwar als gestört beschrieben, dies aber auf dem Boden einer mangelnden Mitarbeit (Compliance).

In dem Befundbericht des Elisabethenstifts Darmstadt wird weiterhin ausgeführt, dass bei der Klägerin eine chronische Bronchitis besteht.
Die in diesem Befundbericht aufgeführte Computertomographische Untersuchung des Brustkorbes und der Bronchien zeigt aber keinen relevanten pathologischen Befund. Insbesondere finden sich keine Hinweise dafür, dass bei der Klägerin innerhalb des Bronchialsystems größere Mengen an Sekret vorhanden sind, die die Notwendigkeit einer regelmäßigen Absaugung in der Luftröhre rechtfertigen würden.

In dem zusammenfassenden Befundbericht wird zwar ausgeführt, dass bei der Klägerin eine chronische Bronchitis besteht.
Andererseits wird in dem beigefügten zusätzlichen Attest ausgeführt, dass

regelmäßig eine Absaugung 24-Stunden am Tag sowohl im Bereich des Mundes als auch im Bereich der Luftröhre erforderlich sei.

Für diese Ausführung wird eine medizinische Begründung allerdings nicht gegeben.

Zusammengefasst ist bei dem oben genannten Sachverhalt folgendes festzuhalten:

1. Es liegt keine körperliche Ursache dafür vor, dass bei der Klägerin eine organische Schluckstörung besteht.
2. Es liegt keine organische Ursache dafür vor bzw. eine solche ist nicht erkennbar, dass bei der Klägerin regelmäßig eine Absaugung durch die Luftröhre erfolgen muss.
3. Die Absaugung, die angegeben wird, erscheint wahrscheinlich sich ausschließlich auf den Bereich des Mund-, Rachenbereiches zu beschränken.
4. Es ist darauf hinzuweisen, dass, sollte tatsächlich bei der Klägerin eine Absaugung der Luftröhre erforderlich sein, dies nur unter entsprechenden medizinischen begleitenden Sicherheitsmaßnahmen (Intubationsbereitschaft, Reanimationsbereitschaft, Vorhandensein einer Sauerstoffabgabe) durchzuführen ist.

Zusammengefasst bleibt festzuhalten, dass aufgrund der vorliegenden Befunde insbesondere auch aufgrund der nachgereichten ärztlichen Befunde die Notwendigkeit einer regelmäßigen Absaugung von Sekret aus der Luftröhre sich nicht ergibt.

Auf die Frage, ob im Zusammenhang mit dem Auftreten einer akuten Bronchitis eine Absaugung erforderlich ist, ist dies so nicht zu bestärken.

Eine notwendige Absaugung von Sekret aus der Luftröhre im Zusammenhang mit einer entsprechend schweren Infektion der oberen oder der tiefen Atemwege setzt voraus, dass eine Einschränkung der Atemkapazität also eine sogenannte respiratorische Insuffizienz auftritt.

Wenn eine solche respiratorische Insuffizienz auftritt, verlangt dies zwingend einen stationären Aufenthalt im Krankenhaus. Erstens sind nur dort die entsprechenden diagnostischen Möglichkeiten (technische Untersuchung durch Röntgen der Lunge, der Atemwege, technische Untersuchungen der Blutgase) möglich.

Zum zweiten ist dann eine Absaugung aus der Luftröhre von Sekret erforderlich, wenn eine solche vermehrte Schleimproduktion und zusätzlich eine entsprechende respiratorische Insuffizienz vorliegt. (vgl. Bl. 163 -168 der Gerichtsakte [S 8 KR 653/13](#))

Im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzverfahren mit dem Az. [L 1 KR 266/14 B ER](#) gab das Hessische Landessozialgericht sodann ein Gutachten bei dem Sachverständigen Prof. Dr. G. in Auftrag, der am 7.1.2015 ein vorläufiges Gutachten übersandte. Darin wurde ausgeführt, dass die Klägerin nicht unter nennenswerten Schluckstörungen leide. Es sei diesbezüglich keine Therapie notwendig. Ein Absaugen sei nicht erforderlich. Daraufhin hat der 1. Senat des Hessischen Landessozialgerichts den Bewilligungsbeschluss für vorläufige

Leistungen am 14.1.2015 aufgehoben.

Im ebenfalls anhängigen Berufungsverfahren (Az. [L 1 KR 280/14](#)) führte der Sachverständigen Prof. Dr. G. im ausführlichen Gutachten insbesondere aus:

„Auf phoniatrischem und HNO-fachärztlichen Gebiet lassen sich nach Zusammenstellung der Anamnese und der eigens erhobenen Befunde zum jetzigen Zeitpunkt folgende Diagnosen stellen:

1. Diskrete buccofaziale Dyspraxie und myofunktionelle Störungen

2. Ausschluss einer therapierelevanten und vitalgefährdenden Schluckstörung

3. Ausschluss einer Hypersalivation; insbesondere endoskopisch sicherer Ausschluss von absaugrelevantem Sekret im Bereich des Mundes, Rachen, Kehlkopfes und des sog. subglottischen Raumes.

(„“)

Während der phoniatrischen und HNO-fachärztlichen Untersuchung vom 27.10.2014 zeigt sich weder ein Hinweis auf eine Dyspnoe (Luftnot), noch auf eine Hypersalivation. Zugleich findet sich, wie in allen ärztlichen Unterlagen dokumentiert, kein Hinweis auf eine Zyanose (Blauverfärbung der Haut als Hinweis auf einen Sauerstoffmangel), die laut Angabe der Angehörigen regelmäßig auftritt. („“) Das Vorhandensein von Sekreten im Mund-, Rachenraum sowie des subglottischen Raumes konnte am 27.10.2014 trotz erschwelter

Untersuchungsbedingung endoskopisch sicher ausgeschlossen werden. Der von der Klägerin geäußerte gleichmäßige Husten, der weniger einem Reizhusten, den mehr einem Tic entspricht, imponiert kräftig und trocken, keinesfalls abgeschwächt und damit unauffällig. Ebenso kann eine vitalgefährdende Schluckstörung am 27.10.2014 mittels einer der beiden Goldstandards in der Schluckdiagnostik, der FEES nach Langmore-Standard ausgeschlossen werden.

(„“)

Dazu ist anzumerken, dass die Trachea in der medizinischen Terminologie der Luftröhre entspricht und nicht wie hier angegeben dem darüber liegenden Rachenbereich. Das macht zum einen die Angaben des Pflegedienstes widersprüchlich („“) Zum anderen ist nicht klar erkennbar, ob seitens

Pflegedienst damit tatsächlich die Trachea im Fokus des Absaugens stand.

Dieser Zweifel ist insofern berechtigt, als dass ein endotracheales Absaugen bei nicht vorhandener Tracheostoma durch den Kehlkopf und Stimmlippen hindurch erfolgen muss, was bei normaler Kehlkopfsensibilität, wie sie bei der Klägerin vorliegt, in wachen nicht sediertem Zustand kaum zu ertragen ist, zur heftigsten Hustenreiz und Abwehrverhalten führt und bei drohender Auslösung eines Glottiskrampfes stets nur unter Intubations- und Reanimationsbereitschaft erfolgen sollte.

(„“)

Nach ausgiebiger phoniatrischer und HNO-ärztlicher Diagnostik ist bei fehlender Schluckstörung und fehlendem Nachweis von Sekretansammlungen keine zusätzliche Krankenpflege und Krankenbeobachtung erforderlich. Insbesondere lässt sich aus phoniatrischer Sicht nicht die Notwendigkeit der geforderten und hier gegenständlichen 24-stündigen Behandlungspflege ableiten.

(vgl. Bl. 177-227 der Gerichtsakte [L 1 KR 280/14](#))

Nachdem die Klägerin einen Bericht des Luisenkrankenhauses in Lindenfels vorgelegt hatte, wonach sie 2 Tage stationär mit produktivem Husten behandelt worden sei, holte das Landessozialgericht ein Ergänzungsgutachten des Sachverständigen Prof. Dr. G. ein. Der Sachverständige führte aus, dass dieser Bericht keinen Einfluss auf das Ergebnis des Gutachtens habe. Es werde lediglich ein kurzes und akutes Ereignis beschrieben. Daraufhin wurden die Berufungen der Klägerin gegen die klageabweisenden Urteile des Sozialgerichts Darmstadt zurückgewiesen.

Im hier anhängigen Verfahren mit dem Az. [S 8 KR 672/14](#) geht es nun um Leistungen der 24 Stunden-Behandlungspflege für den Zeitraum vom 15.7.2014 bis 14.10.2014. Dafür stellte Dr. E. am 3.7.2014 der Klägerin eine weitere Verordnung für eine 24-stündige Behandlungspflege aus. Auf die am 5.8.2014 eingereichte Verordnung lehnte die Beklagte die gewünschte Leistung mit Bescheid vom 6.8.2014 ab. Die Beklagte bezog sich auf die in den vorherigen Verfahren eingeholten Gutachten des MDK.

Die Klägerin legte Widerspruch ein und legte Behandlungsunterlagen ihrer behandelnden Ärzte vor. Sie führte aus, dass die Behandlungspflege zur Vermeidung lebensbedrohlicher Zustände erforderlich sei. Die Klägerin leide unter einer chronischen Bronchitis mit ständiger Verschleimung und heftigen Hustenattacken, die ihr Schmerzen bereiten. Das Absaugen des Sekrets sei für die Erleichterung der Atmung erforderlich. Bei nicht sachgerechter Absaugung reagiere die Klägerin panisch, da sie das Gefühl habe, dass sie ersticken müsse.

Mit Widerspruchsbescheid vom 25.9.2014 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück. Zur Begründung ihrer Entscheidung berief sich die Beklagte auf die Gutachten des MDK.

Am 23.10.2014 hat die Klägerin Klage vor dem Sozialrecht Darmstadt erhoben.

Die Klägerin ist weiterhin der Auffassung, dass ihr die verordnete Leistung der 24 Stunden-Behandlungspflege zustehe. Sie leide unter einem Down-Syndrom mit schwerer Hirnschädigung, einer Schädigung vegetativen Steuerungsfunktionen, schweren Schluckstörungen und Aspirationsgefahr. Die Klägerin hält die Gutachten aus den Vorverfahren nicht für überzeugend. Sie verweist auf die Stellungnahmen ihrer behandelnden Ärzte sowie auf eine Stellungnahme von Dr. H. vom 20.6.2017.

Die Klägerin beantragt:

1. Der Bescheid der Beklagten vom 06.08.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.09.2014 wird aufgehoben.
2. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin eine 24-Stündige Behandlungspflege in Form einer speziellen Krankenbeobachtung durch qualifiziertes Pflegepersonal gemäß der ärztlichen Verordnung des Dr. E. vom 03.07.2014 für den Zeitraum vom 15.07.2014 bis 14.10.2014 als Sachleistung zu genehmigen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.Â

Die Beklagte verweist auf ihre Bescheide und auf die Gutachten des MDK.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie auf den Inhalt der Gerichtsakten mit den Aktenzeichen [S 8 KR 796/13 ER](#), [L 1 KR 77/14 B ER](#), [S 8 KR 348/13 ER](#), [L 1 KR 252/13 B ER](#), [S 8 KR 653/13](#), [L 1 KR 280/14](#), [S 8 KR 99/14](#), [L 1 KR 281/14](#), [S 8 KR 276/14](#), [L 1 KR 282/14](#), [S 8 KR 449/14](#), [L 1 KR 283/14](#), [S 8 KR 450/14](#), [L 1 KR 284/14](#), [S 8 KR 282/14 ER](#) und [L 1 KR 266/14 B ER](#), die zu dem vorliegenden Verfahren beigezogen wurden.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Klage ist nicht begründet. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege für 24-Stunden täglich gemäß der ärztlichen Verordnung des Dr. E. vom 03.07.2014 für den Zeitraum vom 15.07.2014 bis 14.10.2014

Im Einzelnen:

1.
Gemäß [   37 Abs. 2 S. 1 SGB V](#) erhalten Versicherte in ihrem Haushalt als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Der Anspruch umfasst nach [   37 Abs. 2 S. 1](#), 2. Halbsatz SGB V verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den F  llen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den [    14](#) und [15 SGB XI](#) zu berücksichtigen ist. Als Ziele der ärztlichen Behandlung im Sinne des [   37 Abs. 2 S. 1 SGB V](#) kommen die in [   27 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) genannten Ziele der Krankenbehandlung in Betracht. Gemäß [   27 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Gemäß [   27 Abs. 1 S. 2 Nr. 4 SGB V](#) umfasst die Krankenbehandlung auch die häusliche Krankenpflege.Â

Gemäß [   37 Abs. 3 SGB V](#) besteht der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.Â

Gemäß [   37 Abs. 6 SGB V](#) legt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach [   92 SGB V](#) fest, an welchen Orten und in welchen F  llen Leistungen der Häuslichen Krankenpflege erbracht werden können. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat

hier die „Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege“ erlassen, die im vorliegenden Fall in der Version vom 17.7.2014 maßgebend sind. Gemäß § 1 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege, Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (Krankenpflege-RL) sind die in der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege dem der Richtlinie als Anlage beigefügten Leistungsverzeichnis zu entnehmen. Gemäß § 1 Abs. 4 S. 2 Krankenpflege-RL sind dort nicht aufgeführte Maßnahmen grundsätzlich nicht als häusliche Krankenpflege verordnungs- und genehmigungsfähig.

In den Nr. 6 ff. des Anhangs der Krankenpflege-RL sind Leistungen der Behandlungspflege aufgelistet. Ausweislich der Vorbemerkung zu den Nr. 6 ff. des Anhangs der Krankenpflege-RL ist die allgemeine Krankenbeobachtung Bestandteil jeder einzelnen Leistung der häuslichen Krankenpflege und von daher nicht gesondert verordnungsfähig.

Nr. 6 des Anhangs der Krankenpflege-RL definiert dabei, dass unter dem „Absaugen“ im Sinne der Krankenpflege-RL insbesondere das Absaugen der oberen Luftwege zu verstehen ist bei hochgradiger Einschränkung der Fähigkeit zum Abhusten / der bronchialen Selbstreinigungsmechanismen z.B. bei schwerer Emphyse, Bronchitis, Aids, Mukoviszidose, beatmeten Patienten oder Patienten.

In Nr. 24 der Anlage zur Krankenpflege-RL ist die spezielle Krankenbeobachtung konkretisiert. Dabei handelt es sich um eine kontinuierliche Beobachtung und Intervention mit den notwendigen medizinisch pflegerischen Maßnahmen, sowie um die Dokumentation der Vitalfunktionen wie Puls, Blutdruck, Temperatur, Haut und Schleimhaut einschließlich aller in diesem Zeitraum anfallenden pflegerischen Maßnahmen. Die Leistung ist ausweislich der Bemerkung zu Nr. 24 der Anlage zur Krankenpflege-RL verordnungsfähig wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit sofortige pflegerische bzw. ärztliche Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen täglich erforderlich ist und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können. Die spezielle Krankenbeobachtung setzt die permanente Anwesenheit der Pflegekraft über den gesamten Versorgungszeitraum voraus. Zur speziellen Krankenbeobachtung gehören auch die dauernde Erreichbarkeit der Ärztin oder des Arztes und die laufende Information der Ärztin oder des Arztes über Veränderungen der Vitalzeichen. Auch dadurch wird noch einmal verdeutlicht, dass die allgemeine Krankenbeobachtung Bestandteil jeder pflegerischen Leistung ist.

Begrenzt werden die Ansprüche nach dem SGB V darüber hinaus noch durch das sogenannte Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 Abs. 1 SGB V](#). Danach gilt, dass die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

2. Â

Die dargestellten Voraussetzungen liegen im vorliegenden Fall der KlÃ¤gerin zu Ã¼berzeugung der Kammer nicht vor.Â

Die Kammer stÃ¼tzt diese Auffassung auf die Ã¼berzeugenden und schlÃ¼ssigen Gutachten des MDK, des SachverstÃ¤ndigen Dr. F. und des SachverstÃ¤ndigen Prof. Dr. G.

Die Kammer verweist insoweit zunÃ¤chst auf die BeschlÃ¼sse des Hessischen Landessozialgerichts in den Verfahren mit den Aktenzeichen L1 KR 280/14, L1 KR 281/14, [L 1 KR 282/14](#), L1 KR 284/14 und L1 KR 283/14 und schlieÃlich den dortigen AusfÃ¼hrungen vollumfÃ¤nglich an. Auszugsweise heiÃt es in der Entscheidung mit dem Aktenzeichen [L 1 KR 280/14](#) zutreffend und Ã¼berzeugend:

â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 PflegemaÃ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 verhÃ¤ten oder Krankheitsbeschwerden zu verhindern oder zu lindern, wobei diese MaÃnahmen 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](#)).

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

Dr. K. (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 Anhörung in der mündlichen 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. K. ferner ausgeführt, dass auch nach der Vorlage weiterer Befundberichte (insbesondere über die endoskopische Untersuchung des Schluckaktes und die computertomografische Untersuchung des Brustkorbes (keine organische Ursache dafür erkennbar ist, wegen derer bei der Klägerin regelmäßig eine Absaugung durch die Luftröhre (d.h. auch unterhalb des Kehlkopfes) erfolgen müsste. Die bislang erfolgten Absaugungen dürften ausschließlich den Mund- und Rachenbereich betroffen haben. Im übrigen sei eine Absaugung der Lunge nur unter entsprechenden begleitenden medizinischen Sicherheitsmaßnahmen (Intubationsbereitschaft, Reanimationsbereitschaft, Vorhandensein einer Sauerstoffabgabe) durchzuführen. Es sei weiterhin diagnostisch nicht abgeklärt, in welchem Umfang eine Schluckstörung vorliege, welche Ursachen sie habe und wie sie zu behandeln sei.

Die daraufhin vom Senat veranlasste Begutachtung durch Prof. Dr. E./PD Dr. M. (Klinik der Hals-/Nasen-/Ohrenheilkunde Klinikum der Goethe-Universität Frankfurt am Main) nach Untersuchung der Klägerin hat ausweislich des vorläufigen Gutachtens vom 7. Januar 2015 und des endgültigen 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.

Dem stehen auch nicht die Feststellungen von Dr. F. entgegen. Wie Prof. Dr. E./PD Dr. M. ausgeführt haben, ist nicht ersichtlich, auf welcher Grundlage dieser eine neurogene Schluckstörung diagnostiziert hat. Insbesondere ist, so die Gutachter, keine apparative Schluckdiagnostik (weder Videofluoroskopie noch FEES®) dokumentiert. Auch sei nicht ersichtlich, mit welcher Abklärung Dr. F. die Genese einer potentiellen Schluckstörung als neurogen habe definieren und von einer strukturellen Schluckstörung habe abgrenzen können. Das von ihnen (Prof. Dr. E./PD Dr. M.) festgestellte Untersuchungsergebnis entspreche zudem den Angaben des HNO-Arzt (Dr. N. vom 7. März 2014, der oropharyngeal unauffällige Schleimhäute dokumentiert sowie einen transnasal flexibel endoskopisch dargestellten Kehlkopf ohne pathologischen Befund angeführt habe. Bronchiale Sekrete seien mittels CT des Brustkorbes vom 10. März 2014 ausgeschlossen worden. Ferner seien die Angaben des Pflegedienstes, dass tracheale Absaugungen notwendig seien, nicht nachvollziehbar. Prof. Dr. E./PD Dr. M. bezweifeln, dass tatsächlich die Trachea im Fokus des Absaugens gestanden habe. Eine endotracheale Absaugung müsste bei nicht vorhandenem Tracheostoma durch den Kehlkopf und Stimmlippen hindurch erfolgen. Bei normaler Kehlkopfsensibilität, wie sie bei der Klägerin vorliege, sei dies im wachen, nicht

siedierten Zustand kaum zu ertragen und fÃ¼hrte 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 mÃ¶ssen, hÃ¤tten sich weder in der gutachterlichen Untersuchung vom 27. Oktober 2014 noch in der am 7. MÃ¤rz 2014 durch Dr. N. durchgefÃ¼hrten HNO-Ã¤rztlichen Untersuchung dargestellt.

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

(â)

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

Diese zutreffenden AusfÃ¼hrungen gelten nach wie vor auch fÃ¼r den streitgegenstÃ¤ndlichen Zeitraum vom 15.7.2014 bis 14.10.2014. Die Kammer geht ebenfalls vor dem Hintergrund der zahlreichen Gutachten des MDK, des SachverstÃ¤ndigen Dr. F. und des SachverstÃ¤ndigen Prof. Dr. G. davon aus, dass von der medizinischen Erforderlichkeit der streitgegenstÃ¤ndlichen Behandlungssicherungspflege nicht ausgegangen werden kann. Zur Vermeidung von Wiederholungen nimmt die Kammer auf die zutreffenden AusfÃ¼hrungen in den Gutachten sowie in den zitierten Entscheidungen des Hessischen Landessozialgerichts Bezug. Dem ist seitens der Kammer nichts weiter hinzuzufÃ¼gen.

Soweit die KlÃ¤gerin kurz vor dem Termin noch mal Behandlungsunterlagen vorgelegt hat und ausgefÃ¼hrt hat, dass die Gutachten aus den Vorverfahren nicht Ã¼berzeugend seien, vermag dies die Kammer nicht zu Ã¼berzeugen. Die EinwÃ¤nde gegen die Gutachten waren bereits in den Verfahren vor dem Hessischen Landessozialgericht vorgebracht worden, insbesondere auch der Bericht des Luisenkrankenhauses in Lindenfels vom 15.5.2015 sowie der Bericht des Medizinischen Versorgungszentrums am Elisabethenstift war dem SachverstÃ¤ndigen Prof. Dr. G. bekannt. Der SachverstÃ¤ndige hat jedoch mit nachvollziehbaren und Ã¼berzeugenden GrÃ¼nden dargelegt, dass sich aus diesen Berichten die Notwendigkeit der streitgegenstÃ¤ndlichen Behandlung nicht ergebe.â

Neu vorgelegt hat die KlÃ¤gerin nunmehr lediglich die Stellungnahme des Dr. H. vom 20.6.2017. Nach Auffassung der Kammer ergeben sich auch daraus keine Anhaltspunkte, die die Notwendigkeit der streitgegenstÃ¤ndlichen Behandlung entgegen der zahlreichen vorgelegten Gutachten bestÃ¤tigen kÃ¶nnte. Dies gilt

insbesondere vor dem Hintergrund, dass die streitgegenständlichen Gutachten überwiegend aus dem Zeitraum stammen, der hier zwischen der Klägerin und der Beklagten in den Verfahren mit den Az. [S 8 KR 672/14](#), [S 8 KR 130/15](#), [S 8 KR 282/15](#) und [S 8 KR 30/16](#) streitgegenständig sind und in denen persönliche Untersuchungen der Klägerin durch die Sachverständigen durchgeführt wurden. Für die Kammer ist nicht ersichtlich, dass ein 2 Jahre später erstellter Befundbericht die überzeugenden Gutachten des MDK, des Sachverständigen Dr. F. und des Sachverständigen Prof. Dr. G. in Frage stellen könnten. Dafür ist nach Auffassung der Kammer kein Anhaltspunkt ersichtlich.

3.

Vor dem dargelegten Hintergrund war die Klage abzuweisen.

Zu weiteren Ermittlungen musste sich das Gericht nicht gedrängt fühlen (vgl. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, 11. Auflage, [Â§ 103 SGG](#), Rn. 4a, 5).

4.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 SGG](#) und entspricht dem Ausgang des Verfahrens.

Erstellt am: 04.01.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024