S 8 KR 653/13

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	S 8 KR 653/13
Datum	25.08.2014

2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 KR 280/14
Datum	18.05.2016

3. Instanz

Datum	-

Die Klage wird abgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Tatbestand

Streitig sind Leistungen der hÃ¤uslichen Krankenpflege fÃ¼r 24 Stunden tÃ¤glich ohne Anrechnung von Grundpflegezeiten und ohne Anrechnung von Leistungen der Pflegestufe III.

Die KlÃ¤gerin ist bei der Beklagten krankenversichert. Die KlÃ¤gerin ist geistig behindert und bekommt von der Pflegekasse der AOK Hessen Leistungen nach der Pflegestufe III in Form des Pflegegeldes. Seit Anfang des Jahres 2013 leidet die KlÃ¤gerin zudem an einer chronischen Bronchitis. Am 30.04.2013 verordnete der Internist und Lungenarzt Dr. D. fÃ¼r den Zeitraum vom 29.04.2013 bis 26.05.2013 24 Stunden Behandlungspflege, spezialisierte Krankenbeobachtung durch examiniertes Fachpersonal, Krisenbereitschaft fÃ¼r Absaugungen mehrfach tÃ¤glich nach Bedarf und intermittierende Sauerstoffgaben.

Am 27.05.2013 verordnete Dr. D. fÃ¼r den Zeitraum vom 27.05.2013 bis 27.08.2013 erneut 24 Stunden Behandlungspflege, spezialisierte Krankenbeobachtung durch examiniertes Fachpersonal, Krisenbereitschaft fÃ¼r Absaugungen mehrfach tÃ¤glich nach Bedarf und intermittierende Sauerstoffgaben.

Mit Bescheid vom 06.06.2013 lehnte die Beklagte die KostenÃ¼bernahme fÃ¼r die beantragte 24-Stunden Behandlungspflege betreffend den Zeitraum vom 29.04.2013 bis 26.05.2013 ab. Zur BegrÃ¼ndung fÃ¼hrte die Beklagte aus, der medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) habe im Rahmen eines Gutachtens nach Aktenlage festgestellt, dass kein hinreichender Bedarf vorliege.

Mit einem weiteren Bescheid vom 06.06.2013 lehnte die Beklagte die KostenÃ¼bernahme fÃ¼r die beantragte 24-Stunden Behandlungspflege betreffend den Zeitraum vom 27.05.2013 bis 27.08.2013 ebenfalls mit derselben BegrÃ¼ndung ab.

Gegen den Bescheid vom 06.06.2013, betreffend den Zeitraum vom 27.05.2013 bis 27.08.2013 erhob die KlÃ¤gerin am 10.06.2013 Widerspruch. Gegen den Bescheid vom 06.06.2013, betreffend den Zeitraum vom 29.04.2013 bis 26.05.2013 erhob die KlÃ¤gerin am 14.06.2013 Widerspruch.

Mit dem Widerspruchsbescheid vom 06.09.2013 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegrÃ¼ndet zurÃ¼ck. Zur BegrÃ¼ndung fÃ¼hrte die Beklagte aus, nach den Feststellungen des MDK seien die Voraussetzungen der Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses Ã¼ber die Verordnung von hÃ¤uslicher Krankenpflege nach Â§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V im Fall der KlÃ¤gerin nicht erfÃ¼llt. Eine schwergradige Atemwegsinfektion mit respiratorischer Insuffizienz bestehe nicht. Die SauerstoffsÃ¤ttigung habe mit 94 % annÃ¤hernd im Normalbereich gelegen. Beatmungspflicht habe ebenfalls nicht bestanden.

Am 09.10.2013 hat die KlÃ¤gerin hiergegen Klage erhoben. Zur BegrÃ¼ndung trÃ¤gt die KlÃ¤gerin vor, entgegen der Annahme der Beklagten reiche es keinesfalls aus, dass ab und zu jemand nach der KlÃ¤gerin sieht und bei Anzeichen fÃ¼r einen Hilfebedarf einen Arzt oder eine Pflegekraft herbeiruft. Erforderlich sei eine stÃ¤ndige Anwesenheit einer zur Krisenintervention bereiten Hilfskraft. Die Sekretverlegungen und die damit einhergehenden Atemprobleme der KlÃ¤gerin wÃ¼rden unvorhersehbar und unplanbar in unregelmÃ¤Ãiger Folge und Schwere auftreten und kÃ¶nnten nur durch ein umgehendes eingreifen unter Einsatz des AbsauggerÃ¤tes nebst Sauerstoffgabe verhindert werden.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 06.06.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.09.2013 zu verurteilen, der KlÃ¤gerin im Zeitraum vom 29.04.2013 bis 27.08.2013 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 Klage abzuweisen.

Zur BegrÃ¼ndung verweist die Beklage auf die angefochtenen Bescheide.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch die Einholung eines SachverstÃ¤ndigengutachtens gemÃ¤Ã Â§ 106 Sozialgerichtsgesetz (SGG) durch Dr. E. aufgrund einer Untersuchung der KlÃ¤gerin in hÃ¤uslicher Umgebung.

Wegen der weiteren Einzelheiten, auch im Vorbringen der Beteiligten, wird auf die Gerichts- und Beklagtenakte verwiesen, deren Inhalt Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung gewesen ist.

EntscheidungsgrÃ¼nde

Die zulÃ¤ssige Klage ist nicht begrÃ¼ndet. Die angefochtenen Bescheide sind rechtmÃ¤Ãig und verletzen die KlÃ¤gerin nicht in ihren Rechten. Die KlÃ¤gerin hat keinen Anspruch auf Leistungen der hÃ¤uslichen Krankenpflege fÃ¼r 24-Stunden tÃ¤glich ohne Anrechnung von Grundpflegezeiten und ohne Anrechnung von Leistungen der Pflegestufe III.

GemÃ¤Ã Â§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V erhalten Versicherte in ihrem Haushalt, ihrer Familie etc. als hÃ¤usliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der Ã¤rztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst nach Â§ 37 Abs. 2 Satz 1, 2. Halbs. SGB V verrichtungsbezogene krankheitsspezifische PflegemaÃnahmen auch in den FÃ¤llen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der PflegebedÃ¼rftigkeit nach den Â§Â§ 14 und 15 SGB XI zu berÃ¼cksichtigen ist. Als Ziele der Ã¤rztlichen Behandlung im Sinne des Â§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V kommen die in Â§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V genannten Ziele der Krankenbehandlung in Betracht. GemÃ¤Ã Â§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhÃ¼ten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. GemÃ¤Ã Â§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB V umfasst die Krankenbehandlung hÃ¤usliche Krankenpflege. GemÃ¤Ã Â§ 37 Abs. 3 SGB V besteht der Anspruch auf hÃ¤usliche Krankenpflege nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann. FÃ¼r Art und Umfang der hÃ¤uslichen Krankenpflege sind die â Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses Ã¼ber die Verordnung von hÃ¤uslicher Krankenpflegeâ in der Fassung vom 17.09.2009 aufgrund von Â§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, Abs. 7 SGB V maÃgebend. Ebenso wie fÃ¼r neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemÃ¤Ã Â§ 135 SGB V ist die Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses Ã¼ber die Verordnung von hÃ¤uslicher Krankenpflege fÃ¼r die Leistungserbringer verbindlich und nur darauf zu Ã¼berprÃ¼fen, ob der Gemeinsame Bundesausschuss die Grenzen seiner ErmÃ¤chtigung Ã¼berschritten hat. Allerdings kann trotz eines Ausschlusses einer bestimmten Leistung durch die Bestimmungen der Richtlinien ein Anspruch auf Leistungen der Krankenpflege bestehen, wenn sich im Einzelfall ergibt, dass der

konkrete Leistungsfall vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht berÃ¼cksichtigt worden ist (vgl. BSG, Urteil vom 26.01.2006, Az. B 3 KR 4/05 R; PadÃ©, in: jurisPK-SGB V, 2. Aufl. 2012, Â§ 37 SGB V Rn. 15).

GemÃ¤Ã Â§ 1 Abs. 4 der Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses Ã¼ber die Verordnung von hÃ¤uslicher Krankenpflege, HÃ¤usliche Krankenpflege-Richtlinie (Krankenpflege-RL) sind die in der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung verordnungsfÃ¤higen MaÃnahmen der hÃ¤uslichen Krankenpflege dem der Richtlinie als Anlage beigefÃ¼gten Leistungsverzeichnis zu entnehmen. GemÃ¤Ã Â§ 1 Abs. 4 Satz 2 Krankenpflege-RL sind dort nicht aufgefÃ¼hrte MaÃnahmen grundsÃ¤tzlich nicht als hÃ¤usliche Krankenpflege verordnungs- und genehmigungsfÃ¤hig. In Â§ 2 Krankenpflege-RL sind die Formen und Ziele der hÃ¤uslichen Krankenpflege geregelt. GemÃ¤Ã Â§ 2 Abs. 1 Satz 2 Krankenpflege-RL kann hÃ¤usliche Krankenpflege unter anderem mit dem Ziel verordnet werden, die ambulante Ã¤rztliche Behandlung zu ermÃ¶glichen und deren Ergebnis zu sichern. 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 hÃ¤uslichen Krankenpflege und von daher nicht gesondert verordnungsfÃ¤hig.

Die Voraussetzungen des Nr. 6 der Anlage zur Krankenpflege-RL liegen im vorliegenden Fall nicht vor. In Nr. 6 der Anlage zur Krankenpflege-RL ist das Absaugen unter anderem der oberen Luftwege als Leistung der Behandlungspflege aufgefÃ¼hrt. Danach ist das Absaugen der oberen Luftwege bei hochgradiger EinschrÃ¤nkung der FÃ¤higkeit zum Abhusten bzw. der bronchialen Selbstreinigungsmechanismen zum Beispiel bei schwerer Emphysembronchitis, Aids, Mukoviszidose und bei beatmeten Patientinnen oder Patienten verordnungsfÃ¤hig. Es ist nicht ersichtlich, dass bei der KlÃ¤gerin eine hochgradige EinschrÃ¤nkung der FÃ¤higkeit zum Abhusten bzw. der bronchialen Selbstreinigungsmechanismen gegeben ist. Insbesondere liegt bei der KlÃ¤gerin weder eine schwere Emphysembronchitis noch Aids noch Mukoviszidose vor. Auch wird die KlÃ¤gerin und wurde die KlÃ¤gerin nie beatmet. Es liegt ausweislich der vorhandenen Gutachten auch keine vergleichbar schwere Erkrankung bei der KlÃ¤gerin vor. Im vorliegenden Fall erstattete der MDK ein Gutachten vom 12.07.2013 aufgrund einer Untersuchung im Rahmen eines Hausbesuchs am 10.07.2013. Bei dieser Untersuchung konnte die Gutachterin Frau Dr. F. kein auffÃ¤lliges AtemgerÃ¤usch feststellen. Es bestanden auch keine Anzeichen fÃ¼r eine bronchiale Verschleimung. Die Notwendigkeit einer oralen oder trachealen Absaugung war nicht erkennbar. Zum selben Ergebnis kommt auch der Gutachter Dr. E. aufgrund einer Untersuchung in hÃ¤uslicher Umgebung am 13.01.2014. Auch bei dieser Untersuchung war die Lunge der KlÃ¤gerin vÃ¶llig frei. Die AtemgerÃ¤usche waren normal. Des Weiteren waren keine eindeutigen Organischen VerÃ¤nderungen oder BeeintrÃ¤chtigungen zu erkennen, die eine regelmÃ¤Ãige Absaugung erforderlich machen. Mithin kam der Gutachter nachvollziehbar zu dem Ergebnis, dass die Notwendigkeit fÃ¼r eine 24-stÃ¼ndige Behandlungspflege nicht abgeleitet werden kann. Zu dieser EinschÃ¤tzung kam der Gutachter aufgrund der eigenen Untersuchung am 13.01.2014 sowie aufgrund der

Auswertung der Befundunterlagen in den Akten und der Auswertung des Gutachtens durch Dr. F. vom MDK. Auch die Computertomographie Untersuchung des Brustkorbes und der Bronchien der KlÃ¤gerin am 10.03.2014 ergab keinen relevanten pathologischen Befund. Insbesondere fanden sich keine Hinweise dafÃ¼r, dass bei der KlÃ¤gerin innerhalb des Bronchialsystems grÃ¶Ãere Mengen an Sekret vorhanden sind, die die Notwendigkeit einer regelmÃ¤Ãigen Absaugung in der LuftrÃ¶hre rechtfertigen wÃ¼rden. Auch eine kÃ¶rperliche Ursache fÃ¼r eine organische SchluckstÃ¶rung wurde ausgeschlossen. So erlÃ¤uterte der Gutachter Dr. E. auch in der mÃ¼ndlichen Verhandlung am 25.08.2014, dass aufgrund der vorliegenden Befunde insbesondere auch aufgrund der nach der Untersuchung durch Dr. E. am 13.01.2014 nachgereichten Ã¤rztlichen Befunde die Notwendigkeit einer regelmÃ¤Ãigen Absaugung von Sekret aus der LuftrÃ¶hre sich nicht ergibt.

Des Weiteren liegen aber auch die Voraussetzungen fÃ¼r eine spezielle Krankenbeobachtung nach Nr. 24 der Anlage zur Krankenpflege-RL nicht vor. In Nr. 24 der Anlage zur Krankenpflege-RL ist die spezielle Krankenbeobachtung geregelt. Dabei handelt es sich um eine kontinuierliche Beobachtung und Intervention mit den notwendigen medizinisch pflegerischen MaÃnahmen. Sowie um die Dokumentation der Vitalfunktionen wie Puls, Blutdruck, Temperatur, Haut und Schleimhaut einschlieÃlich aller in diesem Zeitraum anfallenden pflegerischen MaÃnahmen. Die Leistung ist ausweislich der Bemerkung zu Nr. 24 der Anlage zur Krankenpflege-RL verordnungsfÃ¤hig wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit sofortige Pflegerische bzw. Ã¤rztliche Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen tÃ¤glich erforderlich ist und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue AusmaÃ nicht im Voraus bestimmt werden kÃ¶nnen. Die spezielle Krankenbeobachtung setzt die permanente Anwesenheit der Pflegekraft Ã¼ber den gesamten Versorgungszeitraum voraus. Zur speziellen Krankenbeobachtung gehÃ¶ren auch die dauernde Erreichbarkeit der Ãrztin oder des Arztes und die laufende Information der Ãrztin oder des Arztes Ã¼ber VerÃ¤nderungen der Vitalzeichen. Auch hier ist noch einmal verdeutlicht, dass die allgemeine Krankenbeobachtung Bestandteil jeder pflegerischen Leistung ist. Nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens ist vorliegend die stÃ¤ndige Anwesenheit und Einsatzbereitschaft einer qualifizierten Pflegeperson nicht erforderlich. Eine organisch bedingte SchluckstÃ¶rung wurde ausgeschlossen. In Betracht kommt nach Aussage des Gutachters in der mÃ¼ndlichen Verhandlung mÃ¶glicherweise eine psychogene Ursache fÃ¼r eine SchluckstÃ¶rung. Bei Vorliegen einer SchluckstÃ¶rung mit resultierender Aspirationsgefahr und gleichzeitig bestehender geistiger Behinderung ist die richtige MaÃnahme ausweislich des Gutachtens des Dr. E. aber nicht eine spezielle Krankenbeobachtung sondern die Anlage einer ErnÃ¤hrungssonde. Dies allein ist zweckmÃ¤Ãig und ausreichend, um der GefÃ¤hrdung einer Aspiration bei anhaltender Dysphagie zu begegnen. Sofern eine Verschleimung mÃ¶glicherweise im Mundbereich auftritt begrÃ¼ndet dies ebenfalls nicht das Erfordernis einer speziellen Krankenbeobachtung. Es ist gerade nicht ersichtlich, dass die KlÃ¤gerin aufgrund des Einatmens dieses Schleims ersticken kÃ¶nnte. Vielmehr verfÃ¼gt die KlÃ¤gerin ausweislich der ErlÃ¤uterung des Dr. E. in der mÃ¼ndlichen Verhandlung Ã¼ber ausreichende Schutzfunktionen, nÃ¤mlich eine Spontanatmung und einen intakten Hustenreflex.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG.

Erstellt am: 04.01.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024