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 L 1 KR 106/15 B Datum 24.06.2015

3. Instanz

Datum -

1. Â Die Klage wird abgewiesen.

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

Tatbestand

Die Beteiligten streiten in diesem Verfahren um Leistungen der 24 Stunden-Behandlungspflege f $\tilde{A}^{1}/_{4}r$ den Zeitraum vom 15.7.2014 bis zum 14.10.2014. \hat{A}

Die Klägerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert.Â
Sie leidet seit ihrer Geburt insbesondere an einer geistigen Behinderung mit einer schweren Hirnschädigung. Sie erhielt im streitgegenständlichen Zeitraum von der Pflegekasse Leistungen nach der Pflegestufe III in Form des Pflegegeldes. Seit Anfang des Jahres 2013 leidet die Klägerin zudem an einer chronischen Bronchitis. Bis April 2013 wurde die Pflege der Klägerin von der Schwester und der Betreuerin der Klägerin Ã⅓bernommen. 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:Â

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 rechtskrĤftige 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 KlĤgerin abgewiesen und ihre Berufungen zurĹ/4ckgewiesen. 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, wĤhrend denen der KlĤgerin im Rahmen des Beschwerdeverfahrens vor dem Hessischen Landessozialgericht aufgrund einer FolgenabwĤgung vorlĤufig Leistungen bis Januar 2015 gewĤhrt wurden. Diesen Verfahren liegt folgender Sachverhalt zugrunde:

Am 30.4.2013 verordnete der Internist und Lungenarzt Dr. E. der KlĤgerin 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 fýhrte der MDK nach einem Hausbesuch am 10.7.2013 aus:

â∏Zusammenfassend ist aus sozialmedizinischer Sicht eine 24-Stunden-Behandlungspflege nach $\frac{\hat{A}\S}{37} \frac{\text{SGB V}}{\text{SGB V}}$ zumindest ab dem Begutachtungstag 10.7.2013 nicht nachvollziehbar. Die bisher vorgelegten \tilde{A} ¤rztlichen Unterlagen begr \tilde{A} ½nden nicht plausibel die medizinische Notwendigkeit einer 24-Stunden-Behandlungspflege nach $\frac{\hat{A}\S}{37} \frac{\text{SGB V}}{\text{SGB V}}$ vom 29.4.2013 bis zum 9.7.2013. (vgl. Bl. 78-81 der Gerichtsakte $\frac{\text{S}}{37} \frac{\text{SKR}}{348/13} \frac{\text{SKR}}{\text{SKR}}$

Dies bestÄxtigte der MDK erneut im Gutachten vom 19.7.2013 (vgl. Bl. 108-112 der Gerichtsakte <u>S 8 KR 348/13 ER</u>) und vom 28.8.2013 (Bl. 202-210 der Gerichtsakte <u>L 1 KR 252/13 B ER</u>).Â

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

â□□Aufgrund der bei der jetzigen Begutachtung erhobenen Untersuchungsbefunde, den vorliegenden Ĥrztlichen 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 Der Husten wirkt bei der jetzigen Begutachtung keinesfalls produktiv.
2. Â Die vorgenommenen Absaugungen sind entsprechend der Ausfýhrung 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 Êine 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.â∏∏

(vgl. Bl. 120-145 der Gerichtsakte S 8 KR 796/13 ER)

In der mÃ $\frac{1}{4}$ ndlichen Verhandlung am 25.8.2014 in den Verfahren mit den Az. <u>S 8 KR 653/13</u>, <u>S 8 KR 99/14</u>, <u>S 8 KR 276/14</u>, <u>S 8 KR 450/14</u> und <u>S 8 KR 449/14</u> erlÃ $\frac{1}{4}$ uterte der SachverstÃ $\frac{1}{4}$ ndige Dr. F. sein Gutachten. In der Niederschrift heiÃ $\frac{1}{4}$ t es:

â∏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 BegrÃ⅓ndung fÃ⅓r die Notwendigkeit einer regelmÃ¤Ã∏igen Absaugung durch die LuftrÃ¶hre.

Dies war im Rahmen der Begutachtung auch nicht festzustellen.

Unter Berücksichtigung der in dem von mir erstellten Gutachten nachgereichten Ĥrztlichen 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 gestĶrt beschrieben, dies aber auf dem Boden einer mangelnden Mitarbeit (Compliance).

In dem Befundbericht des Elisabethenstifts Darmstadt wird weiterhin ausgefļhrt, dass bei der KlĤgerin eine chronische Bronchitis besteht.

Die in diesem Befundbericht aufgef $\tilde{A}^{1}/_{4}$ hrte Computerthomographische Untersuchung des Brustkorbes und der Bronchien zeigt aber keinen relevanten pathologischen Befund. Insbesondere finden sich keine Hinweise daf $\tilde{A}^{1}/_{4}$ r, dass bei der Kl \tilde{A} * gerin innerhalb des Bronchialsystems gr \tilde{A} * \tilde{A} * ere Mengen an Sekret vorhanden sind, die die Notwendigkeit einer regelm \tilde{A} * \tilde{A} * ligen Absaugung in der Luftr \tilde{A} * * hre rechtfertigen w \tilde{A} * * * rden.

In dem zusammenfassenden Befundbericht wird zwar ausgeführt, dass bei der Klägerin eine chronische Bronchitis besteht.

Andererseits wird in dem beigefügten zusätzlichen Attest ausgeführt, dass

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

 $F\tilde{A}\frac{1}{4}$ r diese Ausf $\tilde{A}\frac{1}{4}$ hrung wird eine medizinische Begr $\tilde{A}\frac{1}{4}$ ndung allerdings nicht gegeben.

Zusammengefasst ist bei dem oben genannten Sachverhalt folgendes festzuhalten:

- 1. Â Ês liegt keine körperliche Ursache dafür vor, dass bei der Klägerin eine organische Schluckstörung besteht.
- 2. Â Ês liegt keine organische Ursache dafür vor bzw. eine solche ist nicht erkennbar, dass bei der Klägerin regelmäÃ∏ig eine Absaugung durch die Luftröhre erfolgen muss.
- 3. Â Die Absaugung, die angegeben wird, erscheint wahrscheinlich sich ausschlieÄ lich auf den Bereich des Mund,- Rachenbereiches zu beschrÄnken.
 4. Â Es ist darauf hinzuweisen, dass, sollte tatsÄnchlich bei der KlÄngerin eine Absaugung der LuftrÄ hre erforderlich sein, dies nur unter entsprechenden medizinischen begleitenden SicherheitsmaÄ nahmen (Intubationsbereitschaft, Reanimationsbereitschaft, Vorhandensein einer Sauerstoffabligation) durchzufÄ hren ist.

Zusammengefasst bleibt festzuhalten, dass aufgrund der vorliegenden Befunde insbesondere auch aufgrund der nachgereichten Ĥrztlichen Befunde die Notwendigkeit einer regelmĤÄ∏igen Absaugung von Sekret aus der LuftrĶhre sich nicht ergibt.

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

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

Wenn eine solche respiratorische Insuffizienz auftritt, verlangt dies zwingend einen stationĤren Aufenthalt im Krankenhaus. Erstens sind nur dort die entsprechenden diagnostischen MĶglichkeiten (technische Untersuchung durch RĶntgen der Lunge, der Atemwege, technische Untersuchungen der Blutgase) mĶglich. Zum zweiten ist dann eine Absaugung aus der LuftrĶhre von Sekret erforderlich, wenn eine solche vermehrte Schleimproduktion und zusĤtzlich eine entsprechende respiratorische Insuffizienz vorliegt.â□□

(vgl. Bl. 163 -168 der Gerichtsakte <u>S 8 KR 653/13</u>)

Im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzverfahren mit dem Az. L 1 KR 266/14 B ER gab das Hessische Landessozialgericht sodann ein Gutachten bei dem SachverstĤndigen Prof. Dr. G. in Auftrag, der am 7.1.2015 ein vorlĤufiges Gutachten ļbersandte. Darin wurde ausgefļhrt, dass die KlĤgerin nicht unter nennenswerten SchluckstĶrungen 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) fÃ 1 4hrte der Sachverständigen Prof. Dr. G. im ausfÃ 1 4hrlichen Gutachten insbesondere aus: Â

â Dauf phoniatrischem und HNO-fach Äxrztlichen Gebiet lassen sich nach Zusammenstellung der Anamnese und der eigens erhobenen Befunde zum jetzigen Zeitpunkt folgende Diagnosen stellen:

- 1. Â Diskrete buccofaziale Dyspraxie und myofunktionelle Störungen 2. Â Ausschluss einer therapierelevanten und vitalgefährdenden Schluckstörung
- 3. Â Ausschluss einer Hypersalivation; insbesondere endoskopisch sicherer Ausschluss von absaugrelevantem Sekret im Bereich des Mundes, Rachen, Kehlkopfes und des sog. subglottischen Raumes. (â□!)

Während der phoniatrischen â∏ 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 regelmäÃ∏ig auftritt. (â∏) Das Vorhandensein von Sekrete im Mund-, Rachenraum sowie des subglottischen Raumes konnte am 27.10.2014 trotz erschwert Untersuchungsbedingung endoskopischen sicher ausgeschlossen werden. Der von der Klägerin geäuÃ∏erte gleichmäÃ∏ige 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. (â∏!)

Dazu ist anzumerken, dass die Trachea in der medizinischen Terminologie der LuftrĶhre entspricht und nicht wie hier angegeben dem darýber liegenden Rachenbereich. Das macht zum einen die Angaben des Pflegedienstes widersprüchlich (â□¦) 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 heftigstem Hustenreiz und Abwehrverhalten führt und bei drohender Auslösung eines Glottiskrampfes stets nur unter Intubations- und Reanimationsbereitschaft erfolgen sollte.

(â∏!)

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 gegenständigen 24-stündigen Behandlungspflege ableiten.

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

Nachdem die KlĤgerin einen Bericht des Luisenkrankenhauses in Lindenfels vorgelegt hatte, wonach sie 2 Tage stationĤr mit produktivem Husten behandelt worden sei, holte das Landessozialgericht ein ErgĤnzungsgutachten des SachverstĤndigen Prof. Dr. G. ein. Der SachverstĤndige 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 KlĤgerin gegen die klageabweisenden Urteile des Sozialgerichts Darmstadt zurückgewiesen.Â

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 Ã∏rzte 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 Kl \tilde{A} 1 4 ck. Zur Begr \tilde{A} 1 4 ndung ihrer Entscheidung berief sich die Beklagte auf die Gutachten des MDK.

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

Die KlĤgerin ist weiterhin der Auffassung, dass ihr die verordnete Leistung der 24 Stunden-Behandlungspflege zustehe. Sie leide unter einem Down-Syndrom mit schwerer HirnschĤdigung, einer SchĤdigung vegetativen Steuerungsfunktionen, schweren SchluckstĶrungen und Aspirationsgefahr. Die KlĤgerin hĤlt die Gutachten aus den Vorverfahren nicht für überzeugend. Sie verweist auf die Stellungnahmen ihrer behandelnden Ã∏rzte sowie auf eine Stellungnahme von Dr. H. vom 20.6.2017.

Die Klägerin beantragt:

1. Â Der Bescheid der Beklagten vom 06.08.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.09.2014 wird aufgehoben.
2. Â Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin eine 24-Stündige Behandlungspflege in Form einer speziellen Krankenbeobachtung durch qualifiziertes Pflegepersonal gemäÃ□ der ärztlichen Verordnung des Dr. E. vom 03.07.2014 fÃ⅓r 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 zulĤssige Klage ist nicht begründet. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäÃ∏ig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege für 24-Stunden täglich gemäÃ∏ der ärztlichen Verordnung des Dr. E. vom 03.07.2014 fþr den Zeitraum vom 15.07.2014 bis 14.10.2014

Im Einzelnen:

1. GemäÃ∏ <u>§ 37 Abs. 2 S. 1 SGB V</u> erhalten Versicherte in ihrem Haushalt als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der Ĥrztlichen Behandlung erforderlich ist. Der Anspruch umfasst nach <u>§ 37 Abs.</u> 2 S. 1, 2. Halbsatz SGB V verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegema̸nahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den <u>§Â§ 14</u> und <u>15 SGB XI</u> zu berücksichtigen ist. Als Ziele der ärztlichen Behandlung im Sinne des <u>§ 37 Abs.</u> 2 S. 1 SGB V kommen die in § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V genannten Ziele der Krankenbehandlung in Betracht. GemäÃ∏ <u>§ 27 Abs. 1 S. 1 SGB V</u> haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhA\(^1\)4ten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. GemäÃ∏ § 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 4 SGB V umfasst die Krankenbehandlung auch die hĤusliche Krankenpflege.Â GemäÃ∏ <u>§ 37 Abs. 3 SGB V</u> besteht der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann. A

GemäÃ∏ <u>§ 37 Abs. 6 SGB V</u> legt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach <u>§ 92 SGB V</u> fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen der Häuslichen Krankenpflege erbracht werden können. Er bestimmt darýber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen PflegemaÃ∏nahmen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat hier die â∏Richtlinien þber die Verordnung von häuslicher Krankenpflegeâ∏ erlassen, die im vorliegenden Fall in der Version vom 17.7.2014 maÃ∏gebend sind. GemäÃ∏ § 1 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über

die Verordnung von hĤuslicher Krankenpflege, HĤusliche Krankenpflege-Richtlinie (Krankenpflege-RL) sind die in der vertragsĤrztlichen Versorgung verordnungsfĤhigen MaÄ□nahmen der hĤuslichen Krankenpflege dem der Richtlinie als Anlage beigefĽgten Leistungsverzeichnis zu entnehmen. GemĤÄ□ ŧ 1 Abs. 4 S. 2 Krankenpflege-RL sind dort nicht aufgefļhrte MaÄ□nahmen grundsĤtzlich nicht als hĤusliche Krankenpflege verordnungs- und genehmigungsfĤhig.Â

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 hĤuslichen Krankenpflege und von daher nicht gesondert verordnungsfĤhig.

Nr. 6 des Anhangs der Krankenpflege-RL definiert dabei, dass unter dem â das augen der der Krankenpflege-RL insbesondere das Absaugen der oberen Luftwege zu verstehen ist bei hochgradiger EinschrÄnkung der FÄnkigkeit zum Abhusten / der bronchialen Selbstreinigungsmechanismen z.B. bei schwerer Emphysembronchitis, 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 MaÄ nahmen, sowie um die Dokumentation der Vitalfunktionen wie Puls, Blutdruck, Temperatur, Haut und Schleimhaut einschlie̸lich aller in diesem Zeitraum anfallenden pflegerischen Ma̸nahmen. Die Leistung ist ausweislich der Bemerkung zu Nr. 24 der Anlage zur Krankenpflege-RL verordnungsfĤhig wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit sofortige pflegerische bzw. Äxrztliche Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen täglich erforderlich ist und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue AusmaÃ∏ nicht im Voraus bestimmt werden ka ¶nnen. Die spezielle Krankenbeobachtung setzt die permanente Anwesenheit der Pflegekraft ýber den gesamten Versorgungszeitraum voraus. Zur speziellen Krankenbeobachtung gehä¶ren auch die dauernde Erreichbarkeit der Ä\(\text{\Piztin oder des Arztes und die laufende}\) Information der ̸rztin oder des Arztes über Veränderungen der Vitalzeichen. Auch dadurch wird noch einmal verdeutlicht, dass die allgemeine Krankenbeobachtung Bestandteil jeder pflegerischen Leistung ist. A

Begrenzt werden die Ansprüche nach dem SGB V darüber hinaus noch durch das sogenannte Wirtschaftlichkeitsgebot des $\frac{\hat{A}}{N}$ 12 Abs. 1 SGB V. Danach gilt, dass die Leistungen ausreichend, zweckmäÃ $_{\parallel}$ ig und wirtschaftlich sein müssen; sie dürfen das MaÃ $_{\parallel}$ 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 Klägerin zu ̸berzeugung der Kammer nicht vor.Â Die Kammer st $\tilde{A}^{1}/_{4}$ tzt diese Auffassung auf die $\tilde{A}^{1}/_{4}$ berzeugenden und schl $\tilde{A}^{1}/_{4}$ ssigen Gutachten des MDK, des Sachverst \tilde{A} \times ndigen Dr. F. und des Sachverst \tilde{A} \times ndigen Prof. Dr. G.

Die Kammer verweist insoweit zunächst auf die Beschlüsse des Hessischen Landessozialgerichts in den Verfahren mit den Aktenzeichen L1 KR 280/14, L1 KR 281/14, L1 KR 282/14, L1 KR 284/14 und L1 KR 283/14 und schlieÃ□lich den dortigen Ausführungen vollumfänglich an. Auszugsweise heiÃ□t es in der Entscheidung mit dem Aktenzeichen L1 KR 280/14 zutreffend und überzeugend:

â∏Nach <u>§ 37 Abs. 2 Satz 1</u> 1. Halbsatz Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) erhalten Versicherte in ihrem Haushalt oder ihrer Familie als häusliche 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 gehören 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 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, 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 für Allgemeinmedizin, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin) hat bereits unter dem 20. Januar 2014 ein Gutachten nach Untersuchung der Klägerin erstellt und darin eine 24(stþndige Behandlungspflege für nicht notwendig eingeschätzt. Er hat allerdings ausgeführt, dass eine organische Ursache der beschriebenen funktionellen Auswirkungen der bronchialen Symptomatik der Klägerin (vermehrte Schleimproduktion, unzureichendes Abhusten) letztendlich nicht geklärt sei. Erforderlich seien insbesondere eine Hals-/Nasen-/Ohren-ärztliche Diagnostik sowie eine logopädische Schluckdiagnostik mit endoskopischer Untersuchung des Schluckaktes. Ob eine Behandlungspflege für 24 Stunden täglich erforderlich sei, könne 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 ýber die endoskopische Untersuchung des Schluckaktes und die computertomografische Untersuchung des Brustkorbes (keine organische Ursache dafür erkennbar ist, wegen derer bei der Klägerin regelmäÃ∏ig eine Absaugung durch die Luftröhre (d.h. auch unterhalb des Kehlkopfes) erfolgen mÃ⅓sse. Die bislang erfolgten Absaugungen dürften ausschlieÃ∏lich den Mund-/ und Rachenbereich betroffen haben. Im Ã∏brigen sei eine Absaugung der Lunge nur unter entsprechenden begleitenden medizinischen SicherheitsmaÃ∏nahmen (Intubationsbereitschaft, Reanimationsbereitschaft, Vorhandensein einer Sauerstoffabligation) 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 SchluckstĶrung diagnostiziert hat. Insbesondere ist, so die Gutachter, keine apparative Schluckdiagnostik (weder Videofluoroskopie noch FEES®) dokumentiert. Auch sei nicht ersichtlich, mit welcher AbklÄxrung Dr. F. die Genese einer potentiellen SchluckstĶrung als neurogen habe definieren und von einer strukturellen SchluckstĶrung habe abgrenzen kĶnnen. Das von ihnen (Prof. Dr. E./PD Dr. M.) festgestellte Untersuchungsergebnis entspreche zudem den Angaben des HNO(Arztes Dr. N. 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. E./PD Dr. M. 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 hĤtten vorhanden sein mýssen, hätten sich weder in der gutachterlichen Untersuchung vom 27. Oktober 2014 noch in der am 7. März 2014 durch Dr. N. durchgeführten HNO-ärztlichen Untersuchung dargestellt.

Aufgrund dieser substantiierten gutachterlichen Ausf \tilde{A}^{1}_{4} hrungen ist der Senat der \tilde{A}_{\square} berzeugung, dass bei der Kl \tilde{A} gerin im streitigen Zeitraum keine Schluckst \tilde{A} ¶rung vorgelegen hat, welche die medizinische Notwendigkeit einer Krankenpflege oder Krankenbeobachtung h \tilde{A} unden k \tilde{A} ¶nnen. (\hat{a} !) \hat{A}

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□□

Diese zutreffenden AusfÃ 1 /4hrungen gelten nach wie vor auch fÃ 1 /4r den streitgegenstÃ 2 ndlichen Zeitraum vom 15.7.2014 bis 14.10.2014. Die Kammer geht ebenfalls vor dem Hintergrund der zahlreichen Gutachten des MDK, des SachverstÃ 2 ndigen Dr. F. und des SachverstÃ 2 ndigen Prof. Dr. G. davon aus, dass von der medizinischen Erforderlichkeit der streitgegenstÃ 2 ndlichen Behandlungssicherungspflege nicht ausgegangen werden kann. Zur Vermeidung von Wiederholungen nimmt die Kammer auf die zutreffenden AusfÃ 1 /4hrungen in den Gutachten sowie in den zitierten Entscheidungen des Hessischen Landessozialgerichts Bezug. Dem ist seitens der Kammer nichts weiter hinzuzufÃ 1 /4gen.

Soweit die Kl \tilde{A} α gerin kurz vor dem Termin noch mal Behandlungsunterlagen vorgelegt hat und ausgef \tilde{A}^{1} α hrt hat, dass die Gutachten aus den Vorverfahren nicht \tilde{A}^{1} α berzeugend seien, vermag dies die Kammer nicht zu \tilde{A}^{1} α berzeugen. Die Einw \tilde{A} α 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 Sachverst \tilde{A} α ndigen Prof. Dr. G. bekannt. Der Sachverst \tilde{A} α ndige hat jedoch mit nachvollziehbaren und \tilde{A}^{1} α berzeugenden Gr \tilde{A}^{1} α nden dargelegt, dass sich aus diesen Berichten die Notwendigkeit der streitgegenst \tilde{A} α ndlichen Behandlung nicht ergebe. \tilde{A}

Neu vorgelegt hat die KlĤgerin 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 streitgegenstĤndlichen Behandlung entgegen der zahlreichen vorgelegten Gutachten bestĤtigen kĶnnte. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass die streitgegenstĤndlichen Gutachten Ĺ¼berwiegend aus dem Zeitraum stammen, der hier zwischen der KlĤgerin 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 streitgegenstĤndlich sind und in denen persĶnliche Untersuchungen der KlĤgerin durch die SachverstĤndigen durchgefļhrt wurden. Fù¼r die Kammer ist nicht ersichtlich, dass ein 2 Jahre spĤter erstellter

Befundbericht die $\tilde{A}^{1/4}$ berzeugenden Gutachten des MDK, dass Sachverst \tilde{A} α ndigen Dr. F. und des Sachverst \tilde{A} α ndigen Prof. Dr. G. in Frage stellen k \tilde{A} α nnten. Daf \tilde{A} α α r ist nach Auffassung der Kammer kein Anhaltspunkt ersichtlich.

3. Vor dem dargelegten Hintergrund war die Klage abzuweisen.Â

Zu weiteren Ermittlungen musste sich das Gericht nicht gedr \tilde{A} ungt f \tilde{A} hlen (vgl. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, 11. Auflage, \hat{A} 103 SGG, Rn. 4a, 5).

4. Die Kostenentscheidung beruht auf \hat{A} § 193 SGG und entspricht dem Ausgang des Verfahrens.

Erstellt am: 06.01.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024