

L 4 KR 3797/11

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG Freiburg (BWB)

Aktenzeichen

S 5 KR 1941/10

Datum

28.07.2011

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 4 KR 3797/11

Datum

01.03.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Zum besonders hohen Pflegeaufwand bei einem Versicherten,
bei dem während seiner Tätigkeit in einer Werkstatt für Behinderte
ein Katheterisieren erforderlich ist.

Revision zugelassen

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 28. Juli 2011 wird zurückgewiesen mit der Maßgabe, dass der Urteilstenor wie folgt gefasst wird:

Der Bescheid der Beklagten vom 13. Januar 2010 in der Fassung des Bescheids vom 1. Februar 2010, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17. März 2010 wird aufgehoben. Die Beklagte wird verpflichtet, den Kläger von den Kosten für die im ersten Halbjahr 2010 erbrachten Leistungen zur Katheterisierung der Sozialstation Sankt Verena in Höhe von EUR 3.324,22 freizustellen.

Die Beklagte hat dem Kläger und der Beigeladenen die außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die beklagte Krankenkasse wendet sich mit ihrer Berufung gegen die Verpflichtung, den Kläger von den Kosten für im ersten Halbjahr 2010 erbrachte Leistungen zur Katheterisierung während der Tätigkeit des Klägers in einer Werkstatt für Behinderte freizustellen.

Der 1987 geborene Kläger ist Mitglied der Beklagten. Er leidet an einem Down-Syndrom sowie an einer hohen Querschnittslähmung und einer Blasenentleerungsstörung. Die bei der Beklagten errichtete Pflegekasse zahlt dem Kläger Kombinationsleistungen nach der Pflegestufe III. Seit September 2009 war der Kläger in einer (anerkannten) Werkstatt für behinderte Menschen, deren Trägerin die beigeladene gemeinnützige GmbH ist, zunächst im Eingangsbereich, ab Dezember 2009 im Berufsbildungsbereich und ab Dezember 2011 im Arbeitsbereich tätig. Die Beigeladene betreibt nach ihren Angaben im Landkreis W. insgesamt zwölf Einrichtungen, u.a. sechs Werkstätten für behinderte Menschen mit kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen.

Arzt für Allgemeinmedizin Dr. B. verordnete mit der Folgeverordnung vom 14. Dezember 2009 häusliche Krankenpflege für die Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni 2010 für das zweimal tägliche/zehnmals wöchentliche Katheterisieren der Harnblase sowie mit der weiteren Folgeverordnung vom 11. Januar 2010 häusliche Krankenpflege für denselben Zeitraum für das dreimal tägliche Katheterisieren der Harnblase für die zusätzlichen Termine in der Werkstatt-Freizeit (21. Januar, 8., 10. und 24. Februar sowie 8., 10. und 24. März 2010). Der Kläger legte diese Verordnungen der Beklagten vor und beantragte häusliche Krankenpflege. Die Beklagte lehnte häusliche Krankenpflege für das zweimal tägliche Katheterisieren der Harnblase ab, weil ein besonders hoher Pflegeaufwand hierfür nicht unterstellt werden könne und es deshalb nach § 10 Werkstättenverordnung bei der Leistungspflicht der Werkstätte für behinderte Menschen verbleibe (Bescheid vom 13. Januar 2010). Sie äußerte unter dem 1. Februar 2010 gegenüber der Betreuerin des Klägers, dass sich diese Ablehnung auf die sieben zusätzlichen Termine der Werkstattfreizeit beziehe. Den Widerspruch des Klägers wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten zurück (Widerspruchsbescheid vom 17. März 2010). Zur Begründung verwies er auf § 10 Werkstättenverordnung. Es sei Aufgabe der Werkstätte, die notwendige Einmalkatheterisierung sicherzustellen. Unter Berücksichtigung der Definition des Gemeinsamen Bundesausschusses (in § 1 Abs. 7 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege - Häusliche Krankenpflege-Richtlinie -) zu einem besonders hohen Pflegebedarf bei Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen könne beim Kläger nicht von

einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Pflege ausgegangen werden. Ein solcher liege z.B. vor, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegekraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbarer intensiver Einsatz einer Pflegekraft erforderlich sei, weil die behandlungspflegerischen Maßnahmen in ihrer Intensität oder Häufigkeit unvorhersehbar am Tag oder in der Nacht erfolgen müssten oder die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes am Tag oder in der Nacht erforderlich sei. Ein besonderer Aufwand bei der zweimal pro Tag als notwendige häusliche Krankenpflege durchzuführenden Einmalkatheterisierung könne nicht erkannt werden.

Im ersten Halbjahr 2010 führte die Sozialstation St. Verena der Beigeladenen die Katheterisierung durch. Für die Zeit von Januar bis Juni 2010 berechnete diese Sozialstation insgesamt einen Betrag von EUR 3.324,22, darin sind enthalten für den Monat Juni 2010 Fahrtkosten in Höhe von EUR 135,30. Diese Kosten zahlte zunächst darlehnsweise die Beigeladene.

Der Kläger erhob am 14. April 2010 Klage beim Sozialgericht Freiburg (SG) und begehrte, ihn von den Kosten für die im ersten Halbjahr 2010 erbrachten Leistungen zur Katheterisierung der Sozialstation freizustellen. Zur Begründung der Klage machte er geltend, aus dem medizinisch notwendigen Katheterisieren, das durch Dritte erfolgen müsse, ergebe sich der besonders hohe Pflegebedarf. Die Werkstatt für behinderte Menschen verfüge nicht über das für das Katheterisieren notwendige Personal. Sollte für die Werkstatt für behinderte Menschen eine Vorhaltepflcht für derartige Leistungen bestehen, erfülle sie diese aber nicht, könne die Beklagte gegenüber der Werkstatt für behinderte Menschen Regress für erbrachte Leistungen nehmen. Mit der Neufassung des [§ 37](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) mit Wirkung zum 1. April 2007 sei die bis dahin nur von der Rechtsprechung auf außerhäusliche Erbringungsorte ausgedehnte häusliche Krankenpflege gesetzlich festgeschrieben worden. Der Kläger legte die jeweils monatlich gestellten Rechnungen der Sozialstation für die Zeit vom 11. Januar 2010 bis 28. Februar 2011 vor.

Die Beklagte trat der Klage unter Verweis auf ihre Bescheide sowie auf das Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 12. November 2009 (S 13 KR 467/07) entgegen. Sie erklärte sich bereit, eine rechtskräftige Entscheidung über den Anspruch für das erste Halbjahr 2010 auch für die anschließenden Zeiträume für oder gegen sich gelten zu lassen.

Das SG befragte in seiner mündlichen Verhandlung am 28. Juli 2011 den Leiter der Werkstatt für behinderte Menschen informatorisch und hob mit Urteil vom 28. Juli 2011 den Bescheid der Beklagten vom 13. Januar 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17. März 2010 auf und verpflichtete die Beklagte, den Kläger von den Kosten für die im ersten Halbjahr 2010 erbrachten Leistungen zur Einmalkatheterisierung der Sozialstation freizustellen. Unstreitig sei, dass der Kläger wegen seines Down-Syndroms und der hohen Querschnittslähmung Hilfe durch geeignete Pflegekräfte für die im Intimbereich ansetzende Einmalkatheterisierung benötige, solange er sich in der Werkstatt für behinderte Menschen aufhalte, sowie dass die Einmalkatheterisierung im Prinzip eine Maßnahme der häuslichen Krankenpflege darstelle, weil durch diese Maßnahme ansonsten unvermeidbare Krankenhausbehandlung vermieden werden könne. Der Argumentation der Beklagten könne es (das SG) sich nicht anschließen. Die Intensität der zu erbringenden Pflege im Sinne der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie sei so hoch, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden könne. Denn die begleitenden Dienste zur medizinischen Betreuung der behinderten Menschen, die in der Werkstatt für behinderte Menschen zur Verfügung stünden, wären mit der Einmalkatheterisierung schon im Hinblick auf die zu wahrende Intimsphäre des behinderten Klägers überfordert. Es sei auch nicht zu erkennen, dass die Werkstatt aufgrund von § 10 Werkstättenverordnung verpflichtet wäre, speziell für den Kläger, der in einem Bereich von 50 behinderten Mitarbeitern untergebracht und der einzige sei, der die Hilfe einer besonderen Pflegekraft benötige, eine Pflegefachkraft vorzuhalten. Dies wäre für die Werkstätte oder deren Träger absolut unwirtschaftlich. Auch stelle § 10 Abs. 2 Werkstättenverordnung auf eine gewisse Anzahl behinderter Menschen, zusätzlich auf Art und Schwere der Behinderung, ab. Art und Schwere der Behinderung der im Berufsbildungsbereich und anschließend auch im Arbeitsbereich, in welchen der Kläger übernommen werden könnte, untergebrachten behinderten Menschen verlange jedoch offensichtlich nicht, dass eine spezielle Pflegefachkraft zur Verfügung gestellt werde, wenn insgesamt nur eine oder zwei Personen überhaupt in einer solchen Art behindert seien, dass sie Hilfeleistungen durch entsprechende Fachkräfte benötigten.

Gegen das ihr am 15. August 2011 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 2. September 2011 Berufung eingelegt. Sie verweist erneut auf das Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 12. November 2009 und führt weiter aus, eine einheitliche Rechtsprechung, wie der Begriff des besonders hohen Pflegebedarf auszulegen sei, existiere nach ihrem Erkenntnisstand nicht. Auch die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie beinhalte keine klare Definition. Für eine nähere Begriffsbestimmung erscheine eine Orientierung an der Definition eines besonders hohen Bedarfs an medizinischer Behandlungspflege in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen im Sinne des [§ 43](#) Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) zielführend. Gemessen an den in § 1 Abs. 7 Häusliche Krankenpflege-Richtlinie beschriebenen zeitaufwändigen und u.a. vitale Funktionen betreffenden Maßnahmen sei die Intensität einer nur punktuell vorzunehmenden Einmalkatheterisierung in keinsten Weise vergleichbar. Auch die Historie spreche für eine Vorhaltepflcht der Werkstatt. Bis zu der am 1. April 2007 in Kraft getretenen Neufassung des [§ 37 SGB V](#) sei die Versorgung behinderter Menschen in der Regel durch Personal der Werkstatt oder unter Beteiligung der so genannten begleitenden Dienste vollumfänglich sichergestellt worden. Im Zuge der Gesetzesänderung häuften sich Anfragen, wonach das benötigte Personal in der Werkstatt plötzlich nicht (mehr) vorgehalten werde. Nach den Angaben des (in der mündlichen Verhandlung beim SG anwesenden) Leiters der Werkstatt würden im Berufsbildungs- und Arbeitsbereich die Mitarbeiter im Zusammenhang mit Einnässen, Einkoten und Verabreichen der Nahrung tätig. Es erschließe sich nicht, weshalb diese problemlos durchzuführenden Hilfsmaßnahmen nach Auffassung des SG die Intimsphäre offenbar weniger berührten als eine Einmalkatheterisierung. Im Einzelfall könne auch ein externer Pflegedienst beauftragt und finanziert werden. Die Einmalkatheterisierung zähle zur medizinischen Betreuung nach § 10 Abs. 1 Werkstättenverordnung. Werde für den besonders hohen Pflegebedarf im Sinne des [§ 37 Abs. 2 SGB V](#) in Verbindung mit § 10 Werkstättenverordnung keine ausreichend hohe Schwelle gesetzt, stehe eine ganz erhebliche und vom Gesetzgeber wohl kaum beabsichtigte Leistungsausweitung in den Werkstätten für behinderte Menschen zulasten der Krankenkassen zu befürchten. Nach der von der Beigeladenen im Berufungsverfahren vorgelegten Aufstellung halte diese eine umfangreiche Anzahl von unterschiedlich qualifiziertem Personal vor, auch Fachpersonal für die medizinische pflegerische Versorgung. Zudem bestehe ein Vertrag mit zwei ortsansässigen Arbeitsmedizinern. Die Beklagte hat auf Anfrage des Senats ferner vorgetragen, sie habe mit Bescheid vom 13. Januar 2010 zunächst die Übernahme der Kosten der zweimal täglichen Katheterisierung und mit dem ergänzenden Bescheid vom 1. Februar 2010 auch die Übernahme der Kosten für die sieben zusätzlichen Einmalkatheterisierungen abgelehnt.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 28. Juli 2011 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Die Einmalkatheterisierung erfordere eine hohe Sorgfalt und entsprechende Kenntnisse. Die hohe Intensität der Pflege ergebe sich daraus, dass die Einmalkatheterisierung mit einem Eindringen in seinen (des Klägers) Körper verbunden sei. Die Einmalkatheterisierung sei zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung notwendig. Die Auffassung der Beklagten, sich an [§ 43 SGB XI](#) zu orientieren, sei unzutreffend, weil diese Vorschrift sich auf die Behandlungspflege von Versicherten in Pflegeheimen beziehe. Der Kläger hat das Attest des Dr. B. vom 9. Dezember 2011 vorgelegt, wonach aufgrund der Grunderkrankung mindestens zweimal täglich am Arbeitsplatz eine Einmalkatheterisierung der Harnblase vorzunehmen sei, was nur durch geeignetes Fachpersonal erfolgen könne.

Mit Beschluss vom 30. November 2011 hat der Senat die Trägerin der Werkstatt für behinderte Menschen beigeladen. Sie beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie hat eine Personalaufstellung (Stand 30. Juni 2010) vorgelegt. Danach hat sie unter anderem über zwei Krankenschwestern sowie acht Hilfskräfte in Betreuung und Pflege, hiervon drei Personen für Arztbesuche und Therapietermine, verfügt. Hierzu hat sie vorgetragen, die beiden Krankenschwestern hätten beim Kläger nicht die Katheterisierung durchführen können. Die eine sei in einer Werkstatt für behinderte Menschen tätig, die 32 km von der entfernt sei, in der der Kläger gearbeitet habe. Die andere Krankenschwester habe zwar nur in einer drei km entfernten Einrichtung gearbeitet, sei aber nur vormittags stundenweise mit maximal zwölf Stunden wöchentlich beschäftigt und mit der ihr zugewiesenen Tätigkeit ausgelastet gewesen. Die in der Betreuung und Pflege schwer behinderter Menschen eingesetzten Hilfskräfte könnten und dürften aufgrund ihrer fehlenden Qualifikation keine pflegerische Tätigkeit übernehmen und insbesondere keine Pflegefachkräfte ersetzen. Die Sozialstation, die die Katheterisierung beim Kläger ausgeführt habe, habe ausschließlich dreijährig examinierte Pflegefachkräfte eingesetzt. Ferner habe die Werkstatt die Katheterisierung nicht vornehmen können, weil ihr für diese Leistung aufgrund der mit dem örtlichen Träger der Sozialhilfe geschlossenen (vorgelegten) Vereinbarung nach [§ 75 Abs. 3 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB XII\)](#) keine Entgelte zu zahlen gewesen wären. Schließlich habe beim Kläger auch ein besonders hoher Pflegebedarf im Sinne des [§ 1 Abs. 7 Häusliche Krankenpflege-Richtlinie](#) bestanden.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte, die Akte des SG sowie die von der Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten durch Urteil ohne mündliche Verhandlung ([§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)) entschieden hat, ist zulässig. Sie ist form- und fristgerecht eingelegt und auch statthaft. Der Beschwerdewert des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) von EUR 750,00 ist überschritten. Denn die Beklagte wendet sich gegen die Verpflichtung, den Kläger von Kosten in Höhe von EUR 3.324,22 freizustellen.

Die zulässige Berufung der Beklagten ist nicht begründet. Das SG hat die Beklagte zu Recht verpflichtet, den Kläger von den Kosten für die im ersten Halbjahr 2010 erbrachten Leistungen zur Katheterisierung der Sozialstation St. Verena in Höhe von EUR 3.324,22 freizustellen.

1. Gegenstand des Rechtsstreits ist der Bescheid der Beklagten vom 13. Januar 2010 in der Fassung des Bescheids vom 1. Februar 2010, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 17. März 2010. Mit den beiden Bescheiden vom 13. Januar und 1. Februar 2010 lehnte die Beklagte die vom Kläger beantragte häusliche Krankenpflege aufgrund der beiden Verordnungen des Dr. B. vom 14. Dezember 2009 und 11. Januar 2010 ab. Da das SG ausdrücklich lediglich den Bescheid der Beklagten vom 13. Januar 2010 aufgehoben hat, hat der Senat den Urteilstenor des Urteils des SG neu gefasst.

Zu entscheiden ist allein über die Freistellung der Kosten im ersten Halbjahr 2010. Die Beteiligten haben den Rechtsstreit auf diesen Zeitraum beschränkt. Die Beklagte hat in der mündlichen Verhandlung des SG erklärt, eine rechtskräftige Entscheidung über den streitigen Anspruch für das erste Halbjahr 2010 auch für die anschließenden Zeiträume für oder gegen sich gelten zu lassen. Demgemäß hat der Kläger beim SG nur die Freistellung von den Kosten des ersten Halbjahr 2010 begehrt.

2. Anspruchsgrundlage für das Begehren des Klägers, von den von der Beigeladenen vorläufig für ihn gezahlten Kosten in Höhe von EUR 3.324,22 freigestellt zu werden, ist [§ 37 Abs. 4 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#). Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind nach [§ 37 Abs. 4 SGB V](#) den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten. Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistungen nicht rechtzeitig erbringen (Alternative 1) oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch dem Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden (Alternative 2), sind nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Diese auf die Erstattung vom Versicherten bereits gezahlter Kosten zugeschnittenen Bestimmungen sind bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen entsprechend anzuwenden, wenn die Verpflichtung bereits entstanden ist, der Versicherte aber noch nicht gezahlt hat. Statt einer Erstattung kann er dann die Bezahlung seiner Schuld durch den Versicherungsträger verlangen (ständige Rechtsprechung z.B. Bundessozialgericht - BSG -, Urteile vom 10. Februar 2000 - [B 3 KR 26/99 R](#) - und 17. Juni 2010 - [B 3 KR 7/09 R](#) -, beide in juris). Nach ebenfalls ständiger Rechtsprechung reicht dieser Anspruch jedoch nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse. Er setzt daher im Regelfall voraus, dass die selbstbeschaffte Leistung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkasse allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung ([§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)) zu erbringen haben (z.B. BSG, Urteile vom 24. September 1996 - [1 RK 33/95](#) -, vom 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 8/06 R](#) - und 26. September 2006 - [B 1](#)

[KR 3/06 R](#) - m.w.N., alle in juris).

Der Kläger hatte einen Sachleistungsanspruch auf häusliche Krankenpflege wegen des notwendigen Einmalkatheterisierens. Versicherte haben nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst u.a. nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB V](#) häusliche Krankenpflege. Nach [§ 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) - in der seit 1. April 2007 geltenden Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 26. März 2007 ([BGBl. I, S. 378](#)) - erhalten Versicherte in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Nach [§ 37 Abs. 2 SGB V](#) - in der seit 1. April 2007 geltenden Fassung des GKV-WSG - erhalten Versicherte in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in einer Werkstatt für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den [§§ 14](#) und [15 SGB XI](#) zu berücksichtigen ist (Satz 1). § 10 Werkstättenverordnung bleibt unberührt (Satz 2).

a) Beim Kläger ist wegen der hohen Querschnittslähmung und der Blasenentleerungsstörung ein Katheterisieren erforderlich. Dies erfolgte durch Einführen eines Katheters in die Harnröhre. Die Katheterisierung dient jedenfalls dem Ziel, die ärztliche Behandlung zu sichern. Sie ist eine Maßnahme der Behandlungspflege und eine verordnungsfähige Leistung der Behandlungspflege (Nr. 23 des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege, Anlage der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie). Das Katheterisieren als häusliche Krankenpflege kann grundsätzlich auch in einer Werkstatt für behinderte Menschen erbracht werden. Eine Werkstatt für behinderte Menschen ist nach dem ausdrücklichen Wortlaut des [§ 37 SGB V](#) - in der seit 1. April 2007 geltenden Fassung des GKV-WSG - ein Ort, an dem häusliche Krankenpflege erbracht werden kann.

b) Beim Kläger bestand auch ein besonders hoher Pflegebedarf.

Den besonders hohen Pflegebedarf hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der aufgrund [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, Abs. 7 SGB V](#) beschlossenen Häusliche Krankenpflege-Richtlinie konkretisiert. Nach § 1 Abs. 6 Satz 1 Häusliche Krankenpflege-Richtlinie kann für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen, in denen nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtungen besteht (z. B. Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen), häusliche Krankenpflege nicht verordnet werden. Abweichend von Absatz 6 kann nach § 1 Abs. 7 Satz 1 Häusliche Krankenpflege-Richtlinie häusliche Krankenpflege in Werkstätten für behinderte Menschen verordnet werden, wenn die Intensität oder Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer Pflegefachkraft Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen. Nach § 10 Werkstättenverordnung - erlassen aufgrund des § 55 Abs. 3 Schwerbehindertengesetz (SchwbG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 8. Oktober 1979 ([BGBl. I, S. 1649](#)), nunmehr [§ 144 Abs. 1](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) - muss die Werkstatt zur pädagogischen, sozialen und medizinischen Betreuung der behinderten Menschen über begleitende Dienste verfügen, die den Bedürfnissen der behinderten Menschen gerecht werden. Eine erforderliche psychologische Betreuung ist sicherzustellen. § 9 Abs. 1 Werkstättenverordnung gilt entsprechend (Abs. 1). Für je 120 behinderte Menschen sollen in der Regel ein Sozialpädagoge oder ein Sozialarbeiter zur Verfügung stehen, darüber hinaus im Einvernehmen mit den zuständigen Rehabilitationsträgern pflegerische, therapeutische und nach Art und Schwere der Behinderung sonst erforderliche Fachkräfte (Abs. 2). Die besondere ärztliche Betreuung der behinderten Menschen in der Werkstatt und die medizinische Beratung des Fachpersonals der Werkstatt durch einen Arzt, der möglichst auch die an einen Betriebsarzt zu stellenden Anforderungen erfüllen soll, müssen vertraglich sichergestellt sein (Abs. 3). Die Verpflichtung der Krankenkassen, häusliche Krankenpflege zu ihren Lasten in einer Werkstatt für behinderte Menschen zu erbringen, besteht mithin nur dann, wenn ein Pflegebedarf vorliegt, den die Werkstatt für behinderte Menschen mit ihrem Personal nicht ausreichend sicherstellen kann und auch eine entsprechende Vorhaltepflcht der Werkstatt für behinderte Menschen nicht besteht. Eine Werkstatt für behinderte Menschen muss nur den üblichen Pflegebedarf selbst abdecken (vgl. Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 16. Mai 2012 - [L 5 KR 1905/10](#) - in juris; Padé in: jurisPK-SGB V, 2. Aufl. 2012, [§ 37 SGB V](#) Rn. 34; [Bundestags-Drucksache 16/4247 S. 33/34](#)). In anderen Fällen bleiben die Krankenkassen mit der Gewährung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege, soweit - wie vorliegend - die übrigen Tatbestandsvoraussetzungen gegeben sind, zuständig.

Das Katheterisieren des Klägers im ersten Halbjahr 2010, das vorliegend allein streitig ist, war ein solcher besonders hoher Pflegebedarf. Dies ergibt sich für den Senat schon aus der Art der Durchführung. Zum Entleeren der Blase musste ein Katheter in die Harnröhre eingeführt werden. Diese Tätigkeit kann auch von einer entsprechend ausgebildeten Fachkraft (wie z.B. einer ausgebildeten Krankenschwester), die die Sozialstation auch einsetzte, ausgeübt werden. Den notwendigen Einsatz einer entsprechend ausgebildeten Fachkraft hat die Beklagte auch zu keinem Zeitpunkt infrage gestellt.

Über eine solche Fachkraft verfügte die von der Beigeladenen getragene Werkstatt für behinderte Menschen, in der der Kläger tätig war, im streitigen Zeitraum nicht. Zwar sind bei der Beigeladenen zwei Krankenschwestern beschäftigt, wie sich aus der von ihr im Berufungsverfahren vorgelegten Personalaufstellung ergibt. Von ihrer Ausbildung her ist eine Krankenschwester in der Lage, eine Katheterisierung durchzuführen. Diese beiden Krankenschwestern konnten allerdings die Katheterisierung beim Kläger nicht durchführen, weil sie nicht in der Werkstatt für behinderte Menschen, in welcher der Kläger untergebracht war, tätig waren, sondern in anderen Werkstätten für behinderte Menschen der Beigeladenen und zu den ihnen übertragenen Aufgaben nicht zusätzlich die Versorgung des Klägers übernehmen konnten. Wie die Beigeladene unwidersprochen dargelegt hat, war die eine der beiden Krankenschwestern in einer Werkstatt für behinderte Menschen tätig, die 32 km von der entfernt ist, in der der Kläger untergebracht war. Diese Krankenschwester hätte damit arbeitstäglich diese Strecke zurücklegen müssen, was bereits einen erheblichen Zeitaufwand zur Folge gehabt hätte und die Erfüllung der Aufgaben, die ihr in der anderen Werkstatt für behinderte Menschen übertragen waren, zumindest beeinträchtigt hätte. Die andere Krankenschwester war im streitigen Zeitraum nur zeitweise beschäftigt und mit ihren ihr übertragenen Aufgaben ausgelastet.

Der Senat vermag keine Rechtsgrundlage zu erkennen, die die Beigeladene verpflichtete, in allen von ihr getragenen Werkstätten für

behinderte Menschen für alle theoretisch in Betracht kommenden Erkrankungen und Behinderungen, die bei einer in die Werkstatt für behinderte Menschen aufgenommen Person vorliegen können, entsprechendes Fachpersonal vorzuhalten, also z.B. für jede der von ihr betriebenen Werkstatt für behinderte Menschen eine ausgebildete Krankenschwester. Zwar umfassen nach [§ 33 Abs. 6 SGB IX](#) die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch medizinische Hilfen, soweit sie im Einzelfall erforderlich sind, um die im [§ 33 Abs. 1 SGB IX](#) genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Dies geht jedoch nicht so weit, dass nunmehr der Rehabilitationsträger sämtliche medizinischen Hilfen erbringen muss. Dies lässt sich auch aus § 10 Abs. 1 Werkstättenverordnung nicht ableiten.

Ebenso wenig ist es notwendig, dass ein Versicherter mit einem besonderen Versorgungsbedarf nur in einer solchen Werkstatt für behinderte Menschen aufgenommen wird, in der dem Versorgungsbedarf Rechnung getragen werden kann. In diesem Fall blieben andere Gesichtspunkte, wie etwa eine ortsnahe Unterbringung des Versicherten, außer Betracht.

Soweit die Beklagte meint, die Auslegung des Begriffs des besonders hohen Pflegebedarfs müsse sich an [§ 43 Abs. 3 Satz 1 SGB XI](#) orientieren, folgt der Senat dem nicht. Nach dieser Vorschrift können die Pflegekassen in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege pauschal in Höhe des nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 4 geltenden Betrages (im Jahr 2010 EUR 1.825,00, seit 1. Januar 2012 EUR 1.918,00) übernehmen, wenn ein außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise bei Apallikern, schwerer Demenz oder im Endstadium von Krebserkrankungen. Die Vorschrift ist schon anders formuliert. Denn sie verlangt einen außergewöhnlich hohen und intensiven Pflegeaufwand und nicht wie [§ 37 SGB V](#) und § 1 Abs. 7 Häusliche Krankenpflege-Richtlinie einen besonders hohen Pflegeaufwand. Zudem setzt sie bereits einen erheblichen Pflegeaufwand voraus, weil sie auf einen das übliche Maß der Pflegestufe III übersteigenden Pflegeaufwand abstellt.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Die Revision hat der Senat wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zugelassen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-04-09