

L 5 KR 605/15 ER-B

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG Konstanz (BWB)

Aktenzeichen

S 2 KR 3027/14 ER

Datum

12.02.2015

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 5 KR 605/15 ER-B

Datum

14.04.2015

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Auf die Beschwerde der Antragstellerin wird der Beschluss des Sozialgerichts Konstanz vom 12.02.2015 aufgehoben. Der Antragsgegnerin wird im Wege der einstweiligen Anordnung aufgegeben, der Antragstellerin vorläufig - bis zur Entscheidung im Klageverfahren - häusliche Krankenpflege (Krankenbeobachtung) im Umfang von 13 Stunden täglich zu gewähren.

Die Antragsgegnerin hat der Antragstellerin die außergerichtlichen Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen zu erstatten.

Gründe:

I. Die Antragstellerin begehrt die Gewährung häuslicher Krankenpflege (Krankenbeobachtung) im Umfang von 13 Stunden täglich im Wege des vorläufigen Rechtsschutzes.

Die 2012 geborene Antragstellerin (bei der Antragsgegnerin familienversichert) ist seit Geburt mehrfach schwerst behindert. Seit Februar 2013 ist ihr die Pflegestufe III zuerkannt (Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) vom 25.07.2013). Außerdem besteht ein GdB 100 mit Merkzeichen B, G und H.

Unter dem 13.06.2013 verordnete der Allgemeinarzt Dr. St.-F. der Antragstellerin für die Zeit vom 01.07.2013 bis 31.12.2013 häusliche Krankenpflege zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung im Umfang von 16 Stunden täglich (Diagnosen: PEG; Tracheostomie, Hydrocephalus, chronische Lungenerkrankung, renale Anämie). Notwendig seien als Anleitung zur Behandlungspflege Trachealkanülenpflege und -wechsel, Beatmung, PEG/PEJ und das Herrichten der Medikamentengabe. Als sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege sei notwendig: 24 Stunden Dauerbeatmung - invasive Beatmung über Tracheostoma; Sicherstellung der Betreuung; RR-Kontrolle; Kontrolle der Beatmungsparameter; Monitoring; kompletter Gerätecheck; Pflege des Tracheostomas inkl. Kanülenwechsel; tgl. wiegen; Kontrolle Diurese und Stuhlgang; Kopfumfang messen einmal wöchentlich. Die Leistung wurde (zunächst) vom DRK (KIZ-ambulante Kinderkrankenpflege) erbracht.

Mit Bescheid vom 18.06.2013 gewährte die Antragsgegnerin der Antragstellerin häusliche Krankenpflege im Umfang von bis zu 16 Stunden täglich für die Zeit vom 01.07.2013 bis 31.12.2013; die Kosten hierfür (i. H. v. 40 EUR/Stunde, höchstens 640 EUR/Tag, zzgl. besonderer Pauschalen) würden übernommen.

Unter dem 04.10.2013 teilte das DRK der Antragsgegnerin (unter Vorlage der mit Schreiben vom 11.09.2013 angeforderten Pflegedokumentation) mit, die Antragstellerin mache gute Fortschritte und es gebe immer längere Phasen ohne Beatmung. Sie benötige dadurch aber eine engmaschige Beobachtung; man hoffe, die Antragstellerin mit der bisher bewilligten Stundenzahl versorgen zu können.

Die Antragsgegnerin befragte den MDK. Dr. St. hielt im MDK-Gutachten (nach Aktenlage) vom 17.10.2013 die Diagnosen intermittierende invasive Beatmung bei chronischer Lungenerkrankung und komplikationsreichem Verlauf nach OP wegen kongenitaler Zwerchfellhernie, absaugpflichtiges Tracheostoma, PEG/PEJ-Anlage und Multimorbidität fest. Im Vordergrund der häuslichen Krankenpflege stünden die intermittierende invasive Beatmung im dokumentierten Zeitraum ca. ½ bis 4 Stunden nachts und das absaugpflichtige Tracheostoma. Die Antragstellerin, die sich bei Verlegung der Atemwege oder bei Zwischenfällen nicht selbst abhelfen könne, benötige 24 Stunden täglich eine spezielle Krankenbeobachtung mit regelmäßiger Überwachung der Vitalfunktionen und ständiger behandlungspflegerischer Interventionsbereitschaft aus vitaler Indikation. Die spezielle Krankenbeobachtung werde laut der ärztlichen Verordnung 16 Stunden am Tag von einem Pflegedienst und im Übrigen von den Angehörigen der Antragstellerin durchgeführt. Zeitgleich zur speziellen Krankenbeobachtung seien behandlungspflegerische Maßnahmen erforderlich; außerdem erfolge zeitgleich die Grundpflege. Die

medizinischen Voraussetzungen für die Gewährung der verordneten Leistung seien erfüllt.

Mit Bescheid vom 25.10.2013 gewährte die Antragsgegnerin der Antragstellerin häusliche Krankenpflege ab 01.11.2013 (bis 31.12.2013) - nur noch - im Umfang von bis zu 13,15 Stunden täglich; die Kosten hierfür (i. H. v. 38 EUR/Stunde, höchstens 500 EUR/Tag; zzgl. besonderer Pauschalen), würden übernommen.

Unter dem 05.12.2013 und dem 01.01.2014 stellte Dr. St.-F. der Antragstellerin Folgeverordnungen für häusliche Krankenpflege für die Zeit vom 06.12.2013 bzw. 01.01.2014 bis 30.06.2014 aus. Die Leistung wurde durch den Pflegedienst A. (2 bis 3 Nachtwachen zu 9 Stunden/Woche) und den Pflegedienst St. (in Zusammenarbeit) erbracht. Mit Bescheiden vom 27.12.2013 und vom 14.01.2014 gewährte die Antragsgegnerin der Antragstellerin häusliche Krankenpflege vom 06.12.2013 bzw. 01.01.2014 bis 30.06.2014 durch die genannten Pflegedienste.

Unter dem 01.06.2014 und dem 12.06.2014 stellte Dr. St.-F. der Antragstellerin (weitere) Folgeverordnungen für häusliche Krankenpflege für die Zeit vom 01.06.2014 bzw. 01.07.2014 bis 31.12.2014 aus. Die Leistung wurde durch die Pflegedienste A. und T. (in Zusammenarbeit) erbracht. Mit Bescheiden vom 03.06.2014 und 20.06.2014 gewährte die Antragsgegnerin der Antragstellerin häusliche Krankenpflege vom 01.06.2014 bis 31.12.2014 durch die genannten Pflegedienste (bis zu 4 Nachtwachen zu 9 Stunden/Woche und bis zu 3 Tagdienste/Woche). Im Bescheid vom 20.06.2014 ist - wie den vorangegangenen Bescheiden - (u.a.) ausgeführt, die Bewilligung (Kostenzusage) ende, wenn die medizinische Notwendigkeit der verordneten Leistungen vor Ablauf des angegebenen Zeitraums nicht mehr gegeben sei. Seien einzelne Maßnahmen ganz oder teilweise nicht mehr notwendig, müsse dies unverzüglich mitgeteilt werden.

Am 23.05.2014 wurde die Antragstellerin in der Universitätsklinik T. operativ dekanüliert. Das Tracheostoma wurde abgeklebt mit dem Ziel des dauerhaften Verschlusses.

Im Pflegebericht des Pflegedienstes A. vom 01.09.2014 ist ausgeführt, der Zustand der Antragstellerin entwickle sich gut. Die Sauerstoffsättigungswerte hielten sich stabil zwischen 95 % und 100 % ohne Sauerstoffgabe. Die restlichen Vitalparameter, wie Herz- und Atemfrequenz, hielten sich ebenfalls stabil. Die Antragstellerin schlafe meistens die ganze Nacht durch; sie habe manchmal kurze Wachphasen, in denen sie aber entspannt und zufrieden wirke. Die Atmung sei ruhig und regelmäßig. Hin und wieder komme es zu kurzen Atempausen mit Sättigungsabfall bis 72 %. Die regelmäßige Atmung setze aber ohne Stimulation nach kurzer Zeit wieder ein. Die Lunge sei seitengleich und gut belüftet. Die Antragstellerin müsse nur noch sehr selten abgesaugt werden und könne das Sekret mittlerweile gut abhusten. Absaugen sei nachts seit längerem nicht mehr notwendig gewesen. Die Nahrungsverabreichung via PEG müsse auf Grund eines Reflux sehr langsam erfolgen, da andernfalls ein Würgereiz ausgelöst werde. Bei Dienstantritt (der Pflegekraft) schlafe die Antragstellerin meist schon. Um 0.00 Uhr und 1.00 Uhr würden Medikamente und Sondennahrung via PEG verabreicht. Die nächste Medikamentengabe erfolge morgens um 7.00 Uhr. Das Hauptaugenmerk in der Nacht liege auf der Krankenbeobachtung, wie der ein- bis zweistündlichen Kontrolle von Atmung, Sauerstoffsättigung und Herzfrequenz, und außerdem auf der Kontrolle der Windeln (ggf. mit Wechsel); ein- bis zweimal werde umgelagert. Da man nur Nachtdienste und keine Tagdienste abdecke, bezögen sich die geschilderten Beobachtungen nur auf die Nachtzeit. Weil sich das Tracheostoma nicht so schnell wie erwartet verkleinert habe, sei der operative Verschluss für den 31.07.2014 geplant worden. Wegen erhöhter Leukozytenzahl sei der Termin verschoben worden; ein neuer Termin sei nicht bekannt.

Die Antragsgegnerin befragte erneut den MDK. Im MDK-Gutachten (nach Aktenlage) vom 26.09.2014 führte Dr. St. aus, die Antragstellerin sei wenige Tage nach der Geburt wegen kongenitaler Zwerchfellhernie links operiert worden, wobei es zu multiplen Komplikationen gekommen sei. Schließlich habe man eine invasive Dauerbeatmung mit Tracheostoma-Anlage (9/2012) vorgenommen. Nach vorübergehender Dialysepflicht seien intracraniale Einblutungen und eine zystische Encephalomalazie aufgetreten. Wegen Hydrocephalus sei eine VP-Shuntanlage erforderlich geworden und wegen Trinkschwäche eine PEG/PEJ-Anlage, zusätzlich auch Fundoplication und Hitaloplastik. Es bestehe eine schwere globale Entwicklungsstörung mit spastischer Bewegungsstörung (seit Februar 2013 Pflegestufe III). Im Juni 2013 habe sich die Antragstellerin u.a. zur Überprüfung der Heimbeatmungsparameter in stationärer Behandlung befunden. Tagsüber habe sie an der feuchten Nase spontan atmen können, nachts sei weiterhin invasive Beatmung über Tracheostoma erforderlich gewesen. Man habe eine vorsichtige Ausdehnung der Spontanatmungszeiten vereinbart. Seit der Vorbegutachtung im Oktober 2013 (seinerzeit ganztags - 24 Stunden täglich - Notwendigkeit der speziellen Krankenbeobachtung mit regelmäßiger Überwachung der Vitalfunktionen und ständiger behandlungspflegerischer Interventionsbereitschaft aus vitaler Indikation, 16 Stunden/Tag durch Pflegedienst, im Übrigen durch Angehörige) habe sich die Atmungssituation im Verlauf zunehmend stabilisiert. Nachdem die Antragstellerin schon seit einiger Zeit keine Beatmung und keine Sauerstoffgabe mehr benötige, sei sie im Mai 2014 dekanüliert und das Tracheostoma sei mit dem Ziel des dauerhaften Verschlusses abgeklebt worden. Nach Auskunft der Klinik könne der geplante Tracheostoma-Verschluss voraussichtlich in der 2. Oktoberwoche vorgenommen werden. Danach werde die Antragstellerin postoperativ im häuslichen Bereich weiterhin überwachungspflichtig sein. Derzeit sei sie bis zu 13 Stunden täglich mit häuslicher Krankenpflege versorgt. Verordnet werde weiterhin häusliche Krankenpflege/Intensivpflege im Umfang von 92 Stunden/Woche im Tag- und Nachtdienst.

Die Antragstellerin reagiere auf Ansprache und Berührung, könne ihr Befinden durch Mimik, Lachen, Weinen ausdrücken und lautieren. Häufig komme es zu Unruhezuständen. Derzeit gebe es keine Hinweise für anfallsverdächtige Ereignisse. Phenobarbital habe ausgeschlichen werden können. Die Antragstellerin sei außerdem wegen an Taubheit grenzender Innenohrschwerhörigkeit beidseits mit Hörgeräten versorgt. Das Sehvermögen sei hochgradig eingeschränkt; die Antragstellerin öffne die Augen und reagiere auf Licht.

Die Antragstellerin atme inzwischen spontan Raumluft auf physiologischem Weg. Das Tracheostoma sei abgeklebt. Sauerstoffgabe erfolge derzeit nicht (Sauerstoffsättigung meist zwischen 95 % und 100 %) bei gelegentlichen kurzen Atempausen (Sättigungsabfall bis 72 %), wobei die regelmäßige Atmung ohne Stimulation nach kurzer Zeit wieder einsetze. Die Antragstellerin könne Sekret hochhusten und in der Regel ausreichend abhusten. Das Abhusten erfolge teilweise über das Tracheostoma; danach werde wieder frisch abgeklebt. Nur noch gelegentlich sei endotracheales Absaugen erforderlich (im Dokumentationszeitraum am 08.07.2014, 12.08.2014, 23.08.2014 (2 Mal)) Zur besseren Sekretmobilisation würden mehrmals täglich Inhalationen und weitere atemunterstützende Maßnahmen durchgeführt. Breinahrung werde oral mit Löffel verabreicht, Babymilch mit Spritzen. Häufig komme es aufgrund distaler Ösophagusenge und Reflux zu Erbrechen und Schmerzen. Zusätzlich werde über PEG/PEJ mittels Bolusgabe langsam aufsondiert. Es bestehe eine spastische Bewegungsstörung mit Subluxationsstellung der Hüften beidseits. Freies Sitzen sei noch nicht möglich; die Antragstellerin könne sich auch im Liegen noch nicht selbständig drehen. Die Kopfkontrolle sei inzwischen gut, die Rumpfkontrolle sei noch eingeschränkt. Bei pflegerischen

Verrichtungen sei die Antragstellerin vollständig auf Hilfe angewiesen.

Aktuell sei die Antragstellerin aus vitaler Indikation weiterhin überwachungspflichtig. Sie müsse noch gelegentlich über das Tracheostoma abgesaugt werden. Im Rahmen von Unruhezuständen oder starkem Husten könne sich die Abklebung des Tracheostomas lösen. Nach dem (abzuwartenden) operativen Verschluss des Tracheostomas werde voraussichtlich noch 2 bis 3 Wochen Überwachungspflichtigkeit bestehen, da durch das Ablösen von Krusten im Bereich der Operationswunde oder durch Hautemphysem eine Verlegung der Atemwege drohe. Die verordnete stundenweise Unterstützung der Eltern bei Durchführung der speziellen Krankenbeobachtung sei medizinisch plausibel. Zusätzlich zur speziellen Krankenbeobachtung seien behandlungspflegerische Maßnahmen erforderlich; außerdem erfolge zeitgleich die Grundpflege. Die medizinischen Voraussetzungen für die Leistung seien (weiterhin) erfüllt.

Am 15.10.2014 wurde das Tracheostoma der Antragstellerin chirurgisch verschlossen. Seit 21.10.2014 ist sie wieder zu Hause. Sie ist zunächst weiterhin mit häuslicher Krankenpflege im Umfang von 13 Stunden täglich versorgt worden.

Die Mutter der Antragstellerin teilte der Antragsgegnerin (fernmündlich) mit, sie könne die Antragstellerin nach wie vor nicht aus den Augen lassen. Es sei ständige Überwachung notwendig, was sie in der Nacht nicht leisten könne. In Nächten ohne Pflegedienst schlafe sie (die Mutter der Antragstellerin) nicht. Die Unterstützung durch häusliche Krankenpflege sei im bisherigen Umfang nach wie vor notwendig.

Vorgelegt wurde das Attest des Dr. Sch. vom 31.10.2014. Darin heißt es, für die Antragstellerin sei nachts weiterhin Pflegebetreuung notwendig, da es nach der letzten Operation der Zwerchfellhernie mit Fixierung des Magens zu häufigem nächtlichem Erbrechen komme, was erhebliche Aspirationsgefahr bedeute. Der Mutter der Antragstellerin sei es nicht zuzumuten, die pflegerischen Maßnahmen 24 Stunden am Tag durchzuführen.

Die Antragsgegnerin befragte (erneut) den MDK. Im MDK-Gutachten (nach Aktenlage) vom 07.11.2014 führte Dr. St. (unter Darstellung des bisherigen Behandlungs-/Pflegeverlaufs) aus, die Antragstellerin sei schwerst mehrfach behindert und müsse rund um die Uhr gepflegt werden. Die Atmungssituation habe sich inzwischen stabilisiert. Die Antragstellerin atme inzwischen spontan Raumluft. Das Tracheostoma habe am 15.10.2014 operativ verschlossen werden können. Für einen Zeitraum von vier Wochen postoperativ sei die Antragstellerin weiterhin aus vitaler Indikation überwachungspflichtig, da durch Ablösung von Krusten im Bereich der Operationswunde oder durch Hautemphysem eine Verlegung der Atemwege drohe. Die Fortführung der stundenweisen Unterstützung der Eltern bei Durchführung der speziellen Krankenbeobachtung sei für vier Wochen postoperativ medizinisch plausibel. Nach Ablauf von vier Wochen postoperativ bestehe keine Indikation mehr für eine behandlungspflegerische Interventionsbereitschaft aus vitaler Indikation. An planbaren behandlungspflegerischen Maßnahmen seien weiterhin medizinisch begründet: Inhalationen, Medikamentengabe, Verbandwechsel PEG-Sonde. Bei den Lagerungsmaßnahmen und der Mundpflege (Entfernung von Erbrochenem/Speichel/Sekret aus dem Mund-/Rachenraum) handele es sich nicht um eine ärztliche Leistung, die der behandelnde Arzt an eine qualifizierte Pflegefachkraft delegieren könne, weswegen insoweit keine Behandlungspflege vorliege. Vielmehr handele es sich um Maßnahmen der Grundpflege, die tags und nachts sowohl planbar als auch zu nicht planbaren Zeiten anfielen. Es würden (insoweit) bereits Leistungen nach Pflegestufe III gewährt. Da die Situation für die pflegenden Eltern sehr anstrengend und belastend sei, werde zur Entwicklung einer tragbaren Lösung die Einschaltung eines Pflegeberaters der Pflegekasse empfohlen.

Mit Bescheid vom 07.11.2014 gewährte die Antragsgegnerin der Antragstellerin häusliche Krankenpflege ab 17.11.2014 - nur noch - im Umfang von ca. 3 Stunden/Tag. Aus dem MDK-Gutachten der Dr. St. vom 07.11.2014 gehe hervor, dass die Überwachung der Antragstellerin in der Nacht aus vitaler Indikation nicht mehr notwendig sei.

Zur Begründung des dagegen eingelegten Widerspruchs wurde für die Antragstellerin vorgetragen, die Situation sei nach dem Verschluss des Tracheostoma komplizierter als zuvor geworden. Das Beatmen und Absaugen sei nicht mehr so einfach durchführbar. Die Antragstellerin drehe sich insbesondere nachts häufig unbemerkt in die Rückenlage und erbreche sich. Es drohe jederzeit die Gefahr des Ersticken. Gerade in der Nacht sei die Überwachung der vitalen Situation zwingend notwendig; das gehe auch aus dem Attest des Dr. Sch. vom 31.10.2014 hervor. Grundpflegerische Tätigkeiten stünden nicht in Rede. Die Antragstellerin sei nach wie vor an einen Überwachungsmonitor angeschlossen. Jede Nacht komme es zu einem Sauerstoffsättigungsabfall, ebenso zu einem Abfall des Pulses, und es ergäben sich immer wieder lebensbedrohliche Situationen. Die Mutter der Antragstellerin könne die Situation ohne angemessene Unterstützung durch häusliche Krankenpflege nicht bewältigen.

Bei einem Hausbesuch von Mitarbeitern der Antragsgegnerin gab die Mutter der Antragstellerin an, die Erbrechenssymptomatik trete überwiegend nach der Nahrungsaufnahme (3 bis 4 Mal/Tag) auf. Insbesondere in der Nacht habe sie Angst, dass die Antragstellerin aspiriere, weshalb eine nächtliche Überwachung nötig sei. Dafür bleibe sie im Zimmer der Antragstellerin, weil sie befürchte, den Überwachungsmonitor nicht zu hören. Sie benötige zumindest jede zweite Nacht Unterstützung durch eine Pflegekraft, damit sie (eine Nacht) schlafen könne.

Eine Mitarbeiterin des Pflegedienstes A. teilte der Antragsgegnerin auf Nachfrage mit, die Nächte bei der Antragstellerin seien sehr ruhig. Die Antragstellerin habe manchmal kurze Wachphasen, die aber nicht krankheitsbedingt seien. Sie habe sich kein einziges Mal erbrochen. Drei oder vier Mal sei die Sauerstoffsättigung auf 89 % abgesunken, habe sich aber schnell, ohne Handlungsbedarf, wieder erholt, bevor der Alarm habe quittiert werden können.

Mit Bescheid vom 25.11.2014 gewährte die Antragsgegnerin der Antragstellerin häusliche Krankenpflege im Umfang von (nur) 3 Stunden täglich im Rahmen regelmäßiger Behandlungspflege. Nach den Feststellungen des MDK sei davon auszugehen, dass sich die Versorgungssituation mit dem Tracheostomaverschluss positiv verändere, so dass die ständige Krankenbeobachtung nicht mehr erforderlich sei. Die (weitere) Leistungsbewilligung erfolge als Einzelfallentscheidung, um die neue Situation mit dem verschlossenen Tracheostoma zu stabilisieren. Es gehe aber nicht darum, weitere Überwachungszeiten oder Pflegebetreuung zu erbringen, sondern um die Einübung behandlungspflegerischer Maßnahmen. Die Kosten für häusliche Krankenpflege würden noch bis 31.12.2014 für 3 Stunden täglich übernommen, weil die Situation nach dem Tracheostomaverschluss für die Mutter der Antragstellerin noch recht neu sei.

Am 01.12.2014 wurde für die Antragstellerin beim Sozialgericht Konstanz um vorläufigen Rechtsschutz nachgesucht. Die Gewährung

häuslicher Krankenpflege sei zu Unrecht von 13 Stunden täglich auf 3 Stunden täglich vermindert worden. Man habe dies bislang noch durch Verhinderungspflege auffangen können, was aber künftig nicht mehr möglich sei. Es bestehe ständig Lebensgefahr für die Antragstellerin, weshalb häusliche Krankenpflege weiterhin im Umfang von 13 Stunden täglich - bis zur Erhebung eines Gutachtens - gewährt werden müsse. Die Antragstellerin erbreche häufig unplanbar und unkontrolliert; Erbrochenes und Sekret könne in die Atemwege gelangen und zur Erstickung führen. Um (durch die Leistungen der Pflegeversicherung abgedeckte) einfache Grundpflege gehe es nicht, vielmehr sei die bisher gewährte Behandlungspflege als spezielle Krankenbeobachtung weiterhin notwendig. Die Mutter der Antragstellerin könne dies nicht leisten. Die Fortführung der Intensivpflege könnten die Eltern der Antragstellerin auch nicht (vorläufig) selbst finanzieren (Monatseinkommen 2.750,50 EUR, Monatsausgaben 2.480,25 EUR).

Die Antragsgegnerin trug vor, nach Auskunft der Universitätsklinik T. entschieden sich die Ärzte bei Kleinkindern nur dann zum Verschließen eines Tracheostomas, wenn sie sich ganz sicher seien, dass keine vitalen Bedrohungen mehr auftreten könnten. Es müsse ganz sicher sein, dass das Kind selbst husten und schlucken könne.

Die Antragstellerin veranlasste die Erstellung des (weiteren) MDK-Gutachtens des Dr. P. - mit Untersuchung der Antragstellerin (bei einem Hausbesuch) - vom 23.01.2015. Darin ist ausgeführt, aus der Pflegedokumentation gehe vor, dass der Pflegedienst eine Nacht pro Woche und an drei Tagen morgens für 3 Stunden von 7.00 Uhr bis 10:00 Uhr anwesend sei. Dabei würden in überwiegendem Maße grundpflegerische Verrichtungen durchgeführt. Es würden zum Beispiel Flüssigkeit und Sondenkost über die Ernährungssonde verabreicht, Windelwechsel und Körperpflege durchgeführt. Die Antragstellerin werde von dem Hausarzt der Familie (Dr. St.-F.) ärztlich betreut unter regelmäßiger Mitbehandlung der Universitätsklinik T ... Vor dem operativen Verschluss des Tracheostomas im Oktober 2014 habe die Schluckfunktion durch die zwischenzeitlich nicht mehr erforderliche Logopädie soweit gebessert werden können, dass man seit 23.05.2014 die zuvor notwendige Trachealkanüle habe dauerhaft entfernen können. Trotz ständigen Abklebens der Tracheostomaöffnung habe sich das Lumen nicht spontan verschlossen. Daher sei nach mehreren Monaten des Zuwartens die Indikation zu einem operativen Verschluss der Tracheostomaöffnung gestellt worden. Diese sei komplett verschlossen und reizlos abgeheilt. Es zeige sich eine geringfügig eingezogene Narbe. Es werde unverändert eine Überwachung durch Pulsoxymetrie durchgeführt und bei Sauerstoffsättigungsabfall unter 91 % bei Bedarf Sauerstoff verabreicht. Im Jahr 2014 seien keine Lungenentzündungen oder respiratorische grippale Infekte aufgetreten. Am 11., 12. und 13.01.2015 seien jeweils im Anwesenheitszeitraum des Pflegedienstes keine Sauerstoffgabe und auch kein Entfernen von Sekret aus dem Mund/Rachenraum mithilfe eines Absaugkatheters dokumentiert. Nach Angaben der Mutter der Antragstellerin trete aktuell im Zusammenhang mit der Gabe von Sondenkost über die Ernährungssonde zeitnah Erbrechen auf. Der geschluckte Speichel führe derzeit bei momentan anatomisch ungünstigem nahezu rechtem Winkel der Speiseröhre zum Magen immer wieder zum Sekretstau vor dem Mageneingang. Im weiteren Verlauf werde ein konservatives Therapieregime verfolgt, da die berechnete Hoffnung bestehe, dass durch das Längenwachstum der Antragstellerin sich der Winkel der Speiseröhre zum Magen durch die Begradigung günstiger gestalte und das derzeit bestehende relative Passagehindernis sich ohne weitere operative Eingriffe bessere. Das Körpergewicht der Antragstellerin sei seit Dezember 2014 stabil zwischen 8.500 g und 8.700 g. Viermal täglich werde Sondenkost u.a. auch vom Pflegedienst verabreicht. Die Antragstellerin sei mit einer gastrojejunalen Sonde versorgt. Dabei würden über den gastralen Schenkel Sondenkost und über den jejunalen Schenkel Medikamente und Flüssigkeit verabreicht. Im Juli 2012 sei eine Rechtsherzinsuffizienz beschrieben. Bei der Dauerbeatmung von Juni 2012 bis September 2012 sei eine chronische Lungenerkrankung mit einer Umbaulunge VILI diagnostiziert worden. Die Mutter der Antragstellerin gebe einen seit Monaten bestehenden Pleuraerguss bei der Antragstellerin an, der mit Lasix therapiert werde; hierzu gebe es keine ärztlichen Befundberichte. Dem stünden die zuletzt beim Krankenhausaufenthalt im Oktober 2014 durchgeführten unauffälligen Herzechokardiogramme gegenüber. Dabei sei die Dauermedikation für das Herz mit Sildefanil und Bosentan abgesetzt worden. Auch bei der Kontrolluntersuchung habe keine pulmonale Hypertension nachgewiesen werden können. Sowohl im Aufnahmebefund als auch im Entlassbefund seien die Lungen beidseits belüftet gewesen. Im Röntgenthorax habe sich kein Hinweis für einen Erguss gezeigt. Beim Krankenhausaufenthalt im Februar 2014 seien die durchgeführten EEG als hoch pathologisch befundet worden. Dies sei im Zusammenhang mit der Hirnatrophie zu sehen. Eine erhöhte Erregbarkeit, was für ein cerebrales Krampfleiden sprechen würde, habe nicht nachgewiesen werden können. Das gegen cerebrale Krampfanfälle verordnete Luminal sei bis Herbst 2014 regelmäßig als Dauermedikation gegeben worden. Bei rückläufiger Krampfeigung werde seitdem pausiert. In den letzten Monaten seien durchschnittlich zwei cerebrale Krampfanfälle pro Monat aufgetreten. Dabei sei die Frequenz wechselnd. Von der Mutter der Antragstellerin würden teilweise zwei Anfälle pro Woche und dann über mehrere Wochen Anfallsfreiheit beschrieben. Die verordnete Bedarfsmedikation habe seit längerem nicht verabreicht werden müssen, da sich die Anfälle innerhalb von 2 Minuten spontan limitierten. Am 14.01.2015 sei um 7:01 Uhr ein Anfall mit aufgerissenen Augen und leicht nach oben verdrehtem Blick dokumentiert, der sich erst nach 2 bis 3 Minuten ohne Gabe der Bedarfsmedikation spontan limitiert habe. Für März 2015 sei eine Kontrolluntersuchung vorgesehen. Von August bis Oktober 2012 sei eine Dialyse erforderlich gewesen. Aktuell sei die Urinausscheidung unauffällig. Die Antragstellerin neige zu häufigem, weichem Stuhlgang.

Dr. P. diagnostizierte eine schwere globale Entwicklungsstörung mit mehrfacher geistiger und körperlicher Behinderung. Unter Berücksichtigung der vorliegenden Unterlagen und der beim Hausbesuch gewonnenen Erkenntnisse habe sich der Gesundheitszustand der Antragstellerin stabilisiert. Das geistig und körperlich mehrfach behinderte Kind sei alleine nicht lebensfähig und benötige ständig eine aufwändige grundpflegerische Versorgung. In den vorausgegangenen Gutachten seien sämtliche relevanten Diagnosen erfasst und der daraus resultierende Hilfebedarf entsprechend der Grundpflege und der Behandlungspflege korrekt zugeordnet worden. Es fänden sich keine Hinweise, dass bei der Antragstellerin über den 12.11.2014 hinaus eine Interventionsbereitschaft erforderlich sei. Nach dem operativen Verschluss des Tracheostomas seien auch unter Berücksichtigung der gemessenen Sauerstoffsättigungsabfälle keine vital bedrohlichen Zustände aufgetreten, die einer sofortigen medizinischen Intervention bedurft hätten. Der Verschluss des Tracheostomas sei nur bei ausreichender Schluckfunktion und erhaltenen Schutzreflexen medizinisch indiziert. Seit der Entfernung der Trachealkanüle im Mai 2014 atme die Antragstellerin zunächst mit abgeklebter Tracheostomaöffnung spontan Raumluft. Seitdem seien keine Aspirationspneumonie oder grippale Infekte aufgetreten. Die Antragstellerin könne ausreichend sicher das endobronchiale Sekret in den Mundraum hochhusten und teilweise mit dem Speichel schlucken. Teilweise müsse das Sekret, insbesondere bei zäher Konsistenz, aus dem Mundraum entfernt werden. Dies sei durch Auswischen, Lagerung oder wie im vorliegenden Fall mit Hilfe eines Absaugkatheters möglich. Diese Verrichtungen stellten grundpflegerische Maßnahmen dar.

Die Häufigkeit und Intensität der cerebralen Krampfanfälle sei rückläufig. Die Dauermedikation sei bereits vor Monaten abgesetzt worden und seitdem sei die Gabe der Bedarfsmedikation nicht notwendig gewesen, da sich die nur noch selten auftretenden Krampfanfälle spontan limitierten, ohne dass dies zu einer vitalen Bedrohung führe. An behandlungspflegerischen Maßnahmen seien jeweils eine Medikamentengabe 6 bis 8 Mal pro Tag, Inhalationen zweimal pro Tag, Verbandwechsel der PEG-Sonde jeden zweiten Tag sowie täglich die

Bestimmung des Körpergewichts indiziert. Empfohlen werde die Intensivierung der Physiotherapie am Montag und Mittwoch auf dreimal wöchentlich. Dies sei erforderlich, um durch eine kontinuierliche Physiotherapie die weitere Entwicklung der Antragstellerin zu unterstützen.

Die Eltern der Antragstellerin traten der Einschätzung des Dr. P. entgegen. Nach wie vor bestünden vitale Bedrohungen. Die Antragstellerin könne nach ihrer Beobachtung nur selten wirklich abhusten. Es komme regelmäßig zu heftigen Anfällen; auch hierbei bestehe die Gefahr der Erstickung, wenn nicht rechtzeitig vorher abgesaugt werde. Ein derartiger Anfall könne nur mithilfe des Pflegedienstes kontrolliert werden. Sie seien mit der ständigen Kontrolle und Beobachtung der Antragstellerin auf Dauer überfordert.

Mit Beschluss vom 12.02.2015 lehnte das Sozialgericht den Erlass einer einstweiligen Anordnung ab. Zur Begründung führte es aus, ein Anordnungsanspruch sei nicht hinreichend glaubhaft gemacht. Offen bleiben könne, ob aus dem Bewilligungsbescheid vom 20.06.2014 im Hinblick auf die aufschiebende Wirkung des dagegen eingelegten Widerspruchs weiterhin häusliche Krankenpflege im Umfang von 92 Stunden/Woche beansprucht werden könne. Es sei nicht dargetan, ob die Überwachung der Antragstellerin während dieser Zeit fortgesetzt worden und ob dadurch eine Kostenbelastung entstanden sei; insoweit bestehe keine Eilbedürftigkeit und die weitere Klärung bleibe dem Hauptsacheverfahren überlassen.

Für die Zukunft könne häusliche Krankenpflege als nächtliche Krankenbeobachtung im Wege der einstweiligen Anordnung nicht (vorläufig) gewährt werden. Die Überwachung der Antragstellerin rund um die Uhr, auch während der Nacht, über den 16.11.2014 hinaus und auch derzeit sei nach Lage der Dinge nicht zwingend notwendig. Das folge aus dem MDK-Gutachten des Dr. P. vom 23.01.2015. Dr. P. habe dargelegt, dass die Antragstellerin mit eigenem Hustenreiz in der Lage sei, Sekret in den Mundraum hochzuhusten. Anhaltspunkte dafür, dass es in letzter Zeit nachts zu lebensbedrohlichen Zuständen gekommen sei, die ein Eingreifen notwendig gemacht hätten, würden nicht angegeben. Aspirationspneumonien oder grippale Infekte seien nicht aufgetreten. Soweit ersichtlich hätten sämtliche Ereignisse, bei denen die Sauerstoffsättigung abgesunken sei, ein Eingreifen der Pflegekräfte oder der Mutter der Antragstellerin nicht erforderlich gemacht. Gleiches gelte für das Auftreten von Krampfanfällen. Die Bedarfsmedikation sei nicht eingesetzt worden. Nach den Erkenntnissen des Dr. P. spreche auch (schon) der operative Verschluss des Tracheostomas (als solcher allgemein) dafür, dass eine vitale Bedrohung nicht länger bestehe. Nur dann werde nämlich auf die Trachealkanüle verzichtet. Sofern hochgehustetes Sekret noch aus dem Mundraum entfernt werden müsse, z.B. durch Lagerung, Auswischen oder Absaugen, werde dies der Grundpflege zuzuordnen sein, die die Antragsgegnerin als Krankenkasse nicht zu erbringen habe. Nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche-Krankenpflege-Richtlinie) sei das Absaugen der oberen Atemwege nur dann der Behandlungspflege zuzuordnen, wenn eine hochgradige Einschränkung der Fähigkeit zum Abhusten/der bronchialen Selbstreinigungsmechanismen, z. B. bei schwerer Emphysebronchitis, Aids, Mukoviszidose oder bei Beatmungspatienten, bestehe. Davon sei vorliegend nicht auszugehen. Außerdem sei die Antragstellerin nach den Feststellungen des Dr. P. in der Lage, selbständig Sekret zumindest in den Mundraum hochzuhusten. Der Pflegebericht des Pflegedienstes A. vom 01.09.2014 zeige ebenfalls, dass sich die Situation der Antragstellerin stabilisiert habe. In dem Bericht, der sich gerade auf die nächtliche Versorgung beziehe, werde mitgeteilt, dass die Antragstellerin gut abhusten könne und nachts seit längerer Zeit nicht mehr abgesaugt werden müssen. Außerdem setze die regelmäßige Atmung nach kurzen Atempausen ohne Simulation wieder ein. Erbrechen sei nicht mehr aufgetreten. Bei dem Pflegebericht handele es sich um aktuellere Angaben im Vergleich zum Attest des Dr. Sch. vom 30.10.2014. Eine Pflegedokumentation, wonach es entgegen den Erkenntnissen des Dr. P. und des Pflegedienstes (doch) zu lebensbedrohlicher Sauerstoffunterversorgung oder zu interventionspflichtigen Krampfanfällen gekommen wäre, liege nicht vor.

Am 16.02.2015 ist für die Antragstellerin Beschwerde eingelegt worden. Das bisherige Vorbringen wird bekräftigt. Derzeit werde die häusliche Krankenpflege durch die Familie der Antragstellerin erbracht, die dadurch erheblich überlastet sei. Im Zuge einer Folgenabwägung hätte eine einstweilige Anordnung erlassen werden müssen, um zumindest vorläufig Krankenpflegeleistungen zu gewähren. Die Antragstellerin müsse rund um die Uhr überwacht werden. Dr. P. sei kein unabhängiger Gutachter, weshalb dessen MDK-Gutachten nicht verwertet werden dürfe. Nach den Schilderungen der Familie der Antragstellerin bestehe nach wie vor eine vitale Bedrohung. Vor allem nachts könne möglicherweise zum Ersticken führendes Sekret aus dem Mundraum nicht entfernt werden. Die Antragstellerin könne Sekret (nach wie vor) nicht selbst konsequent in den Mundraum hochhusten und entfernen und sei insoweit wesentlich eingeschränkter als etwa ein Mukoviszidose-Patient. Zudem müsse rund um die Uhr eine Person zur Verfügung stehen, die die Vitalfunktionen überwache und bei Bedarf eingreifen könne. Derzeit könne eine Pflegedokumentation nur während der Grundpflege erstellt werden.

Die Antragstellerin beantragt sinngemäß,

den Beschluss des Sozialgerichts Konstanz vom 12.02.2015 aufzuheben und der Antragsgegnerin im Wege der einstweiligen Anordnung aufzugeben, ihr vorläufig Leistungen der häuslichen Krankenpflege (Krankenbeobachtung) im Umfang von 13 Stunden täglich zu gewähren.

Die Antragsgegnerin beantragt,

die Beschwerde zurückzuweisen.

Sie hält den angefochtenen Beschluss für zutreffend.

Mit Widerspruchsbescheid vom 04.03.2015 wies die Antragsgegnerin den Widerspruch der Antragstellerin gegen den Bescheid vom 07.11.2014 zurück. Dagegen ist für die Antragstellerin (fristgerecht) Klage erhoben worden, über die noch nicht entschieden ist.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Antragsgegnerin, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

II. Die Beschwerde der Antragstellerin ist gem. [§§ 172 ff. Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) statthaft, insbesondere nicht gem. [§ 172 Abs. 3 Nr. 1 SGG](#) ausgeschlossen, und auch sonst zulässig (zur Bestimmtheit des Antrags in Fällen der vorliegenden Art BSG, Urt. v. 10.11.2005, - B [4 KR 38/04 R](#) -). Sie ist auch begründet. Das Sozialgericht hat den Erlass der begehrten einstweiligen Anordnung zu Unrecht abgelehnt.

Vorläufiger Rechtsschutz ist vorliegend gem. [§ 86b Abs. 2 SGG](#) statthaft. Danach kann das Gericht der Hauptsache, soweit ein Fall des [§ 86b](#)

[Abs. 1 SGG](#) (Anordnung der aufschiebenden Wirkung von Widerspruch oder Anfechtungsklage) nicht vorliegt, auf Antrag eine einstweilige Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, wenn die Gefahr besteht, dass durch eine Veränderung des bestehenden Zustands die Verwirklichung des Rechts des Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte (Satz 1, Sicherungsanordnung). Einstweilige Anordnungen sind auch zur Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint (Satz 2, Regelungsanordnung). Mit der Sicherungsanordnung soll die Rechtsstellung des Antragstellers (vorläufig) gesichert, mit der Regelungsanordnung soll sie (vorläufig) erweitert werden. Voraussetzung ist jeweils die Glaubhaftmachung ([§ 86b Abs. 2 Satz 4 SGG](#) i. V. m. [§ 920 Abs. 2 ZPO](#)) eines Anordnungsanspruchs und eines Anordnungsgrunds. Unter dem Anordnungsanspruch ist der materielle Anspruch zu verstehen, den der Antragsteller als Kläger im Hauptsacheverfahren geltend macht. Der Anordnungsgrund besteht in der Erforderlichkeit einer vorläufigen gerichtlichen Entscheidung. Der Erlass einer einstweiligen Anordnung muss gerechtfertigt sein. Daher müssen Gründe vorliegen, aus denen sich ihre besondere Dringlichkeit ergibt.

Bei Auslegung und Anwendung des [§ 86b Abs. 2 SGG](#) sind das Gebot der Gewährung effektiven Rechtsschutzes ([Art. 19 Abs. 4 GG](#)) und die Pflicht zum Schutz betroffener Grundrechte zu beachten, namentlich dann, wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass eine Versagung vorläufigen Rechtsschutzes Grundrechte des Antragstellers erheblich, über den Randbereich hinaus und womöglich in nicht wieder gut zu machender Weise verletzen könnte. Ferner darf oder muss das Gericht ggf. auch im Sinne einer Folgenbetrachtung bedenken, zu welchen Konsequenzen für die Beteiligten die Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes bei späterem Misserfolg des Antragstellers im Hauptsacheverfahren einerseits gegenüber der Versagung vorläufigen Rechtsschutzes bei nachfolgendem Obsiegen in der Hauptsache andererseits führen würde. Schließlich kann im Wege einstweiligen Rechtsschutzes grundsätzlich nur eine vorläufige Regelung getroffen und dem Antragsteller daher nicht schon in vollem Umfang, und sei es nur für eine vorübergehende Zeit, gewährt werden, was er nur im Hauptsacheverfahren erreichen könnte. Auch in solchen Fällen ist der Erlass einer einstweiligen Anordnung freilich möglich, wenn dies zur Gewährung effektiven Rechtsschutzes ([Art. 19 Abs. 4 GG](#)) geboten ist (zu alledem etwa Puttler, in NK-VwGO § 123 Rdnr. 94 ff.; Kopp/Schenke, [VwGO § 123](#) Rdnr. 12 ff. m.N. zur Rechtsprechung).

Hinsichtlich des Umfangs der Ermittlungen sind - unbeschadet der Geltung des Amtsermittlungsgrundsatzes ([§ 103 SGG](#)) auch im vorläufigen Rechtsschutzverfahren - der Eilcharakter des vorläufigen Rechtsschutzverfahrens und das Risiko einer etwaigen Abweichung von der künftigen Entscheidung im Hauptsacheverfahren zu berücksichtigen. Das gilt auch für die Prüfungsdichte des Gerichts. Regelmäßig genügt danach eine summarische Prüfung der Sach- und Rechtslage auf der Grundlage unstrittiger oder glaubhaft gemachter Tatsachen bzw. auf der Grundlage der von den Beteiligten vorgelegten oder in angemessener Zeit erreichbaren Beweismittel. Drohen besonders schwerwiegende Eingriffe in grundrechtlich geschützte Güter, die nur schwer oder gar nicht mehr rückgängig gemacht werden können, ist eine besonders eingehende Prüfung der Sach- und Rechtslage, wenn möglich eine Vollprüfung, geboten. Geht es um existentiell bedeutsame Leistungen der Krankenversicherung ist eine lediglich summarische Prüfung der Sach- und Rechtslage ausgeschlossen und eine abschließende Prüfung notwendig. Kommt das in solchen Fällen aus Zeitgründen im Hinblick auf den Eilcharakter des Verfahrens nicht in Betracht, ist eine Folgenbetrachtung unter umfassender Berücksichtigung der grundrechtlich geschützten Güter des Antragstellers und der diesen drohenden Beeinträchtigungen ausschlaggebend. Das Gericht muss sich dabei schützend und fördernd vor die Grundrechte des Einzelnen stellen (vgl. BVerfG, Beschl. v. 6.2.2007, - [1 BvR 3101/06](#) -; auch Senatsbeschluss vom 9.8.2011, - L 5 KR 2470/11 -).

Davon ausgehend ist der Antragsgegnerin im Wege der einstweiligen Anordnung aufzugeben, der Antragstellerin vorläufig (bis zur Entscheidung des Sozialgerichts im Klageverfahren) weiterhin häusliche Krankenpflege (Krankenbeobachtung) im Umfang von 13 Stunden täglich zu gewähren.

Das Vorliegen eines Anordnungsgrunds, also der besonderen Dringlichkeit einer vorläufigen Regelung, ist unter den Beteiligten nicht streitig. Ob ein Anordnungsanspruch vorliegt, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt offen.

Gem. [§ 37 Abs. 2 Satz 1](#), 1. Halbsatz SGB V erhalten Versicherte in ihrem Haushalt oder ihrer Familie als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztliche Behandlung erforderlich ist (Behandlungssicherungspflege). Der krankenversicherungsrechtliche Anspruch auf häusliche Krankenpflege in Form der Behandlungssicherungspflege besteht neben dem Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege aus der sozialen Pflegeversicherung. Zur Behandlungssicherungspflege gehören alle Pflegemaßnahmen, 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 verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu verhindern oder zu lindern, wobei diese Maßnahmen typischerweise nicht von einem Arzt, sondern von Vertretern medizinischer Hilfsberufe oder auch von Laien erbracht werden (krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen). Die Hilfeleistungen umfassen Maßnahmen verschiedenster Art wie z.B. Injektionen, Verbandwechsel, Katheterisierung, Einläufe, Spülungen, Einreibungen, Dekubitusversorgung, Krisenintervention, Feststellung und Beobachtung des jeweiligen Krankenstandes und der Krankheitsentwicklung, die Sicherung notwendiger Arztbesuche, die Medikamentengabe sowie die Kontrolle der Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten (BSG, Ur. v. 10.11.2005, - [B 3 KR 38/04 R](#) -). Auch die Krankenbeobachtung - ggf. "rund um die Uhr" - bei Gefährdung vitaler Funktionen und der Erforderlichkeit jederzeit möglichen Eingreifens durch medizinisch-pflegerisches Personal kann zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung i. S. d. [§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) notwendig sein und zusammen mit den konkreten Einzelmaßnahmen, die der Pflegedienst zu erbringen hat, die ambulante ärztliche Behandlung des Versicherten ergänzen und verhindern, dass der Versicherte Krankenhausbehandlung benötigt, die ansonsten unumgänglich wäre (vgl. BSG, Ur. v. 10.11.2005, [a. a. O.](#)). Ein nach Maßgabe des Gesetzesrechts in [§ 37 Abs. 2 SGB V](#) bestehender Leistungsanspruch kann durch möglicherweise entgegenstehendes Richtlinienrecht (in der Häusliche-Krankenpflege-Richtlinie) nicht eingeschränkt oder ausgeschlossen werden (auch dazu BSG, Ur. v. 10.11.2005, [a. a. O.](#); LSG Sachsen, Beschl. v. 13.11.2014, - [L 1 KR 260/14 B ER](#) -).

Ob der Antragstellerin danach der im Klageverfahren geltend gemachte Anspruch auf Gewährung häuslicher Krankenpflege (Krankenbeobachtung) im Umfang von 13 Stunden täglich (weiterhin) zusteht oder nicht, kann der Senat auf der Grundlage der zum medizinischen Sachverhalt bislang getroffenen Feststellungen nicht hinreichend sicher beurteilen. Ergänzende Feststellungen in tatsächlicher Hinsicht sind im vorläufigen Rechtsschutzverfahren aus Zeitgründen nicht möglich. Daher muss über die Beschwerde der Antragstellerin auf der Grundlage einer (reinen) Folgenbetrachtung entschieden werden. Diese fällt zu Gunsten der Antragstellerin aus. Bei rechtswidriger Versagung der in Rede stehenden Leistung kann das Leben der Antragstellerin als grundrechtlicher Höchstwert ([Art 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#)) bedroht sein und im schlimmsten Fall der Tod eintreten. Sollte sich im Klageverfahren demgegenüber ergeben, dass die Leistung

zu Recht versagt worden und die Besorgnis von Lebensgefahr für die Antragstellerin nicht gerechtfertigt gewesen ist, wäre der Antragsgegnerin ein (überschaubarer) Vermögensschaden entstanden, der (was außer Frage steht) in der Folgenbetrachtung zurückstehen muss.

Für die Abwägungsentscheidung des Senats sind folgende Erwägungen maßgeblich:

Das Sozialgericht hat sich für seine Wertung ohne Rechtsfehler (in erster Linie) auf das MDK-Gutachten des Dr. P. vom 23.01.2015 gestützt. Dieses ist im Gerichtsverfahren zu verwerten. Es stellt weder ein so genanntes "Parteigutachten" dar noch sind bei derzeitiger Erkenntnislage Mängel der Begutachtung erkennbar, die die Überzeugungskraft des Gutachtens stichhaltig in Zweifel ziehen könnten. Die Gutachten des MDK stellen auch in gerichtlichen Verfahren grundsätzlich eine wichtige und auch wertvolle Erkenntnisquelle dar, auf die sich der Senat in einer Vielzahl von Entscheidungen stützt. Dr. P. hat seine Beurteilung, was vorliegend sicherlich nicht hätte ausreichen können, nicht allein auf die Aktenlage gegründet, sondern bei einem Hausbesuch offenbar eine persönliche Untersuchung der Antragstellerin vorgenommen und außerdem die vorhandenen Pflegedokumentationen einbezogen.

Der Senat hält gleichwohl weitere Ermittlungen in medizinischer Hinsicht für zwingend erforderlich, um abschließend beurteilen zu können, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum für die Antragstellerin nach dem mittlerweile vorgenommenen operativen Verschluss des Tracheostomas - neben den Leistungen der Pflegeversicherung - (noch) Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch die Antragsgegnerin notwendig sind. Dazu wird es geboten sein, im Klageverfahren aktuelle Befundberichte der behandelnden (und die häusliche Krankenpflege verordnenden) Ärzte einzuholen und namentlich die behandelnden Ärzte der Universitätsklinik T. zu befragen, ob und in welchem Umfang und ggf. für wie lange noch aus deren Sicht eine Krankenbeobachtung der Antragstellerin zur Abwehr erheblicher Lebens- und Gesundheitsgefahren (etwa durch Erstickungsanfälle) notwendig ist. Auf der Grundlage dieser Berichte wird sodann zu prüfen sein, ob noch ein Gerichtsgutachten zu erheben ist, oder ob der medizinische Sachverhalt nunmehr (freilich unter Einbeziehung des MDK-Gutachtens des Dr. P. vom 23.01.2014 und ggf. auch der vorausgegangenen MDK-Gutachten (nach Aktenlage)) ausreichend sicher festgestellt werden kann. Bei derzeitigem Erkenntnisstand wird man jedenfalls - auch angesichts des nicht von vornherein als offenkundig unerheblich zu verwerfenden - Vorbringens der Mutter der Antragstellerin, die nach wie vor aus ihrer Sicht lebensbedrohliche Zustände oder Erstickungsgefahren durch nicht ausreichendes Abhusten von Sekret (u.a.) vor allem nachts berichtet, eine abschließende Entscheidung ohne weitere Ermittlungen nicht treffen können. Deswegen muss es vorläufig bei der (Weiter-)Gewährung der häuslichen Krankenpflege (Krankenbeobachtung) im beantragten (und verordneten) Umfang bleiben.

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

Dieser Beschluss ist unanfechtbar ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-05-24