S 4 KR 599/01

Land
Freistaat Thüringen
Sozialgericht
SG Meiningen (FST)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Meiningen (FST)
Aktenzeichen
S 4 KR 599/01
Datum
14.12.2004
2. Instanz
Thüringer LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenübernahme für die Kosten, die durch einen Katheterwechsel und -spülung während des Aufenthaltes des Klägers in einer Werkstatt für Behinderte entstehen.

Der am 20.04.1978 geborene Kläger ist schwerstbehindert und erhält Leistungen der Pflegestufe III. Er wird überwiegend durch seine Eltern gepflegt. Tagsüber besucht er eine Werkstatt für Behinderte. Der Kläger ist mit Einmalkatheter versorgt und muss mehrmals täglich kathetetisiert werden. Während des Aufenthalts in der Werkstatt für Behinderte hatte dies ein häuslicher Krankenpflegedienst übernommen, wobei die Beklagte als zuständige Krankenkasse die Kosten hierfür bis zum 30.09.2000 übernommen hat. Der Kostenübernahme lagen ärztliche Verordnungen von häuslicher Krankenpflege für einmal täglich Katheterwechsel einschließlich Spülung vom Hausarzt Dr. L. zugrunde. Der Kläger legte eine neue Verordnung von Dr. L. für den Zeitraum vom 01.10. bis 31.10.2000 vor. Die Beklagte lehnte mit Schreiben vom 18.10.2000 unter Hinweis auf neue Richtlinien zur Abgrenzung von Pflegemaßnahmen und häuslicher Krankenpflege die Übernahme der Kosten ab, da es sich nicht um Leistungen der häuslichen Krankenpflege handele. Hiergegen legte der Kläger Widerspruch mit Schreiben vom 18.01.2001 ein, der mit Widerspruchsbescheid vom 25.05.2001 zurückgewiesen wurde.

Rückwirkend zum 01.10.2000 haben die Eltern des Klägers statt der Zahlung des vollständigen Pflegegeldes in Höhe von 1.300,00 DM auf kombinierte Geld- und Pflegesachleistung umgestellt. Der häusliche Pflegedienst hat die Rechnung für die tägliche Einmalkathetisierung bei der Pflegekasse eingereicht und die beigeladene Pflegekasse das Pflegegeld an die Familie entsprechend dem Verhältnis der ausgezahlten Pflegesachleistungen gekürzt.

Der Kläger begehrt mit seiner mit Schreiben vom 08.06.2001 erhobenen Klage ungekürztes Pflegegeld für die Vergangenheit und Kostenübernahme der Kosten für die Einmalkathetisierung durch die Krankenkasse während des Werkstattaufenthaltes in der Zukunft. Der Kläger macht geltend, die Werkstatt für Behinderte habe den Charakter der Ergänzung des häuslichen Milieus. Es könne nicht sein, dass die Einmalkathetisierung zu Lasten des der Familie zustehenden Pflegegeldes ginge.

Der Kläger beantragt,

den Bescheid vom 18.10.2000 und den Widerspruchsbescheid vom 25.05.2001 aufzuheben und

1. festzustellen, dass die Beklagte verpflichtet war, Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Form einer täglichen Einmal- kathetisierung ab 01.10.2000 zu übernehmen,

2. die Beklagte zu verpflichten, Leistungen der häuslichen Kranken- pflege in Form der täglichen Einmalkathetisierung für die Zukunft zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte begründete zunächst die Ablehnung der weiteren Kostenübernahme damit, dass es sich bei der Werkstatt für Behinderte um eine Institution handele, in der sich der Kläger außerhalb des Familienhaushalts aufhalte und damit eine Leistungsgewährung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege ausgeschlossen sei. Zuletzt beruft sich die Beklagte darauf, dass die Einmalkathetisierung keine verordnungsfähige Leistung der häuslichen Krankenpflege darstelle.

Die zum Verfahren beigeladene Pflegekasse beantragt,

die Klage abzuweisen. Nach der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 21.11.2002 wurde die Beklagte zur Stellungnahme durch das Gericht aufgefordert. Die Beklagte hat auf die am 14.05.2000 in Kraft getretene Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen verwiesen. Der Kläger hat einen Arztbericht des Dipl.-Med. S. vom 03.07.2003 Universitätsklinikum J. vorgelegt. Danach leidet der Kläger an einer sogenannten neurogenen Blase. Er ist zu keinerlei willkürlichen Blasenentleerung in der Lage, weshalb ohne Kathetisierung Nierenschäden eintreten würden. Das Gericht hat von der Beigeladenen das MDK-Pflegegutachten vom 13.01.1995 beigezogen. Darin wurden 12 x 10 Minuten mit Decubituspflege bei Darm-Blasenentleerung angenommen. Nach der Stellungnahme der Klägerseite vom 02.02.2004 wurde erst nach der Erstellung des Pflegegutachtens mit der Kathetisierung begonnen. Die Beklagte hat ein Schreiben des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 27.01.2004 sowie eine Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 12.08.03 vorgelegt, wonach Einmalkathetisierung nur zu Schulungszwecken des Betroffenen und im übrigen nur die Versorgung mit einem transurethralen Dauerkatheter verordnungsfähig sein soll. Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines Befundberichts von Dipl.-Med. S. vom 09. Dezember 2004.

Bezüglich des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Verwaltungsakte der Beklagten und der Gerichtsakte, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist unbegründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung für die in Anspruch genommenen Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch die Beklagte.

Die Klage ist zulässig. Insbesondere ist auch die Feststellungsklage für eine Leistungspflicht der Beklagten in der Vergangenheit zulässig. Nachdem die Beklagte die Kostenübernahme für die weitere häusliche Krankenpflege nach dem 01.10.2001 abgelehnt hat, haben die Eltern des Klägers als dessen Vertreter auf die Kombination von Geld- und Pflegesachleistungen umgestellt. Das bedeutet, dass die Pflegeversicherung Sachleistungen in der Form der Kostenübernahme für die Einmalkathetisierung in der Werkstatt für Behinderte übernimmt und den nicht verbrauchten Anteil an Geldleistung entsprechend dem Verhältnis der nicht verbrauchten Sachleistungen an die Eltern des Klägers auszahlt. Ob und inwieweit dieser Antrag und diese Umstellung der Leistungen durch die Pflegeversicherung durch eine Klage gegenüber der Krankenkasse auf Kostenübernahme rückgängig gemacht werden kann, ist fraglich. Richtiger Weise müsste der Kläger gegenüber der Beigeladenen die Auszahlung des vollen Pflegegeldes und gegenüber der Beklagten die Freistellung von den Kosten des Pflegedienstes geltend machen. Der Kläger kann nach Umstellung auf kombinierte Geld- und Sachleistung im gerichtlichen Verfahren nicht von der Beklagten für die Vergangenheit die Auszahlung der Differenz zwischen ungekürztem und gekürztem Pflegegeld verlangen. Der Kläger kann allenfalls Schadenersatzansprüche gegenüber der Beklagten geltend machen, weil er aus finanziellen Gründen sich gezwungen sah, wegen fehlender Kostenübernahme durch die Beklagte auf kombinierte Geld- und Sachleistungen in der Pflegeversicherung umzustellen. Vom Gericht wurde daher angeregt, dass der Kläger lediglich die Feststellung der Verpflichtung der Kostenübernahme durch die Beklagte beantragt, um sich etwaige Schadenersatzansprüche zu sichern. Das hierfür erforderliche besondere Feststellungsinteresse liegt vor (vgl. hierzu Meyer-Ladewig, SGG, Kommentar, 7. Auflage, § 55 Rdnr. 16).

Die Klage ist unbegründet. Streitgegenstand war zunächst ausschließlich die verordnete häusliche Krankenpflege vom 01.10. bis 31.10.2000. Nur hierfür hatte der Kläger ursprünglich eine Verordnung des behandelnden Arztes vorgelegt. Zwischenzeitlich wurde jedoch über den 31.10.2000 hinaus die häusliche Krankenpflege in der Form weiter geführt, dass Kosten des Pflegedienstes mit dem Pflegegeld verrechnet und dem Kläger dadurch ein materieller Schaden in Form der Kürzung des Pflegegeldes entstanden ist. Entgegen den Ausführungen des Bundessozialgerichts im Urteil vom 21. November 2002 (Az.: B 3 KR 13/02 R) erstreckt sich daher der Streitgegenstand im vorliegenden Verfahren mangels vorliegender Folgebescheide durch den Hausarzt auf den gesamten streitigen Zeitraum in der Vergangenheit ab dem 01.10.2000 bis in die Zukunft hinein. Da sich an dem Zustand und der Sachlage nichts geändert hat, ist auch für die Zukunft zu erwarten, dass die Beklagte eine Kostenübernahme für häusliche Krankenpflege nicht vornehmen wird.

Nach § 37 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erhalten Versicherte in ihrem Haushalt oder ihrer Familie als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Entgegen den ursprünglichen Ausführungen der Beklagten im Widerspruchsbescheid vom 25.05.2001 ist eine Kostenerstattung und Leistung für die Zukunft durch die Beklagte nicht bereits deshalb ausgeschlossen, weil der Kläger sich während der erforderlichen Blasenkathetisierung in einer Werkstatt für Behinderte aufhält. § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V begrenzt die Leistungspflicht der Krankenkasse nicht räumlich auf den Haushalt des Versicherten oder seiner Familie als Leistungsort und schließt medizinisch erforderliche Maßnahmen, die bei vorübergehenden Aufenthalten außerhalb der Familienwohnung anfallen, dann nicht aus, wenn sich der Versicherte ansonsten ständig in seinem Haushalt bzw. seiner Familie aufhält und dort seinen Lebensmittelpunkt hat (Bundessozialgericht Urteil vom 21. November 2002, Az.: B 3 KR 13/02 R). Eine Begrenzung der Kostenübernahme häuslicher Krankenpflege nur in der Wohnung des Versicherten ist damit durch diese Vorschrift nicht erfolgt. Die Beklagte hat grundsätzlich auch für Erbringung häuslicher Krankenpflege außerhalb der Wohnung eines Versicherten zu sorgen, wenn der Lebensmittelpunkt des Versicherten in der Familie angesiedelt ist. § 37 SGB V will nur dort die häusliche Krankenpflege ausschließen, wo ein Daueraufenthalt in Einrichtungen der Alten- oder Behindertenhilfe vorliegt.

Bei der Einmalkathetisierung handelt es sich um eine Maßnahme der Behandlungspflege. Bei Pflegebedürftigkeit unterscheidet das Gesetz grundsätzlich zwischen Maßnahmen der Grundpflege und der Behandlungspflege. Zu den Maßnahmen der Grundpflege gehören Maßnahmen, die der Nahrungsaufnahme, der Körperpflege, dem An- und Auskleiden sowie dem Ausscheiden und der hauswirtschaftlichen Versorgung dienen. Maßnahmen der Grundpflege zählen zu den Leistungen, die die Pflegeversicherung im Rahmen des Elften Buches

Sozialgesetzbuch (SGB XI) abdeckt. Zur Behandlungspflege gehören nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts alle Pflegemaßnahmen, die durch eine bestimmte Erkrankung erforderlich werden, auf den Krankheitszustand des Versicherten ausgerichtet sind und dazu beitragen, die Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten bzw. Krankheitsbeschwerden zu verhindern oder zu lindern (vgl. BSG aaO). Die Behandlungssicherungspflege wird durch die gleichzeitige Gewährung von Grundpflege als Leistung der sozialen Pflegeversicherung nicht ausgeschlossen (vgl. BSG Urteil vom 30. Oktober 2001, Az.: B 3 KR 2/01 R). Einen Anhaltspunkt, welche Maßnahmen zur Behandlungspflege und welche zur Grundpflege gehören, bietet die Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V vom 16.02.2000 (Bundesanzeiger Nr. 91, S. 8878). Die Kathetisierung der Harnblase ist unter Nr. 23 der Anlage dieser Richtlinie aufgeführt mit Einlegen, Entfernen oder Wechseln eines transurethralen Dauerkatheters in die Harnblase zur Ableitung des Urins, wobei ein Dauerkatheterwechsel alle drei bis vier Wochen möglich ist, sowie Einbringen eines transurethralen Einmalkatheters in die Harnblase zur Schulung von Patienten in der sachgerechten Anwendung des Einmalkatheters für maximal 5 Tage.

Die tägliche Einmalkathetisierung des Klägers gehört zur Behandlungspflege. Nach dem eingeholten Befundbericht des Dipl.-Med. S. vom 09. Dezember 2004 leidet der Kläger an einer schweren neuropathischen Blasen- und Mastdarmfunktionsstörung. Das Kathetisieren des Klägers ist mehrmals täglich zur Verhinderung von schweren Nierenbeckenentzündungen und Nierenschädigungen notwendig. Damit handelt es sich um eine Maßnahme, die der Verhinderung von Erkrankungen dient.

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (jetzt: Gemeinsamer Bundesausschuss) hat in den Richtlinien nach I. 3. S. 2 nicht in der Anlage zu der Richtlinie aufgeführte Maßnahmen von der Verordnungsfähigkeit häuslicher Krankenpflege ausgeschlossen und festgestellt, dass die Krankenkassen solche Maßnahmen nicht genehmigen dürfen. In diesem Zusammenhang hat die Beklagte ein Schreiben des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 27. Januar 2004 sowie ein Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 12. August 2003 vorgelegt. Danach ist eine Einmalkathetisierung von den gesetzlichen Krankenkassen nicht zu übernehmen, soweit sie nicht von den Patienten selbst im Rahmen einer Selbstkathetisierung vorgenommen werden können. Die Legung eines Dauerkatheters wird in diesem Zusammenhang als erforderlich und medizinisch ausreichend angesehen. Nach den Ausführungen des Dipl.-Med. S. im Befundbericht vom 09. Dezember 2004 bestehen erhebliche Bedenken an dem grundsätzlichen Ausschluss der Einmalkathetisierung aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. Wie Dipl.-Med. S. überzeugend ausführt, ist beim Kläger diese Einmalkathetisierung angezeigt und medizinisch notwendig. Insoweit bestehen erhebliche Zweifel, ob die Ermächtigungsnorm in § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V einen grundsätzlichen Ausschluss sonstiger Maßnahmen durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkasse rechtfertigt. Es findet bereits eine grundsätzliche Einschränkung des gesetzlichen Anspruches durch § 37 SGB V statt. Insoweit ist der Bundesausschuss lediglich im Rahmen des § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V ermächtigt, diese gesetzliche Anspruchsnorm näher auszugestalten. Er darf jedoch nicht grundsätzlich medizinisch notwendige Maßnahmen von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege ausschließen, wenn diese Maßnahmen eindeutig zur Behandlungspflege zählen.

Ein Anspruch des Klägers ist jedoch deshalb nicht gegeben, weil die Einmalkathetisierung untrennbarer Bestandteil der zur Grundpflege gehörenden Verrichtung der Blasenentleerung ist. Zur Leistungspflicht der Pflegeversicherung zählt Behandlungspflege nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts dann, wenn es sich um eine Maßnahme handelt, die untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung aus dem Katalog des § 14 Abs. 4 SGB XI ist oder jedenfalls mit einer solchen Verrichtung objektiv notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang steht (vgl. BSG Urteil vom 30. Oktober 2001, Az.: B 3 KR 2/01 R). In einem solchen Fall ist der zeitliche Aufwand für diese Maßnahme der Behandlungspflege im Rahmen des Gesamtaufwandes für die betroffene Verrichtung der Grundpflege als Pflegebedarf zu berücksichtigen. Dies kann zu einer höheren Pflegestufe führen, muss jedoch nicht.

Die Kathetisierung des Klägers ist untrennbar mit der Verrichtung der Blasenentleerung verbunden (BSG Urteil vom 22.08.2001, Az. B 3 P 23/00 R). Ebenso wie die Sondenernährung die notwendige Nahrungsaufnahme ersetzt oder die Stomaversorgung untrennbar mit der Darmentleerung zu verbinden ist (vgl. BSG Urteil vom 30.10.2001, Az.: B 3 KR 2/01 R), ersetzt die Kathetisierung die Blasenentleerung. Da die Blasenentleerung zu den Grundverrichtungen der Pflege gehört, fällt diese daher grundsätzlich in den Leistungsbereich der gesetzlichen Pflegeversicherung. Damit ist jedoch auch eine Kostenübernahme der Beklagten für diese Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege ausgeschlossen. Dabei spielt es auch keine Rolle, dass in dem letzten Pflegegutachten vom 13.01.1995 die Einmalkathetisierung noch nicht berücksichtigt wurde, weil zu diesem Zeitpunkt eine Einmalkathetisierung des Klägers noch nicht erfolgt ist. Bereits im Pflegegutachten vom 13.01.1995 wurde bei der Verrichtung der Darm- und Blasenentleerung ein erhöhter zeitlicher Rahmen von 12 x 10 Minuten aufgrund der mit der Darm- und Blasenentleerung erforderlichen Decubituspflege angenommen. Der Kläger kann jederzeit nach dem Angebot der Beigeladenen im Verfahren eine neue Begutachtung herbeiführen und den Zeitaufwand für die benötigte Blasenentleerung im Rahmen des Pflegegutachtens einfließen lassen. Ob dies allerdings zu höheren Leistungen führt, nachdem der Kläger bereits Leistungen der Pflegestufe III erhält, mag dahinstehen. Die Beklagte hat daher zutreffend im Ergebnis trotz nach Auffassung des Gerichts fehlerhafter Begründung eine Kostenerstattung und Übernahme der angefallenen Kosten für die häusliche Krankenpflege abgelehnt. Die Klage war daher abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 des Sozialgerichtsgesetzes.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2005-08-15