

L 1 P 28/05

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

Sächsisches LSG

Sachgebiet

Pflegeversicherung

Abteilung

1

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 16 P 57/03

Datum

18.08.2005

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

L 1 P 28/05

Datum

12.12.2007

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Das Legen und Wechseln transurethraler Katheter zählt grundsätzlich zur medizinischen Behandlungspflege und ist bei der stationären Unterbringung des Pflegebedürftigen vom Pflegesatz erfasst. Der Träger der stationären Pflegeeinrichtung muss das Legen und Wechseln transurethraler Katheter durch eigenes Personal oder Dritte gewährleisten.

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 18. August 2005 wird zurückgewiesen.

II. Die Klägerin hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

IV. Der Streitwert wird auf 4.000,00 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin wendet sich gegen die Verpflichtung zum Legen und Wechseln transurethraler Katheter.

Die Klägerin betreibt eine Pflegeeinrichtung und erbringt Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI). Die Klägerin beauftragt Ärzte damit, Heimbewohnern transurethrale Blasenverweilkatheter zu legen und zu wechseln. Nach Durchführung ihrer Leistungen stellen die Ärzte der Klägerin ihr Honorar privat in Rechnung (Abrechnung nach GOÄ). Nach Ansicht der Klägerin zählt die Katheterisierung nicht zu den Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege im Sinne des [§ 43 Abs. 2 SGB XI](#). Aus den Richtlinien der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 22.09.1998 ergebe sich nichts anderes. Danach setze die Verantwortung des Arztes für seinen Patienten grundsätzlich voraus, dass der Arzt auch bei der Durchführung der an Mitarbeiter delegierten Leistungen in der Praxis anwesend sei. Es sei daher unzulässig, in der Arztpraxis aufgrund genereller Anordnungen an das Praxispersonal Leistungen durchführen zu lassen, wenn der Arzt nicht persönlich in der Praxis erscheinen könne oder aber für längere Zeit abwesend sei. Vor diesem Hintergrund könne und dürfe nur der Arzt die Indikation zum Legen eines transurethralen Katheters stellen, da er allein medizinische Komplikationen, die durch das Legen dieses Katheters entstehen könnten, zu verhindern vermöge. Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenhäuser über die Verordnung "häuslicher Krankenpflege" enthielten keine Verpflichtung zum Legen eines transurethralen Katheters im Rahmen der Behandlungspflege. Da diese Richtlinien nur die pflegerischen Leistungen bei der ambulanten Krankenpflege im häuslichen Bereich regelten, sei bestenfalls eine entsprechende Anwendung dieser Vorschriften zulässig. Die Beklagte hat daraufhin erwidert, dass die Klage bereits unzulässig sei. Es sei nicht ersichtlich, woraus sich ein berechtigtes Interesse der Klägerin an der begehrten Feststellung ergeben könne. Denn die Beklagte berühme sich weder eines Anspruchs gegenüber der Klägerin noch bestreite sie einen ihrer erhobenen Ansprüche. Im Übrigen sei nicht nachvollziehbar, inwiefern ein entsprechendes Urteil die von der Klägerin bemühten Ärzte binden könne, da diese nicht am Verfahren beteiligt seien ([§ 141 Sozialgerichtsgesetz \[SGG\]](#)). In der Sache sei die Klägerin verpflichtet, gemäß [§ 43 SGB XI](#) transurethrale Katheter zu legen oder zu wechseln.

Das SG hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 18.08.2005). Die Klage sei als Feststellungsklage zulässig. Insbesondere bestehe das erforderliche Feststellungsinteresse, soweit durch den 1997 zwischen der Klägerin und den Landesverbänden der Pflegekassen in Sachsen geschlossenen Versorgungsvertrag Leistungen der vollstationären Pflege für Versicherte der Beklagten erbracht würden. Die Klage sei jedoch unbegründet. Nach § 4 des Versorgungsvertrages sei die Klägerin verpflichtet, alle für die Versorgung Pflegebedürftiger nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlichen Leistungen der Pflege nach [§ 43 SGB XI](#) zu erbringen. Da die Regelung des [§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB XI](#) ausdrücklich auch Leistungen der medizinischen Behandlungspflege umfasse, sei die Klägerin nach § 4 Abs. 1 Satz 1 des

Versorgungsvertrages auch verpflichtet, derartige Leistungen zu erbringen. Die streitgegenständliche Maßnahme sei zur Behandlungspflege zu zählen.

Gegen das ihr am 20.09.2005 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 13.10.2005 Berufung zum Sächsischen Landessozialgericht eingelegt. Sie sei nicht verpflichtet, die streitgegenständlichen Maßnahmen auszuführen, da diese aufgrund des medizinischen Risikos allein durch Ärzte vorzunehmen seien. Vor diesem Hintergrund könnten entsprechende Verpflichtungen der Klägerin auch nicht durch den Versorgungsvertrag begründet werden.

Sie beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 18. August 2005 aufzuheben und festzustellen, dass sie nicht verpflichtet ist, bei den bei der Beklagten versicherten Bewohnern ihrer Einrichtung im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege transurethrale Katheter zu legen oder zu wechseln.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil im Ergebnis für zutreffend und bezieht sich zur Begründung im Wesentlichen auf ihre Ausführungen im erstinstanzlichen Verfahren.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

I. Die Berufung ist zulässig. Insbesondere handelt es sich bei der von der Klägerin erhobenen negativen Feststellungsklage auch um eine in diesem Fall zulässige Klageart. Das dafür notwendige Feststellungsinteresse besteht.

Nach [§ 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#) kann mit der Klage die Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens eines Rechtsverhältnisses begehrt werden. Dabei muss es sich regelmäßig um öffentlichrechtliche Rechtsverhältnisse handeln (vgl. Meyer Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 8. Aufl. 2005, § 55 Rn. 4). Auf die Regelungen der von der Klägerin angeführten, zwischen ihr und den Heimbewohnern bestehenden Heimverträge kommt es nicht an, da diese zivilrechtlicher Natur sind. Unter Rechtsverhältnis versteht man die Rechtsbeziehungen zwischen Personen oder Personen und Gegenständen, die sich aus einem konkreten Sachverhalt aufgrund einer Norm für das Verhältnis mehrerer Personen untereinander oder einer Person zu einer Sache ergeben (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 09.02.1995 – [7 RAr 78/93](#) – [NZS 1996, 39](#); Bundesverwaltungsgericht [BVerwG], Urteil vom 23.01.1992 – [3 C 50/89](#) – [BVerwGE 89, 327](#)). Es kann sich auch um eine Vielzahl von Rechtsbeziehungen handeln. Die Feststellungsklage muss nicht auf das Rechtsverhältnis im umfassenden Sinn abzielen; es kann auch auf die Feststellung einzelner Rechte und Pflichten geklagt werden, die auf dem Rechtsverhältnis im umfassenden Sinn basieren und vom Inhalt dieses Rechtsverhältnisses abhängen (BSG, Urteil vom 06.03.2003 – [B 11 AL 27/02 R](#) – [SozR 4-7822 § 3 Nr. 1](#)).

Diese Voraussetzungen liegen vor, denn in diesem Fall streiten die Beteiligten darüber, ob die Klägerin aufgrund Versorgungsvertrags dazu verpflichtet ist, die streitgegenständlichen Maßnahmen im Rahmen der Behandlungspflege zu übernehmen; mithin wird um den Inhalt eines Teils der von ihr der Beklagten geschuldeten Hauptleistungspflicht gestritten. Im Kern behauptet die Klägerin, sie habe Anspruch auf die Zahlung des Pflegesatzes durch die Beklagte in Höhe des [§ 43 Abs. 2 SGB XI](#), ohne dass dafür das Legen und Wechseln von transurethralen Kathetern mit zu erbringen ist. Derartige Maßnahmen sowie die erwähnte Vergütung stehen zueinander in einem synallagmatischen Verhältnis; ob diesbezügliche (auch teilweise) Leistungspflichten bestehen oder nicht, kann Gegenstand einer Feststellungsklage sein. Dabei ist mit den Beteiligten davon auszugehen, dass von der Klägerin laufend Bewohner versorgt werden, die bei der Beklagten – als größter Pflegekasse in Sachsen – versichert sind.

Die Klägerin hat auch ein berechtigtes Interesse an der begehrten Feststellung, weil die Beklagte die von der Klägerin behauptete partielle Nichtleistungspflicht bestreitet. Dass die behandelnden Ärzte und die Heimbewohner an die ergehende Entscheidung nicht gebunden sein werden ([§ 141 SGG](#)), steht nicht entgegen. Denn die von der Klägerin begehrte gerichtliche Feststellung dient ihren wirtschaftlichen Interessen, pauschal vergütete Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege als Teil der allgemeinen Pflegeleistungen gemäß [§ 82 Abs. 1 Satz 3 SGB XI](#) einzuschränken.

Mit der von der Klägerin begehrten Feststellung ergeben sich allerdings noch keine unmittelbaren Konsequenzen für den Pflegesatz, der sich nach der für die Klägerin geltenden Pflegesatzvereinbarung richtet (zum Pflegesatzverfahren siehe [§ 85 SGB XI](#)), an der weitestgehend Kostenträger als Vertragspartner beteiligt sind, und die grundsätzlich abschließend die Leistungspflicht der Pflegebedürftigen regelt. Wenn aber die Klägerin gegenüber allen am Abschluss der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträgern, also nicht nur gegenüber der Beklagten, die begehrte negative Feststellung herbeiführen könnte, stünde damit fest, dass der Einsatz transurethraler Katheter nicht vom Pflegesatz erfasst wäre. Die Klägerin könnte dann die versicherten Pflegebedürftigen auf ihre Krankenversicherung verweisen oder – falls sich die insoweit durch die negative Feststellung nicht gebundene Krankenversicherung auf den Standpunkt stellen sollte, sie sei kraft Gesetzes kein zuständiger Leistungsträger – mit den Pflegebedürftigen oder dem Sozialhilfeträger vereinbaren, dass sie auf deren (dessen) Kosten eine privatärztliche Behandlung veranlassen dürfe. Die Pflegebedürftigen könnten dann der Klägerin jedenfalls nicht entgegenhalten, die Leistung sei mit dem Pflegesatz abgedeckt.

Ob ein derartiger negativer Feststellungsanspruch auch gegenüber einer entgegenstehenden Regelung in einem Rahmenvertrag auf Landesebene vorrangig ist, ist nicht bei der Zulässigkeit der Feststellungsklage unter dem Gesichtspunkt des Feststellungsinteresses zu prüfen, sondern – wie auch die damit im Zusammenhang stehenden sonstigen vertraglichen Abreden und gesetzlichen Vorschriften – bei der Begründetheit der Feststellungsklage. Der von der Klägerin gewählte Weg ist zwar in hohem Maße umständlich und von vielen weiteren Bedingungen abhängig. Dadurch entfällt aber nicht das Feststellungsinteresse im Rechtssinne. Aufbauend auf einer erfolgreich

durchgesetzten negativen Feststellung könnte die Klägerin weitere rechtliche Schritte einleiten, um ihr Endziel zu erreichen.

II. Die Berufung ist jedoch unbegründet. Zu Recht hat das SG die Klage abgewiesen, da die Klägerin aufgrund des Rahmenvertrages in Verbindung mit dem Versorgungsvertrag und [§§ 43 Abs. 2 Satz 1, 84 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#) die erforderlichen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege zu erbringen hat (1) und das Legen und Wechseln transu-rethraler Katheter dazu zu zählen ist (2).

1. Nach [§ 69 Satz 1 SGB XI](#) haben die Pflegekassen im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Um diesen Sicherstellungsauftrag zu erfüllen, schließen sie Versorgungsverträge, Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen im Sinne des [§ 71 SGB XI](#) und sonstigen Leistungserbringern ([§ 69 Satz 3 SGB XI](#)). Die Klägerin ist eine stationäre Pflegeeinrichtung im Sinne des [§ 71 Abs. 2 SGB XI](#), die aufgrund eines Versorgungsvertrags gemäß [§ 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#) zur Pflege zugelassen ist. Der Versorgungsauftrag der Klägerin bestimmt sich nach dem Versorgungsvertrag, dem Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen zu entnehmen sind ([§ 72 Abs. 1 Satz 2 SGB XI, § 4 Abs. 2 SGB XI](#)). Die Klägerin ist nach [§ 74 Abs. 4 Satz 2 SGB XI](#) dazu verpflichtet, die Versicherten im Rahmen ihres Versorgungsauftrags pflegerisch zu versorgen.

Ausgehend hiervon sieht § 4 Abs. 1 Satz 1 des zwischen der Klägerin und den Landesverbänden der Pflegekassen in Sachsen geschlossenen Versorgungsvertrages vom 05.06.1997 in der Fassung des diesen ersetzenden Versorgungsvertrages vom 24.11.2003 unter anderem die Verpflichtung der Klägerin vor, alle für die Versorgung Pflegebedürftiger nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlichen Leistungen der Pflege nach [§ 43 SGB XI](#) zu erbringen. Bei dieser Formulierung handelt es sich um die Legaldefinition der "allgemeinen Pflegeleistungen" im Sinne der [§§ 84 Abs. 4 Satz 1, 4 Abs. 2 Satz 2 SGB XI](#). Die Klägerin hat nach § 4 Abs. 1 Satz 2 des Versorgungsvertrages zu gewährleisten, dass die Leistungen zur Verfügung gestellt werden, die aus besonderen medizinischen oder pflegerischen Gründen erforderlich sind. § 4 Abs. 1 Satz 3 des Versorgungsvertrages verweist bezüglich der näheren Einzelheiten zu den Leistungen auf den Rahmenvertrag nach [§ 75 Abs. 1 SGB XI](#).

Rahmenverträge sind gemäß [§ 75 Abs. 1 Satz 4 SGB XI](#) nicht nur für die Vertragsparteien, sondern auch für alle Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Inland unmittelbar verbindlich. Den Rahmenverträgen kommt normative Wirkung zu. Aus der normativen Wirkung der Rahmenverträge folgt, dass die darin getroffenen Bestimmungen den Vereinbarungen in Versorgungsverträgen (als Individualvereinbarungen) vorgehen, da Verträge nur wirksam sind, soweit sie mit höherrangigem Recht – und hierzu zählen auch Normsetzungsverträge – vereinbar sind (Knittel in: Krauskopf, Soziale Pflegeversicherung, Stand: Mai 2006, § 75 Rn. 8 m.w.N.). Die Rahmenverträge sollen die wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherstellen ([§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#)) und regeln insbesondere den Inhalt der Pflegeleistungen sowie bei stationärer Pflege die Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie den Zusatzleistungen ([§ 75 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI](#)). Diesbezüglich ist zu beachten, dass leistungrechtlich nach den Einzelbestimmungen der [§§ 36 ff. SGB XI](#) vorgesehene Ansprüche nicht durch vertragliche Regelungen beeinträchtigt werden dürfen (BSG, Urteil vom 23.03.1988 – [3/8 RK 5/87](#) – [BSGE 63, 102](#), 103). In die Rahmenverträge können demnach grundsätzlich nur Regelungen aufgenommen werden, die die gesetzlichen Ansprüche der Versicherten konkretisieren bzw. Hilfestellungen zur verwaltungsmäßigen Realisierung der Ansprüche geben (Leitherer in: Kasseler Kommentar, Stand: November 2006, [§ 75 SGB XI](#) Rn. 15).

Der Rahmenvertrag – in der Fassung der Schiedsstellenentscheidung vom 21.11.2003 – regelt in seinem § 1, dass die stationären Pflegeeinrichtungen die Versorgung der Versicherten der vertragsschließenden Pflegekassen mit vollstationärer Pflege nach [§ 43 SGB XI](#) übernehmen. § 2 Abs. 3 des Rahmenvertrages konkretisiert den Inhalt der Pflegeleistungen sowie die Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen gemäß [§ 75 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI](#) dahin, dass die Körperpflege auch die Darm- und Blasenentleerung umfasst, einschließlich der Pflege bei Katheter- und Urinalversorgung. Bei Ausscheidungsproblemen hat die Pflegekraft eine ärztliche Abklärung anzuregen.

Ferner ist die Klägerin nach § 2 Abs. 5 des Rahmenvertrages verpflichtet, für einen gesetzlich befristeten Zeitraum (unter Bezugnahme auf die bis zum 30.06.2007 gültige Vorschrift des [§ 43 Abs. 5 SGB XI](#)) auch Leistungen der medizinischen Behandlungspflege zu erbringen, wobei es sich dabei insbesondere um die in der Anlage nach [§ 92 SGB V](#) beschriebenen Leistungen handeln sollte. [§ 43 Abs. 2 SGB XI](#) in der Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbes in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG), in Kraft ab dem 01.04.2007, sieht die Übernahme der Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege durch die Pflegekassen mittlerweile unbefristet vor. Die entsprechende Anpassung des § 2 Abs. 5 des Rahmenvertrages ist noch nicht erfolgt. § 30 Abs. 3 des Rahmenvertrages sieht vor, dass die Vertragsparteien unverzüglich in Verhandlungen eintreten, sofern Rechtsänderungen auf die Inhalte des Rahmenvertrages einwirken. Sofern innerhalb von zwei Monaten nach Bekanntmachung der Neuregelung keine Einigung erzielt werden kann, kann jede Vertragspartei den Rahmenvertrag mit einer Frist von vier Wochen ganz oder teilweise kündigen. Dies ist bisher nicht geschehen. Vor diesem Hintergrund ist im Wege der ergänzenden Vertragsauslegung davon auszugehen, dass die Klägerin auch nach Wegfall der Befristung in [§ 43 Abs. 5 SGB XI](#) a.F. verpflichtet ist, nunmehr unbefristet Leistungen der medizinischen Behandlungspflege zu erbringen. Denn die Parteien des Rahmenvertrages hätten nicht die Kompetenz, die von der Pflegeeinrichtung zu erbringenden Leistungen abweichend von [§ 43 SGB XI](#) zu formulieren.

[§ 43 SGB XI](#) hat zwar lediglich die Vergütung der Behandlungspflege durch die Pflegekassen in den Blick genommen, ohne auf den damit korrespondierenden Anspruch gegen die jeweiligen Leistungserbringer abzustellen, der den Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen gemäß [§ 69 SGB XI](#) insoweit tatsächlich zu realisieren hat. Der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen nach [§ 69 SGB XI](#) wird aber seinerseits durch die [§§ 84 ff. SGB XI](#) im Verhältnis zu den Leistungserbringern und damit auch durch [§ 84 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#) konkretisiert, der inhaltlich [§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB XI](#) wiedergibt. Nach [§ 84 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#) ist die medizinische Behandlungspflege im Sinne des [§ 43 Abs. 2 Satz 1 SGB XI](#) von den Pflegesätzen mit erfasst. Danach haben vorliegend die Parteien des Rahmenvertrages im Einklang mit den vorgenannten Vorschriften unter Bezugnahme auf [§ 43 Abs. 5 SGB XI](#) die medizinische Behandlungspflege als Bestandteil der Leistungspflicht der stationären Pflegeeinrichtungen beschrieben und können davon auch für die Zeit ab 01.04.2007 nicht abweichen, wenn sie nicht gegen die [§§ 43 Abs. 2 Satz 1, 84 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#) verstoßen wollen.

2. Das Legen und Wechseln transurethraler Katheter ist eine Maßnahme der medizinischen Behandlungspflege im Sinne der [§§ 43 Abs. 2](#)

Satz 1, 84 Abs. 1 SGB XI. Dies folgt sowohl aus der Auslegung des Begriffs der Behandlungspflege (a) als auch aus der vertraglichen Einbeziehung normkonkretisierender Vorschriften (b).

a) Die Gewährung von Behandlungspflege zielt darauf ab, die ärztliche Behandlung zu sichern. Dabei wird die Behandlungspflege regelmäßig bewirken, dass sich die ärztlichen Leistungen in engeren Grenzen halten können (z. B. weniger Hausbesuche, kaum Apparatedizin). Der Sinn der Behandlungspflege liegt somit auch darin, Kosten zu sparen (LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 30.04.2002 – [L 5 KR 116/01](#), zitiert nach juris, Rn. 32). Zur Behandlungspflege 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 (BSG, Urteil vom 10.11.2005 – [B 3 KR 42/04 R](#); Urteil vom 19.02.1998 – [B 3 P 3/97 R](#) – [BSGE 82, 27](#) = [SozR 3-3300 § 14 Nr. 2](#); Urteil vom 17.03.2005 – [B 3 KR 9/04 R](#) – [BSGE 94, 192](#) = [SozR 4-2500 § 37 Nr. 3](#); Urteil vom 20.05.2003 – [B 1 KR 23/01 R](#) – [BSGE 83, 254](#) = [SozR 3-2500 § 37 Nr. 1](#); Urteil vom 21.11.2002 – [B 3 KR 13/02 R](#) – [BSGE 90, 143](#) = [SozR 3-2500 § 37 Nr. 5](#); Urteil vom 19.02.1998 – [B 3 P 5/97 R](#) – [SozR 3-3300 § 14 Nr. 3](#); Urteil vom 29.04.1999 – [B 3 P 13/98 R](#) – [SozR 3-3300 § 14 Nr. 11](#)). Das BSG hat dementsprechend die vom Hausarzt verordnete Blasenkatheterisierung als Leistung der Behandlungspflege angesehen, unabhängig davon, ob es sich um Dauerkatheter oder Einmalkatheter handelt (Urteil vom 10.11.2005 – [B 3 KR 42/04 R](#) – USK 2005-83 [das dort aufgeworfene Problem der Abgrenzung der Zuständigkeit von gesetzlicher Krankenversicherung und sozialer Pflegeversicherung ist nur für den Bereich der ambulanten Pflege bedeutsam]; ebenso Bayerisches LSG, Urteil vom 28.10.2004 – [L 4 KR 15/04](#) – zitiert nach juris, Rn. 25; LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 30.04.2002 – [L 5 KR 116/01](#) – zitiert nach juris, Rn. 27).

Damit spricht nichts für die Annahme der Klägerin, dass nur ein Arzt transurethrale Katheter legen und wechseln dürfe oder dieser bei einer solchen Maßnahme stets zugegen sein müsse. Vielmehr hat das SG unter Berücksichtigung des von der Klägerin übermittelten Aufsatzes "Das Delegationsrecht hat Grenzen" (Altenheim 12/2003) zutreffend aufgezeigt, dass es lediglich in Fällen, in denen aufgrund konkreter Umstände mit Komplikationen zu rechnen ist, die Vornahme der streitgegenständlichen Maßnahme durch einen Arzt angezeigt sein dürfte. Dabei ist ferner zu berücksichtigen, dass die Leistungen der Behandlungspflege in den Pflegesatzvereinbarungen kalkuliert sind ([§ 84 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#); in diesem Sinne auch BSG, Urteil vom 30.10.2001 – [B 3 KR 27/01 R](#) – [BSGE 89, 50](#) = [SozR 3-3300 § 12 Nr. 1](#)) und sich die Klägerin keinen ihr nicht zustehenden wirtschaftlichen Vorteil dadurch verschaffen darf, dass sie bestimmte, von ihrem Versorgungsauftrag allerdings umfasste Leistungen nicht erbringt.

b) Die Klägerin ist auch nach § 4 Abs. 1 ihres Versorgungsvertrages in Verbindung mit § 2 Abs. 3 und 5 des Rahmenvertrages sowie [§ 43 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#) verpflichtet, transurethrale Katheter zu legen oder zu wechseln.

Die Klägerin kann nicht damit gehört werden, dass die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von "häuslicher Krankenpflege" vom 16.02.2000 in der Fassung vom 15.02.2005 (BAnz. 2005 Nr. 96 S. 7969; Inkrafttreten: 26.05.2005 – HKP-RL) keinerlei Verpflichtung enthalte, die streitgegenständliche Leistung zu erbringen. Vielmehr ist die Katheterisierung der Harnblase zur Ableitung des Urins in Nr. 23 der Anlage zur genannten Richtlinie ausdrücklich erwähnt. Diese ist auch nicht lediglich analog anzuwenden, da § 2 Abs. 5 des Rahmenvertrages die von den Pflegeeinrichtungen geschuldeten Leistungen der Behandlungspflege insbesondere als diejenigen bezeichnet, die in der Anlage der Richtlinien nach § 92 beschrieben sind (wobei damit die HKP-RL gemeint sind).

III. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), die Nichtzulassung der Revision auf [§ 160 Abs. 2 SGG](#). Die Festsetzung des Streitwerts folgt aus [§§ 1 Nr. 4, 3 Abs. 1, 47 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1, 52 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG). Der Auffangstreitwert von 5.000 Euro gemäß

[§ 52 Abs. 2 GKG](#) kann nicht herangezogen werden, da der Streitwert gemäß [§ 47 Abs. 2 Satz 1 GKG](#) durch den Wert des Streitgegenstands des ersten Rechtszugs begrenzt ist.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2008-02-07