

L 4 KR 2350/09

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG Heilbronn (BWB)

Aktenzeichen

S 10 KR 3284/07

Datum

26.03.2009

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 4 KR 2350/09

Datum

19.11.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 26. März 2009 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist die Erstattung der Kosten für häusliche Krankenpflege (Grundpflege) für die Zeit vom 27. Februar bis 08. April 2007 in Höhe von insgesamt EUR 1.401,99.

Die am 1947 geborene allein lebende und bei der Beklagten krankenversicherte Klägerin wurde am 20. Februar 2007 wegen einer Rotatorenmanschettenruptur in der Orthopädischen Klinik M. an der rechten Schulter operiert. Im Anschluss daran wurde sie bis 27. Februar 2007 stationär in der Klinik behandelt und sodann mit dem in einer Abduktionsorthese gelagerten rechten Arm entlassen. Nach dem Arztbrief des Chefarztes Dr. R., Orthopädische Klinik M., vom 27. Februar 2007 über den stationären Aufenthalt und dem Operationsbericht des Dr. J., Klinik M., vom 21. Februar 2007 waren ab der zweiten postoperativen Woche ausschließlich passive Bewegungsübungen und bis zum Abschluss der sechsten postoperativen Woche keine Rotationsbewegungen erlaubt. Ab der vierten (postoperativen) Woche empfahlen sie eine CPM-Schiene. Eine Übernahme der Kosten hierfür lehnte die Beklagte allerdings ab (Bescheid vom 05. März 2007).

Am 27. Februar 2007 ging bei der Beklagten eine Verordnung häuslicher Krankenpflege der Orthopädischen Klinik M. ein, wonach die Klägerin für die Zeit vom 27. Februar bis 08. April 2007 statt Krankenhausbehandlung und zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung zweimal täglich siebenmal die Woche der Hilfe bei der Körperpflege, beim An- und Auskleiden und Waschen sowie beim Anlegen von stützenden/stabilisierenden Verbänden bedürfe. Ein entsprechender Antrag der Klägerin auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege mit den Angaben des von der Klägerin beauftragten Pflegedienstes, der Kirchlichen Sozialstation in K., ging bei der Beklagten am 05. März 2007 ein. Die Kirchliche Sozialstation erbrachte in der Zeit vom 27. Februar bis 08. April 2007 einmal täglich Leistungen der Grundpflege sowie Verbandswechsel und berechnete der Klägerin für die Leistungen der Grundpflege insgesamt EUR 1.401,99 (Rechnungen vom 26. April 2007). Nach Behauptung der Klägerin zahlte sie die Rechnungen in zwei Raten am 17. März 2009 und Anfang Oktober 2009.

Mit Bescheid vom 28. Februar 2007 lehnte die Beklagte die Bewilligung von Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ab, da Verrichtungen der Grundpflege sowie hauswirtschaftlicher Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nur übernommen werden könnten, wenn dadurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden werden könne. Ein erhöhter Hilfebedarf bei der Körperpflege allein stelle keine Notwendigkeit für eine stationäre Krankenhausbehandlung dar. Auch im Wege der so genannten Sicherungspflege könne keine Grundpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege übernommen werden.

Gegen die Ablehnung der Übernahme von Grundpflege erhob die Klägerin Widerspruch. Die Krankenhausbehandlung wäre bei ihr weiterhin geboten, habe aber durch die häusliche Krankenpflege (zweimal täglich Grund- und Behandlungspflege) verkürzt werden können.

Dr. Rathgeber vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) führte in seiner von der Beklagten veranlassten sozialmedizinischen Beratung vom 12. März 2007 aus, dass es sich im vorliegenden Fall um einen erhöhten Hilfebedarf bei der Körperpflege nach der Entlassung aus dem Krankenhaus handle. Eine Verkürzung der Krankenhausbehandlung durch die häusliche Krankenpflege sei nicht ersichtlich.

Mit Bescheid vom 16. März 2007 teilte die Beklagte der Klägerin daraufhin mit, dass es bei ihrer Entscheidung vom 28. Februar 2007

verbleibe. Die Kosten der Grundpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege im Zeitraum vom 27. Februar bis 08. April 2007 könnten nicht übernommen werden. Die Beklagte bewilligte jedoch den zweimal täglich notwendigen Verbandswechsel und erteilte der Kirchlichen Sozialstation insoweit eine Kostenzusage.

Die Klägerin erhob hierauf erneut Widerspruch, legte Arztbriefe des Dr. R., Orthopädische Klinik M., vom 27. Februar 2007 einschließlich des Operationsberichts des Oberarztes Dr. J., des Internisten Dr. S. vom 30. November 2006 und des Neurochirurgen Göppel vom 19. Dezember 2006 sowie die Rechnungen der Kirchlichen Sozialstation K. über die durchgeführte Behandlungspflege vom 26. April 2007 in Höhe von insgesamt EUR 1.401,99 vor und begehrte die Erstattung dieses Betrags.

Nachdem der MDK der Beklagten auf deren erneute Anfrage am 23. Mai 2007 mitgeteilt hatte, dass sich aus den vorgelegten Unterlagen/Krankheitsbild keine Anhaltspunkte für das Vorliegen von Krankenhausvermeidungspflege ergebe, erläuterte die Beklagte der Klägerin mit Schreiben vom 30. Mai 2007 die Voraussetzungen sowohl der Krankenhausvermeidungspflege gemäß [§ 37 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB V\)](#) als auch der Sicherungspflege ([§ 37 Abs. 2 SGB V](#)) und teilte das Ergebnis der beratungsärztlichen Stellungnahme des MDK mit. Es bestehe keine Möglichkeit, die pflegerische Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege zu übernehmen.

Dagegen trug die Klägerin vor, dass in ihrem Fall eine stationäre Behandlung bzw. postoperative stationäre Reha erforderlich gewesen wäre, wenn nicht die notwendige medizinische Versorgung und das geschulte Pflegepersonal sowie die Rufbereitschaft durch die Verordnung häuslicher Krankenpflege der Klinik M. über die Kirchliche Sozialstation K. gewährleistet gewesen wäre.

Mit Widerspruchsbescheid vom 10. August 2007 wies die bei der Beklagten gebildete Widerspruchsstelle den Widerspruch zurück. Die für notwendig befundenen Hilfestellungen zur Grundpflege (Waschen und An-/Auskleiden) dienten nicht der Behandlung der Krankheit, sondern sie sollten die durch die Krankheit verursachte Unfähigkeit zur selbstständigen Durchführung der Grundpflege ersetzen. Eine Kostenübernahme im Rahmen der Behandlungspflege scheide daher aus. Eine Leistungsgewährung gemäß [§ 37 Abs. 2 SGB V](#), wonach die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Pflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringen könne, wenn dies die Satzung bestimme, komme nicht in Betracht, da sie - die Beklagte - von der Möglichkeit dieser zusätzlichen Satzungsleistung keinen Gebrauch gemacht habe. Auch eine Möglichkeit zur Leistungsgewährung nach [§ 37 Abs. 1 SGB V](#) (Krankenhausvermeidungspflege) bestehe nicht. Die erste Alternative des [§ 37 Abs. 1 SGB V](#) erfasse Fälle, in denen die Krankenhausbehandlung zwar erforderlich sei und deshalb rechtlich auch ein Anspruch auf stationäre Versorgung in einem Krankenhaus bestehe, dieser Anspruch aber aus tatsächlichen Gründen, z.B. wegen Bettenmangels, nicht erfüllt werden könne. Diese Voraussetzungen lägen hier nicht vor, denn die Behandlung in einem Krankenhaus sei möglich gewesen und auch bis zum 27. Februar 2007 erfolgt. Nach der zweiten Alternative des [§ 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) werde häusliche Krankenpflege gewährt, wenn durch die häusliche Krankenpflege Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werde. Zur Prüfung dieser Alternative habe sie - die Beklagte - den MDK eingeschaltet. Dieser sei zu dem Ergebnis gekommen, dass die stationäre Behandlung am 27. Februar 2007 regulär beendet worden sei. Die weitere Behandlung (Anlegen von stützenden und stabilisierenden Verbänden) erfordere weder die spezielle apparative Ausstattung eines Krankenhauses noch geschultes Krankenhauspersonal oder die Rufbereitschaft und jederzeitige Eingriffsmöglichkeiten eines Arztes. Eine Krankenhausbehandlung sei deshalb weder verkürzt noch vermieden worden.

Hiergegen erhob die Klägerin am 05. September 2007 Klage zum Sozialgericht Heilbronn (SG). Sie trug vor, durch die Verordnung der häuslichen Krankenpflege habe die Krankenhausbehandlung verkürzt bzw. eine Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation vermieden werden können, was mit weit höheren Kosten für die Beklagte verbunden gewesen wäre. Hinsichtlich der zweiten Alternative des [§ 37 Abs. 1 SGB V](#) sei nicht erforderlich, dass eine spezielle apparative Ausstattung eines Krankenhauses oder geschultes Krankenhauspersonal für die Behandlung erforderlich wäre. Dies würde dem Gesetzeszweck zuwiderlaufen. Der MDK habe für seine Ablehnung keine schlüssige Begründung abgegeben. Die Ärzte (der Orthopädischen Klinik M.) hätten die häusliche Krankenpflege zur Sicherung des ärztlichen Behandlungsziels ausgestellt. Bei ihr hätte gewährleistet sein müssen, dass der rechte Arm und die "linke" (richtig: rechte) Schulter sechs Wochen ruhiggestellt seien. Durch die krankengymnastischen Übungsbehandlungen und die CPM-Schiene habe ihre Wiederaufnahme im Krankenhaus vermieden werden können.

Die Beklagte trat der Klage unter Vorlage ihrer Satzungen entgegen. Die Voraussetzungen der so genannten Krankenhausvermeidungspflege lägen nicht vor. Die Krankenhausbehandlung sei abgeschlossen gewesen. Der Krankenhausaufenthalt sei durch die Grundpflege auch nicht vermieden oder verkürzt worden. Dies ergebe sich bereits daraus, dass die Klägerin wegen Hilfebedarfs beim Waschen/Duschen, An- und Auskleiden etc. keinesfalls stationär aufgenommen worden wäre. Dass durch die Nachbehandlungen die stationäre Aufnahme ca. sechs Wochen nach der Operation habe verhindert werden können, sei ohne Bedeutung. Es gehe um den Zeitraum vom 27. Februar bis 08. April 2007.

Das SG hörte Orthopäden Dr. Hö. sowie Dr. R. und Dr. J. schriftlich als sachverständige Zeugen. Dr. Hö. teilte am 11. Februar 2008 mit, dass die Entscheidung, ob operativ stationär oder operativ ambulant vorgegangen werde, beim Operateur liege, sodass er die entsprechende Frage nicht beantworten könne. Eine ambulante Operation sei immer etwas belastendes. Ob zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung Behandlungspflege erforderlich sei, sei eine Frage des Umfeldes. Wenn eine Familie einen Patienten unterstützen und pflegen könne, werde kein Pflegepersonal benötigt. Wenn dies nicht der Fall sei, sei es sicherlich notwendig, dass eine Behandlungspflege stattfinde. Dr. R. führte am 26. Februar 2008 aus, dass aufgrund der Vorerkrankungen, der Operation und des postoperativen Verlaufs bei der Klägerin ein stationärer Aufenthalt mit Einsatz von Pflegekräften und ärztlichem Personal erforderlich gewesen sei. Als sich die Schmerzen am 25. Februar 2007 in einem erträglichen Bereich befunden hätten, sei die Klägerin am Folgetag, am "26. Februar 2007", entlassen worden. Auf weitere Nachfrage des SG erläuterte Dr. J. am 05. November 2008, dass für die Zeit nach der Entlassung am 27. Februar 2007 Nachbehandlungen durch die Lagerung in einer Abduktionsorthese, Krankengymnastik und eine CPM-Schiene empfohlen worden sei. Unter diesem Regime seien die vor Jahren in vielen Kliniken noch üblichen stationären Wiederaufnahmen zur Wiederherstellung der freien Beweglichkeit ca. sechs Wochen nach erfolgter Operation hinfällig geworden.

Mit Urteil vom 26. März 2009 wies das SG die Klage ab. [§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) umfasse lediglich die Behandlungspflege, welche die Beklagte der Klägerin bewilligt habe. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erhalte der Versicherte gemäß [§ 37 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) nur, wenn die Satzung dies bestimme. Die Satzung der Beklagten sehe keine entsprechende Erweiterung der Leistung von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung vor. Im streitgegenständlichen Zeitraum sei eine Krankenhausbehandlung auch nicht geboten, aber

nicht durchführbar im Sinne des [§ 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) gewesen. Eine Krankenhausbehandlung sei dann erforderlich, wenn die Notwendigkeit medizinischer Versorgung nur mit den besonderen apparativen Mitteln eines Krankenhauses durchgeführt werden könne. Nicht ausführbar im Sinne des [§ 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) sei eine stationäre Behandlung, wenn objektiv feststellbare Umstände eine stationäre Behandlung verhinderten, z.B. Bettenmangel in Krankenhäusern, mangelnde Transportfähigkeit der Versicherten, erhebliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands bei Behandlung außerhalb des häuslichen Umfelds. Aus der Auskunft von Dr. J. ergebe sich nicht, dass die Krankenhausbehandlung im Zeitraum vom 27. Februar bis 08. April 2007 nicht ausführbar gewesen sei. Auch im Übrigen lägen hierauf keine Hinweise vor. Darüber hinaus sei die Krankenhausbehandlung der Klägerin durch die im Zeitraum vom 27. Februar bis 08. April 2007 durchgeführte Grundpflege auch nicht vermieden oder verkürzt worden. Dass im streitgegenständlichen Zeitraum eine Krankenhausbehandlung geboten gewesen wäre, ergebe sich aus der Auskunft des Dr. J. nicht. Seiner Auskunft sei zu entnehmen, dass durch die krankengymnastische Übungsbehandlungen und CPM-Schiene eine Wiederaufnahme der Patienten in der Regel vermieden werden könne. Ob eine Krankenhausbehandlung auch durch den Einsatz der Pflegekräfte vermieden oder verkürzt werden könne, ergebe sich aus seiner Auskunft nicht. Auch der MDK habe dies aus den ihm vorliegenden Unterlagen nicht erkennen können. Das Urteil wurde der Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 24. April 2009 zugestellt.

Hiergegen richtet sich die am 22. Mai 2009 eingelegte Berufung der Klägerin. Sie habe in den ersten sechs Wochen keine aktiven Bewegungen vornehmen können. Deshalb habe sie sich weder waschen noch anziehen noch Essen zubereiten und auch nicht Auto fahren können. Aus diesem Grund sei ihr Grundpflege verordnet worden. Passive Bewegungstherapie sei ab dem 06. März 2007 bis zur Entfernung der Abduktionsschiene am 05. April 2007 zweimal pro Woche vom Physiotherapeuten Gr. in K. durchgeführt worden. Erst ab Mitte April 2007 seien leichte aktiv-assistive Bewegungsübungen zwei- bis dreimal pro Woche, ab ca. Mitte Mai 2007 zunehmend aktive Krankengymnastik erfolgt. Die für erforderlich gehaltene stationäre Rehabilitationsmaßnahme habe sie nicht in Anspruch genommen, so dass diese durch die Verordnung hätte verhindert werden können. Mit einer CPM-Schiene sei sie nicht versorgt worden, weil dies von der Beklagten abgelehnt worden sei.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 26. März 2009 sowie die Bescheide vom 28. Februar und 16. März 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10. August 2007 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr die Kosten für häusliche Krankenpflege in Form von Grundpflege in der Zeit vom 27. Februar 2007 bis 08. April 2007 in Höhe von insgesamt EUR 1.401,99 zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie bezieht sich auf das angegriffene Urteil des SG und weist ergänzend darauf hin, dass fehlende Grundpflege eine Krankenhausbehandlung nicht notwendig mache. Die bedeute gleichzeitig, dass durch diese Leistungen eine Krankenhausbehandlung weder vermieden noch hätte verkürzt werden können.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz sowie die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig. Sie ist auch statthaft. Der Beschwerdewert des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) ist überschritten, da die Klägerin die Erstattung von Kosten für häusliche Krankenpflege in Höhe von insgesamt EUR 1.401,99 begehrt. Die zulässige Berufung ist aber unbegründet. Das Urteil des SG ist nicht zu beanstanden, denn die angefochtenen Bescheide, mit denen eine Bewilligung von Grundpflege abgelehnt wurde, sind rechtmäßig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Streitgegenstand sind die Bescheide vom 28. Februar 2007 und 16. März 2007, nachdem in beiden Bescheiden die von der Klägerin begehrte Leistung abgelehnt wurde, in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10. August 2007.

Rechtsgrundlage des Anspruchs der Klägerin auf Kostenerstattung ist, nachdem sie die Rechnungen mittlerweile beglichen hat, [§ 13 Abs. 3 SGB V](#). Danach hat die Krankenkasse dem Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung in der entstandenen Höhe zu erstatten, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Da der Kostenerstattungsanspruch an die Stelle eines an sich gegebenen Sachleistungsanspruchs tritt, ist Voraussetzung das Bestehen eines Sachleistungsanspruchs. Daran fehlt es hier.

Nach [§ 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) erhalten Versicherte in ihrem Haushalt oder ihrer Familie (in der bis 31. März 2007 geltenden Fassung), 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 (in der seit 01. April 2007 geltenden Fassung) 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. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung (bis 31. März 2007: [§ 37 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#), seit 01. April 2007: [§ 37 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)). Ein Anspruch auf Krankenhausvermeidungspflege besteht bis zu vier Wochen ([§ 37 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) in der bis 31. März 2007 geltenden Fassung, [§ 37 Abs. 1 Satz 4 SGB V](#) in der seit 01. April 2007 geltenden Fassung). Darüber hinaus kann die Bewilligung nur in begründeten Ausnahmefällen nach Feststellung durch den MDK erfolgen ([§ 37 Abs. 1 Satz 4 SGB V](#) in der bis 31. März 2007 geltenden Fassung, [§ 37 Abs. 1 Satz 5 SGB V](#) in der seit 01. April 2007 geltenden Fassung). Nach [§ 37 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V](#) erhalten Versicherte in ihrem Haushalt oder ihrer Familie (in der bis 31. März 2007 geltenden Fassung), 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 (in der seit 01. April 2007 geltenden Fassung) als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Die Satzung kann nach [§ 37 Abs. 2 Satz 2](#)

[SGB V](#) in der bis 31. März 2007 geltenden Fassung und [§ 37 Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) in der seit 01. April 2007 geltenden Fassung bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei nach [§ 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V](#) in der bis 31. März 2007 geltenden Fassung und [§ 37 Abs. 2 Satz 5 SGB V](#) in der seit 01. April 2007 geltenden Fassung Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 2 bzw. Satz 4 bestimmen.

In Ansehung dieser rechtlichen Vorgaben hat das SG in nicht zu beanstandender Weise entschieden, dass der Klägerin kein Anspruch auf Erstattung der Kosten für häusliche Krankenpflege zusteht. Die Voraussetzungen des für diesen Anspruch hier allein in Betracht kommenden [§ 37 Abs. 1 SGB V](#) liegen nicht vor.

Die häusliche Krankenpflege umfasst drei Bestandteile: Behandlungspflege (hier nicht streitig), Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (letzteres hier ebenfalls nicht streitig). Diese Bestandteile stehen bei der Krankenhausvermeidungspflege ([§ 37 Abs. 1 SGB V](#)) obligatorisch zur Verfügung. Im Fall der Sicherungspflege ([§ 37 Abs. 2 SGB V](#)) beinhaltet die häusliche Krankenpflege grundsätzlich nur Behandlungspflege; die Satzung der Krankenkasse kann die Leistung jedoch zusätzlich auf hauswirtschaftliche Versorgung und Grundpflege erweitern und dabei deren Dauer und Umfang bestimmen. Von dieser Möglichkeit der satzungsmäßigen Ausdehnung hat die Beklagte indessen keinen Gebrauch gemacht, sodass sich ein Anspruch nicht auf [§ 37 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) in der bis vom 01. Januar 2004 bis 31. März 2007 bzw. insoweit gleichlautend auf [§ 37 Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) in der ab 01. April 2007 geltenden Fassung stützen lässt.

Die erste Alternative der in [§ 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) geregelten "Krankenhausersatzpflege" kommt hier nicht in Betracht, da diese nur Fälle erfasst, in denen die Krankenhausbehandlung zwar erforderlich ist, ein Anspruch nach [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) aber aus tatsächlichen Gründen nicht erfüllt werden kann. Eine Krankenhausbehandlung ist dann erforderlich, wenn die notwendige medizinische Versorgung nur mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses durchgeführt werden kann. Hierzu zählen die spezielle apparative Ausstattung, das geschulte Pflegepersonal sowie die Rufbereitschaft und die jederzeitige Einsatzmöglichkeit eines Arztes (Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 28. Januar 1999 - [B 3 KR 4/98 R](#) - in SozR 3-2500 [§ 37 SGB V](#) Nr. 1). Außerdem greift die erste Alternative des [§ 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nur dann ein, wenn der Anspruch auf stationäre Versorgung in einem Krankenhaus aus tatsächlichen Gründen, z.B. wegen Bettenmangels, nicht erfüllt werden kann (BSG, Urteil vom 28. Januar 1999, [a.a.O.](#)). Diese Voraussetzungen liegen bei der Klägerin nicht vor. Zum einen erfolgte die Entlassung der Klägerin am 27. Februar 2007 (so der Bericht des Dr. R. vom 27. Februar 2007; soweit Dr. R. in seiner Auskunft vom 26. Februar 2008 als Entlassungstag den 26. Februar 2007 nannte, handelt es sich um ein Versehen handeln) aus der Klinik M. nicht deshalb, weil die Klinik aus tatsächlichen Gründen die Klägerin nicht mehr stationär behandeln konnte. Die Klägerin wurde nach der Auskunft von Dr. R. entlassen, weil sich die Schmerzen am 25. Februar 2007 in einem erträglichen Bereich bewegten. Zum anderen bedurfte die Klägerin ab 27. Februar 2007 aber auch keiner Krankenhausbehandlung (mehr). Sie konnte durch die ambulante Behandlung bei Dr. Hö. und die von der Beklagten bewilligte häusliche Krankenpflege in Form des Verbandwechsels ausreichend versorgt werden.

Auch die Voraussetzungen der Krankenhausvermeidungspflege nach [§ 37 Abs. 1 Satz 1](#) zweite Alternative SGB V sind nicht gegeben. Sie setzt voraus, dass sie die ärztliche Behandlung zu sichern im Stande ist, denn sonst könnte dieser häuslichen Krankenpflege nicht die anspruchsbegründende Eigenschaft zukommen, dass gerade durch sie die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung nach [§ 37 Abs. 1 Satz 1](#) zweite Alternative SGB V entfällt. Gerade darin also, dass die krankhausvermeidende häusliche Krankenpflege die ärztliche Behandlung zu sichern vermag, liegt ihre Eigenschaft, den Klinikaufenthalt zu vermeiden. Der Anspruch auf die krankhausvermeidende häusliche Krankenpflege wird allein dadurch bestimmt, dass sonst zur Sicherstellung der ärztlichen Behandlung eine "Pflege" in der Klinik erforderlich wäre (vgl. BSG, Urteil vom 20. April 1988 - [3/8 RK 16/86](#) - in SozR 2200 § 185 Nr. 5).

Im Fall der Klägerin kam es postoperativ zu starken Schmerzen. Während dieser Zeit wurde sie jedoch stationär behandelt. Sie wurde erst am 27. Februar 2007, als sich die Schmerzen in einem erträglichen Bereich befanden, entlassen. Im Anschluss daran war sie sechs Wochen mit einer Abduktionsschiene versorgt und durfte den rechten Arm und die rechte Schulter nicht aktiv bewegen. Der Senat erkennt insoweit nicht, dass die Klägerin deshalb stark beeinträchtigt war. Nicht ausführbar waren für sie nachvollziehbar Tätigkeiten, die den Einsatz des rechten Arms erforderten. Bei solchen Tätigkeiten bedurfte sie der Unterstützung. Allerdings reicht diese "Hilfebedürftigkeit" für eine Bejahung des Anspruchs auf Krankenhausvermeidungspflege nicht aus. Die Hilfe bei diesen Tätigkeiten sicherte nicht die ärztliche Behandlung, sondern diente "allein" der Unterstützung der Klägerin insbesondere beim Waschen und Anziehen. Dies ergibt sich auch aus der sachverständigen Zeugenauskunft des Dr. Hö., der insoweit ausführte, dass die Hilfe, wenn vorhanden, durch die Familie hätte erfolgen können. Eine Pflege im Krankenhaus ohne häusliche Krankenpflege bejaht Dr. Hö. nicht. Auch Dr. J. empfiehlt ausweislich seiner sachverständigen Zeugenauskunft vom 05. November 2008 nur krankengymnastische Übungsbehandlungen und den Einsatz einer CPM-Schiene, um die ansonsten früher übliche stationäre Wiederaufnahme zur Wiederherstellung der freien Beweglichkeit ca. sechs Wochen nach erfolgter Operation zu vermeiden. Dass, abgesehen davon, dass er sich auf die Zeit sechs Wochen nach der Operation bezieht, durch die Übernahme von Grundpflege eine Wiederaufnahme der Klägerin vermieden werden konnte, bestätigt er nicht. Stationäre Aufnahme wäre insoweit auch nur wegen der zur Wiederherstellung der freien Beweglichkeit erforderlichen Behandlungsmaßnahmen in Betracht gekommen.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht deshalb, weil nach dem Vorbringen der Klägerin durch die Grundpflege eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme habe verhindert werden können. Es kann dahingestellt bleiben, ob dem so war, denn [§ 37 SGB V](#) erfasst nur die Fälle, dass die Krankenhausbehandlung vermieden werden kann. Die Rehabilitationsbehandlung gehört nicht dazu. Zudem sind wirtschaftliche Erwägungen ohne Belang.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-11-22