L 4 KR 231/03

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Landshut (FSB)
Aktenzeichen
S 4 KR 67/01
Datum
21.05.2003
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 231/03
Datum
30.09.2004
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 21. Mai 2003 dahin geändert, dass die Beklagte den Kläger von der Kostenforderung der C. e.V. bezüglich der Blutzuckermessung im Zeitraum 22.10.2000 bis 30.06.2001 freizustellen hat.
II. Es wird festgestelllt, dass der Kläger dem Grunde nach einen Anspruch auf Durchführung von Blutzcckermessung zu Lasten der Beklagten für die Folgezeit hat.
III. Die Beklagte hat dem Kläger die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.
IV. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenübernahme für Blutzuckerkontrollen ab 22.10.2000.

Der 1923 geborene Kläger, der allein lebt, ist bei der Beklagten versichert. Er leidet nach den Feststellungen des Hausarztes Dr.R. im Befundbericht vom 06.08.2004 an einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit und daraus resultierender Oberschenkelamputation links sowie Amputation am rechten Kniegelenk, Zustand nach rechtshirnigem Insult sowie Hirnstamminfarkt, coronarer Herzerkrankung, rezidivierender dekompensierter Herzinsuffizienz, arterieller Hypertonie, chronischer Niereninsuffizienz, insulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ II sowie rezidivierender Exazerbation eines chronisch-bronchitischen Syndroms mit Zustand nach Pleuraemphysem. Er befand sich wegen dieser Erkrankungen im Zeitraum 1995 bis 2002 mehrmals in stationärer Krankenhausbehandlung. Mit Bescheid der Beigeladenen vom 22.08.2002 wurde er in die Pflegestufe III eingestuft und erhält ab 01.04.2002 entsprechende Pflegesachleistungen.

Aufgrund vertragsärztlicher Verordnungen vom Januar 1996 bis März 2000, die u.a. Blutzuckerkontrollen zum Gegenstand hatten, übernahm die Beklagte die Kosten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege.

Am 28.09.2000 verordnete der Vertragsarzt Dr.R. wieder als häusliche Krankenpflege zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung (neben Dekubitusbehandlung, Injektionen, Medikamentengabe, Blutdruckkontrolle, Einreibungen, Blasenspülung) Blutzuckermessung dreimal wöchentlich vom 01.10. bis 31.12. 2000. Die Beklagte genehmigte am 19.10.2000 die beantragten Leistungen mit Ausnahme der Einreibungen, Blasenspülungen sowie Blutdruck- und Blutzuckermessungen und erließ am 19.10.2000 gegenüber dem Kläger einen entsprechenden Bescheid. Die Blutdruck- und Blutzuckermessungen seien nach den neuen Richtlinien nicht mehr als Behandlungspflege vorgesehen. Die Beklagte trage die vertraglich vereinbarten Kosten für die Einreibungen, Blasenspülungen sowie die Blutdruck- und Blutzuckermessungen im bisherigen Umfang noch bis einschließlich 21.10.2000. Die übrigen verordneten Maßnahmen würden im vertraglich berechnungsfähigen Umfang übernommen.

Der Kläger legte hiergegen am 09.11.2000 durch seinen Sohn unter Vorlage eines ärztlichen Attestes von Dr.R. Widerspruch ein; er könne die Blutzuckermessungen selbständig nicht vornehmen. Der von der Beklagten gehörte Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Bayern (MDK) kam in der gutachterlichen Stellungnahme vom 09.01.2001 zu dem Ergebnis, regelmäßige Kontrollen seien bei diabetischen Folgeschäden aus medizinischer Sicht notwendig, die Umsetzung der entsprechenden Richtlinien der häuslichen Krankenpflege obliege jedoch der Beklagten.

Bereits am 22.12.2000 hatte Dr.R. wieder häusliche Krankenpflege (statt Krankenhausbehandlung) für die Maßnahmen Blutzcckermessung, Dekubitusbehandlung, Injektionen, Medikamentengabe, Anlegen und Wechseln von Wundverbänden sowie Blasenspülung für die Zeit vom 01.01. bis 31.03.2001 verordnet. Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 12.01.2001 unter Bezugnahme auf die Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege die Kostenübernahme für Blutzuckermessungen ab. Sie seien nur bei Erst- und Neueinstellungen als Behandlungspflege

verordnungsfähig. Mit Ausnahme der prophylaktischen Blasenspülungen wurden die übrigen Leistungen der Behandlungspflege wie verordnet genehmigt. Der Kläger ließ gegen die Ablehnung der Kostenübernahme für Blutzcckermessung und Blasenspülung erneut Widerspruch einlegen.

Der von der Beklagten wieder gehörte MDK kam in der gutachterlichen Stellungnahme vom 28.02.2001 zu dem Ergebnis, die Blutzuckerkontrollen seien bei insulinpflichtigem Diabetes und insbesondere bei bereits eingetretenen Folgeschäden notwendig; dadurch könne eine zweckmäßige Anpassung des Insulins erfolgen und die Stoffwechsellage gesunden Verhältnissen angenähert werden. Allerdings sähen die Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege regelmäßige Blutzuckermessungen nur noch bei Erst- und Neueinstellungen eines Diabetes mellitus und bei intensivierter Insulintherapie als Behandlungspflege als verordnungsfähig an.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 25.04.2001 den Widerspruch zurück. Der MDK habe festgestellt, dass die Blutzuckerkontrolle bei insulinpflichtigem Diabetes und insbesondere bei bereits eingetretenen Folgeschäden notwendig sei; eine Leistungsbewilligung sei nur bei einer Erst- oder Neueinstellung des Blutzuckers oder einer intensivierten Insulintherapie möglich. Diese Voraussetzungen lägen beim Kläger nicht vor.

Der Kläger hat mit der Klage vom 15.05.2001 beim Sozialgericht Landshut (SG) geltend gemacht, die Beklagte sei verpflichtet, die ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege (Blutzuckermessung und Blasenspülung) für die Zeit ab 01.01.2001 zu bewilligen. Sein Anspruch ergebe sich aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V) und der Satzung der Beklagten. Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung häuslicher Krankenpflege seien keine leistungsbegrenzenden Rechtsvorschriften. Der Vergleich mit den Regelungen bei den Heil- und Hilfsmitteln zeige, dass der Gesetzgeber den Bundesausschuss nicht ermächtigt habe, die gesetzlichen Ansprüche auf häusliche Krankenpflege einzuschränken. Im Übrigen sei die Beklagte nicht unausweichlich an die Richtlinie gebunden. Richtlinien würden nur für den Regelfall gelten und müssten atypischen Fällen Spielraum belassen. Der Beklagten wäre es aber auch unter Beachtung der Richtlinie möglich, die verordneten Blasenspülungen und Blutzuckermessungen zu genehmigen. Es sei unstrittig, dass der Kläger nicht mehr in der Lage sei, seine Blutzuckerwerte selbst zu kontrollieren. Da er sehr stark schwankende Blutzuckerwerte habe, sei die Situation der in den Richtlinien als verordnungsfähig genannten Neueinstellung vergleichbar. Demgegenüber hat die Beklagte auf die Bindung der Richtlinien als untergesetzliche Rechtsnormen sowie auf die eingeschränkte Verordnungsfähigkeit der Blutzuckerkontrollen hingewiesen.

In der mündlichen Verhandlung hat die Klägerbevollmächtigte beantragt, die Beklagte zu verpflichten, die Kosten der häuslichen Krankenpflege in Form von Blutzuckermessungen und Blasenspülungen für die Zeit vom 22.10.2000 bis 30.06.2001 in dem verordneten Umfang zu tragen.

Das SG hat mit Urteil vom 21.05.2003 die Beklagte unter Abänderung der Bescheide vom 19.10.2000, 12.01.2001 und 18.04.2001 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.04.2001 verpflichtet, dem Kläger die Kosten für die Blutzuckermessungen im verordne- ten Umfang für die Zeit vom 22.10.2000 bis 30.06.2001 zu erstatten. Es hat im Übrigen die Klage abgewiesen. Hinsichtlich der Blutzuckermessungen sehe sich das Gericht nicht durch die am 14.05.2000 in Kraft getretenen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege gehindert, für die Zeit ab 14.05.2000 weiterhin die kontinuierliche Blutzuckermessung beim Kläger als notwendige Maßnahme der häuslichen Krankenpflege anzusehen. Auch wenn in der Leistungsbeschreibung Blutzuckermessungen nur bei Erst- und Neueinstellung eines Diabetes oder bei Fortsetzung einer so genannten intensivierten Insulintherapie vorgesehen seien, schließe dies einen Anspruch des Klägers nicht aus. Der Normcharakter der Richtlinien sei insoweit umstritten. Bei einem Diabetes-mellitus-Patienten, wie dem Kläger, erscheine die kontinuierliche Blutzuckermessung zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung in Übereinstimmung mit den Angaben des Hausarztes Dr.R. und der letzten Stellungnahme des MDK nicht nur sinnvoll, sondern auch erforderlich, um der Gefahr einer möglichen neuerlichen Entgleisung hinreichend zu begegnen. Die Richtlinien könnten einen nach der höherrangigen Rechtsnorm bestehenden Anspruch nicht ausschließen oder einschränken, selbst wenn sie untergesetzliche Normqualität haben sollten. Eine entsprechende Leistungspflicht der Pflegekasse scheide aus. Nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen seien Blasenspülungen nur bei durchflussbehindertem Dauerkatheter infolge Pyurie oder Blutkoageln bis zu einer Dauer von drei Tagen verordnungsfähig. Andere Indikationen würden nicht genannt bzw. seien ausgeschlossen.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Beklagten vom 02.10. 2003, mit der sie geltend macht, den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur häuslichen Krankenpflege komme auch gegenüber Versicherten Rechtswirkung zu. Es handle sich hier um untergesetzliche Rechtsnormen, die nicht nur für Vertragsärzte, sondern auch zwischen Versicherten und Krankenkasse unmittelbar verbindliches außenwirksames Recht setzen würden. Dort nicht aufgeführte Maßnahmen seien nicht als häusliche Krankenpflege verordnungsfähig und dürften von der Krankenkasse nicht genehmigt werden. Bei dem Kläger sei weder eine Erst- oder Neueinstellung des Diabetes noch eine intensivierte Insulintherapie durchgeführt worden.

Der Senat hat eine Auskunft des C. für den Landkreis P. e.V. vom 28.07.2004 sowie einen Befundbericht des behandelnden Hausarztes Dr.R. mit Abschlussberichten über die letzten stationären Krankenhausbehandlungen eingeholt. Dr.R. hat im Befundbericht angegeben, eine Neueinstellung des Diabetes mellitus sei aus derzeitiger Kenntnislage nicht erforderlich, ebenso sei eine intensivierte Insulintherapie momentan nicht indiziert. Dennoch sollten tägliche Blutzuckermessungen durchgeführt werden, da es zu enormen Schwankungen komme.

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 21.05.2003 aufzuheben und die Klage vollständig abzuweisen.

Die Kägerbevollmächtigte beantragt, die Berufung insoweit zurückzuweisen, als vom Kläger bislang keine Erstattung, sondern eine Freistellung verlangt wird und im Übrigen festzustellen, dass der Kläger bei entsprechender vertragsärztlicher Verordnung gegenüber der Beklagten einen Anspruch auf Blutzuckermessung hat.

Die Beklagte erkenne ausdrücklich an, dass die Blutzuckermessungen notwendig seien. Sie berufe sich jedoch zu Unrecht auf die Richtlinien des Bundesausschusses. Der Ausschuss habe seine Ermächtigungsgrundlage verlassen, als er eine routinemäßige Blutzuckermessung bei einem einmal eingestellten Diabetiker nicht mehr als notwendig angesehen hat. Der Blutzuckerwert des Klägers sei nicht stabil bzw. eingestellt. Wegen der Niereninsuffizienz bedürfe der Kläger besonderer Überwachung des Blutzuckerwertes und der Insulingaben.

Beigezogen und zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden die Akten der Beklagten, der Beigeladenen und des SG. Auf den Inhalt dieser Akten und die Sitzungsniederschrift wird im Übrigen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ist zulässig (§ 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG -). Sie ist auch nicht durch § 144 Abs.1 SGG ausgeschlossen. Der Wert der Sachleistungen Behandlungspflege im Zeitraum vom 22.10.2000 bis 30.06.2001 beträgt nach Angaben des C. für den Landkreis P. e.V. vom 28.07.2004 963,56 EUR, übersteigt also den Mindestbetrag von 500,00 EUR. Wird darauf abgestellt, dass nach Auskunft des behandelnden Arztes Dr.R. auch derzeit beim Kläger noch Blutzuckermessungen täglich erforderlich sind, ist aufgrund einer Klageerweiterung (§ 99 Abs.3 Nr.2 SGG) davon auszugehen, dass der zeitliche Rahmen des § 144 Abs.1 Satz 2 SGG überschritten wird.

Bei dem erst in der mündlichen Verhandlung geltend gemachten Feststellungsantrag (§ 55 Abs.1 Nr.1 SGG) des Klägers handelt es sich um eine unselbständige Anschlussberufung. Damit wird ihm Gelegenheit gegeben, der Hauptberufung der Beklagten mit eigenen Anträgen entgegenzutreten. Die Anschlussberufung ist auch zulässig, wenn sie, wie hier, nur zum Zweck der Klageerweiterung stattfindet (BSG vom 23.02.1966 BSGE 24, 247, 249). Eine Bindung an den Antrag des Berufungsführers und an das Verbot der Verböserung besteht nicht (Meyer-Ladewig, SGG, 7. Aufl., § 143, Rn. 5a).

Die Berufung der Beklagten ist nur in geringem Umfang begründet. Das angefochtene Urteil war insoweit abzuändern, als die Beklagte zur Freistellung der Kosten für die Blutzuckerkontrolle verpflichtet ist. Denn die Ablehnung der Leistung war rechtswidrig (§ 13 Abs.3 Sozialgesetzbuch V - SGB V -). Der Anspruch auf Kostenerstattung umfasst auch einen Anspruch auf Freistellung (Bundessozialgericht - BSG - vom 23.01.2003 BSGE 90, 220).

Die Anschlussberufung des Klägers ist in vollem Umfang begründet. Denn er hat einen Anspruch gegen die Beklagte auf Krankenbehandlung in Form von Blutzuckerkontrollen, da es sich hierbei um eine medizinisch notwendige Maßnahme des Erkennens einer Krankheit (Diabetes mellitus) handelt (§ 27 Abs.1 Satz 1, Satz 2 Nr.1 SGB V). Streitig ist im vorliegenden Fall nur die Kostenübernahme der Beklagten für die Blutzuckermessung, u.a. im Rahmen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 Abs.1, 2 Sozialgesetzbuch V); über die Ablehnung der Beklagten, die Kosten der Blasenspülung zu übernehmen, ist nicht zu entscheiden, da der Kläger diesbezüglich Berufung nicht eingelegt hat. Damit sind die ablehnenden Bescheide insoweit bindend geworden.

Die beim Kläger durchgeführten (offensichtlich noch verordneten) Blutzuckermessungen sind nicht Teil der häuslichen Krankenpflege. Gemäß § 37 Abs.2 Satz 1 SGB V, der hier allein in Frage kommt, erhalten Versicherte in ihrem Haushalt oder Familie als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist (Behandlungssicherungspflege). Die Blutzuckermessung ist der Behandlungspflege zuzuordnen und nicht der Grundpflege. Zur Grundpflege zählen pflegerische Leistungen nichtmedizinischer Art für den menschlichen Grundbedarf, d.h. Hilfen zur Befriedigung körperlicher, seelischer oder geistiger Grundbedürfnisse, bei denen im Gegensatz zu den Maßnahmen der Behandlungspflege nicht der Behandlungs- und Heilzweck im Vordergrund steht und deren Ausführung nicht von medizinischer Kunstfertigkeit und medizinischen Kenntnissen geprägt ist. Dagegen handelt es sich bei der Behandlungspflege um Maßnahmen, die durch eine bestimmte Erkrankung verursacht werden, speziell auf den Gesundheitszustand des Versicherten ausgerichtet sind und dazu beitragen sollen, die Behandlungsziele des § 27 Abs.1 Satz 1 SGB V, d.h. insbesondere das Erkennen und Heilen einer Krankheit, Verhütung ihrer Verschlimmerung oder Linderung der Krankheitsbeschwerden, zu erreichen. Es geht also um krankheitsspezifische Maßnahmen (Kasseler Kommentar-Höfler, § 37 SGB V, Rdnrn.22, 23 mit weiteren Nachweisen der höchstrichterlichen Rechtsprechung). Demgemäß wird in den Richtlinien 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) in der Anlage unter Nr.11 die Blutzuckermessung als Leistung der Behandlungspflege bezeichnet.

An der Leistungszuständigkeit der Krankenkasse ändert auch die Pflegebedürftigkeit des Klägers nichts. Der Anspruch auf Gewährung häuslicher Krankenpflege ist grundsätzlich nicht schon dann ausgeschlossen, wenn der Betroffene im Sinne der §§ 14, 15 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) pflegebedürftig ist und zugleich Leistungen bei häuslicher Pflege aus der sozialen Pflegeversicherung erhält. In einem derartigen Fall ruht allenfalls der Anspruch aus der sozialen Pflegeversicherung, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung besteht (BSG vom 30.03.2000 SozR 3-2500 § 37 Nr.2). Die Behandlungssicherungspflege wird durch die gleichzeitige Gewährung von Grundpflege als Leistung der sozialen Pflegeversicherung nicht ausgeschlossen (BSG vom 30.10.2001 SozR 3-2500 § 37 Nr.3 = NZS 2002, 484). Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG zählt zwar die Behandlungspflege zur Leistungspflicht der Pflegeversicherung, 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. Liegt eine der genannten Voraussetzungen vor, ist der zeitliche Aufwand für diese Maßnahme der Behandlungspflege im Rahmen des Gesamtaufwands für die betroffene Verrichtung der Grundpflege als Pflegebedarf zu berücksichtigen (BSG vom 30.10. 2001, a.a.O.; BSG vom 20.05.2003 SozR 4-2500 § 32 Nr.1 = KrV 2003, 256). Ein derartiger Zusammenhang mit einer Leistung der Grundpflege ist aber hier nicht gegeben. Denn die Blutzuckecmessung durch ein spezielles Messgerät, die die Entnahme von Blut z.B. aus dem Finger voraussetzt, steht in keinem Zusammenhang mit den unter § 14 Abs.4 SGB XI genannten Verrichtungen, die die Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung betreffen. Dem Anspruch des Klägers steht auch nicht der Ausschlusstatbestand in § 37 Abs.3 SGB V entgegen, da er in seiner Wohnung allein lebt, wie den Pflegegutachten aus der Zeit von 2000 bis 2002 zu entnehmen ist.

Entscheidungserheblich ist hier, dass nach den KrankenpflegeRichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen die Leistungsvoraussetzungen für die Blutzuckermessung (Nr.11 der Anlage) nicht erfüllt sind. Vorausgesetzt wird für die Zuordnung zur Behandlungspflege die Ermittlung und Bewertung des Blutzuckergehaltes kapillaren Blutes mittels Testgeräts (z.B. Glukometer) bei Erst- und Neueinstellung eines Diabetes (insulin- oder tablettenpflichtig) oder bei Fortsetzung der so genannten intensivierten Insulintheraphie. Diese Voraussetzungen sind nach der Auskunft des behandelnden Arztes Dr.R. derzeit nicht erfüllt.

Entgegen der Ansicht der Klägerbevollmächtigten und des SG sind die Krankenpflege-Richtlinien mit den Leistungsbeschreibungen in deren Anlage bindend und zwar nicht nur aus Gründen der Gleichbehandlung der Versicherten (Art.3 Abs.1 Grundgesetz - GG -). Die Funktion der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen besteht nach der ständigen höchstrichterlichen Rechtsprechung des BSG

in einer Konkretisierung des Leistungsanspruchs des Versicherten auf Krankenbehandlung, der in § 27 Abs.1 SGB V als ausfüllungsbedürftiges Rahmenrecht angelegt ist. Dieses Recht bedarf der Konkretisierung, bevor der Versicherte daraus ein Recht im Sinne von § 194 Abs.1 Bürgerliches Gesetzbuch ableiten kann, von seiner Kasse ein bestimmtes Tun oder Unterlassen zu verlangen (zuletzt BSG vom 20.11.2001 SozR 3-2500 § 19 Nr.3; BSG vom 16.09.1997 BSGE 81, 54; BSG vom 09.06.1998, BSGE 82, 158). Die Richtlinien sind, worauf die Beklagte zu Recht hinweist, für diese bindend und beeinflussen daher auch den Behandlungsanspruch des Klägers. Es handelt sich bei den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach der ständigen Rechtsprechung des BSG im Verhältnis zu den Vertragsärzten und Krankenkassen um autonomes, bindendes Recht. In diesem Rechtskreis entfaltet sich die Geltungswirkung der Richtlinien für die einzelnen Krankenkassen über §§ 92 Abs.7, 82 Abs.1 Satz 2, 83 Abs.1, 210 Abs.2 SGB V (BSG vom 20.03.1996 SozR 3-2500 § 92 Nr.6). Der Hinweis der Klägerbevollmächtigten, dass die gesetzliche Grundlage für die Richtlinien der häuslichen Krankenpflege keinen Erlaubnisvorbehalt enthält wie z.B. bei der Bewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§ 135 Abs.1 SGB V) oder bei neuen Heilmitteln (§ 138 SGB V) ist kein zutreffendes Argument gegen die Bindungswirkung der Richtlinien. Denn bei diesen, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bzw. neue Heilmittel betreffenden gesetzlichen Regelungen geht es allein um die Frage der Qualitätssicherung im Zusammenhang mit den gesetzlichen Regelungen des § 2 Abs.1 Satz 2, 12 Abs.1 SGB V, also um die Frage, ob neue Leistungen Gegenstand der Krankenbehandlung geworden sind. Aus Gründen der Qualitätssicherung und der Wirtschaftlichkeit der Krankenbehandlung hat der Gesetzgeber hier einen Erlaubnisvorbehalt vorgesehen.

Demgegenüber haben die Krankenpflege-Richtlinien eine andere Bedeutung, da sie, jedenfalls im hier einschlägigen Fall der Behandlungspflege, insoweit nur die Organisation der Krankenbehandlung regeln. Zur Krankenbehandlung gehört gemäß § 27 Abs.1 Satz 2 Nr.1 SGB V die ärztliche Behandlung (einschließlich der Psychotherapie). Nach dem Arztmonopol des § 15 Abs.1 SGB V wird die ärztliche Behandlung grundsätzlich von Ärzten erbracht. Eine Delegation ärztlicher Leistungen als Ausnahme vom Arztvorbehalt ist gemäß § 15 Abs.1 Satz 2 SGB V zulässig. Sind danach Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt angeordnet und von ihm verantwortet werden. Im Zusammenhang mit dem Arztmonopol steht auch § 28 Abs.1 SGB V, wonach die ärztliche Behandlung die Tätigkeit des Arztes umfasst, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die vom Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist. Durch die Krankenpflege-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen werden für die dort aufgeführten Maßnahmen der Behandlungspflege die Voraussetzungen der Delegation auf nichtärztliche Hilfskräfte und der Leistungsinhalt geregelt. Daher sieht Ziffer I. Grundlagen der Krankenpflege-Richtlinien in Nr.2. vor, dass die häusliche Krankenpflege u.a. die Maßnahmen der ärztlichen Behandlung umfasst, die dazu dienen, Krankeiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte/Pflegekräfte delegiert werden können (Behandlungspflege). Aus dem Regelungszusammenhang zwischen den gesetzlichen Vorschriften der §§ 15 Abs.1, 27 Abs.1 Satz 1, Satz 2 Nrn.1, 28 Abs.1 SGB V und der genannten Regelung der häuslichen Krankenpflege als Behandlungspflege in § 37 SGB V in Verbindung mit den Krankenpflege-Richtlinien ist zu schließen, dass bei der Nichterfüllung der speziellen Leistungsvoraussetzungen für eine Maßnahme der häuslichen Krankenpflege eine Delegation der ärztlichen Behandlung an Hilfskräfte ausscheidet. Dies bedeutet aber nicht, dass die Leistung als solche in Form der ärztlichen Behandlung nicht erbracht werden darf. Vielmehr beruht die Leistung dann auf den grundlegenden Regelungen der §§ 15 Abs.1 Satz 1, 27 Abs.1 Satz 2 Nr.1 und 28 Abs.1 Satz 1 SGB V, d.h. es besteht weiterhin die originiäre Zuständigkeit des Vertragsarztes für die Krankenbehandlung. Die Blutzuckermessung beim Kläger ist damit ein Teil der vertragsärztlichen Behandlung; sie ist als ärztliche Leistung in Form der Blutentnahme (ggf. im Rahmen eines Hausbesuches) und der Laboratoriumsuntersuchung (Nr.3722 EBM = glykierte Hämoglobine (z.B. HbA und/oder HbA 1c)) vorgesehen.

Dass diese Leistung im Falle des Klägers medizinisch notwendig ist (§ 12 Abs.1 SGB V), ergibt sich aus den gutachterlichen Stellungnahmen des MDK und der Auskunft des Hausarztes Dr.R. und wird auch von der Beklagten nicht bestritten. Der Senat hat hier über die Häufigkeit der Blutzuckermessung pro Woche nicht zu entscheiden, da sie sich nach dem jeweiligen Gesundheitszustand des Klägers richtet. In den zugrunde liegenden ärztlichen Verordnungen hat Dr.R. die Häufigkeit mit einmal täglich, zweimal wöchentlich angegeben (s. letzte Verordnung vom 22.12. 2000), während er in der Auskunft vom Befundbericht vom 06.08. 2004 tägliche Blutzuckermessungen für erforderlich hält.

Der Senat hat auch nicht darüber zu befinden, dass die Durchführung dieser Leistungen durch den Arzt möglicherweise (im Notfall) teurer ist als die Delegation an den Pflegedienst. Denn die Beklagte hat die medizinische Notwendigkeit der Blut- zuckermessungen nicht bestritten.

Entgegen der Ansicht der Klägerbevollmächtigten bestehen aus den oben genannten Gründen auch keine Bedenken gegen die Vereinbarkeit der Krankenpflege-Richtlinien mit höherrangigem Recht. Die Richtlinien sind dem Inhalt nach einer richterlichen Kontrolle bezüglich deren medizinischer Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit entzogen. Der Senat kann nur prüfen, ob sie mit höherrangigem Recht zu vereinbaren sind (BSG vom 19.03.2002 SozR 3-2500 § 138 Nr.2 mit weiteren Nachweisen). Es ist nicht die Aufgabe der Gerichte, über die speziellen Leistungsvoraussetzungen der Blutzuckermessung zu entscheiden. Erfüllt ein Versicherter, wie hier der Kläger, diese Voraussetzungen nicht, entsteht ihm dadurch kein Nachteil im Zusammenhang mit der Krankenbehandlung, da er weiterhin einen Anspruch auf die entsprechende ärztliche Behandlung hat, die unter Umständen als Hausbesuch zu erbringen ist. Ein Verstoß gegen die genannten Regelungen des SGB V oder gegen Art.2 Abs.1 GG ist darin nicht zu erkennen. Aus Art.2 Abs.1, Abs.2 Satz 1 GG folgt zwar eine objektiv-rechtliche Pflicht des Staates, das Leben und die körperliche Unversehrtheit zu schützen und im Rahmen des Selbstbestimmungsrechts zu gewährleisten, dass dem Erkrankten die letzte Entscheidung über die in seinem Fall anzuwendende Therapie belassen wird. Daraus ergibt sich jedoch, wie das Bundesverfassungsgericht mit Beschluss vom 05.03.1997 (NJW 1997, 3085) bekräftigt hat, kein verfassungsrechtlicher Anspruch gegen die Krankenkassen auf Bereitstellung bestimmter Gesundheitsleistungen. Der Umfang des Krankenbehandlungsanspruchs ist vielmehr durch die Leistungsgesetze bestimmt und begrenzt.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Der Senat hat wegen grundsätzlicher Bedeutung die Revision zugelassen (§ 160 Abs.2 Nr.1 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
FSB

Saved
2004-11-05