

S 25 KR 190/14

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Frankfurt (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
25
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 25 KR 190/14
Datum
10.10.2017
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 443/17
Datum
28.02.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

1. Die Bescheide der Beklagten vom 20. Juni 2013 und 20. Dezember 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. Februar 2014 sowie der Bescheid vom 19. Dezember 2014 werden abgeändert. Die Beklagte wird verurteilt, den Kläger von den in dem Zeitraum vom 1. Juli 2013 bis 7. Dezember 2014 für die Blutzuckermessungen entstandenen Kosten in Höhe von 3.409,06 EUR freizustellen.

2. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten des Klägers.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über den Anspruch des Klägers auf Freistellung von den in der Zeit vom 1. Juli 2013 bis 7. Dezember 2014 entstandenen Kosten für häusliche Krankenpflege in Form von Blutzuckermessungen.

Der 1936 geborene Kläger ist bei der Beklagten krankenversichert. Der Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. D. verordnete dem Kläger mit Folge-Verordnungen vom 18. Juni 2013 und 12. Dezember 2013 jeweils häusliche Krankenpflege nach § 37 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) in Form von Blutzuckermessungen zweimal täglich/siebenmal wöchentlich, subkutanen Injektionen zweimal täglich/siebenmal wöchentlich und Herrichten der Medikamentengabe einmal wöchentlich zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung für die Zeiträume vom 1. Juli 2013 bis 31. Dezember 2013 und 1. Januar 2014 bis 31. Dezember 2014 wegen Auffassungs- und Umstellungsschwierigkeiten, ICD-10-GM E11.40 G [Diabetes mellitus Typ 2 mit neurologischen Komplikationen, nicht näher bezeichnet], ICD-10-GM I25.11 G [chronische ischämische Herzkrankheit, Ein-Gefäß-Erkrankung], ICD-10-GM J18.9 Z [Zustand nach Pneumonie, nicht näher bezeichnet], ICD-10-GM J44.32 G [chronisch obstruktive Lungenkrankheit mit Emphysem], schwankende Blutzuckerwerte und reduziertem Allgemeinzustand.

Der Kläger beantragte am 20. Juni 2013 und 17. Dezember 2013 unter Vorlage der ärztlichen Verordnungen bei der Beklagten jeweils die Kostenübernahme der häuslichen Krankenpflege.

Die Beklagte übernahm die Kosten der Insulininjektionen zweimal täglich/siebenmal wöchentlich und des Richtens von Medikamenten einmal täglich/einmal wöchentlich im Zeitraum vom 1. Juli 2013 bis 7. Dezember 2014 (Bescheid vom 20. Juni 2013, Bescheid vom 20. Dezember 2013 in der Fassung des Änderungsbescheides vom 19. Dezember 2014).

Der ambulante Pflegedienst des Deutschen Roten Kreuzes Kreisverband E-Stadt führte auf der Grundlage der ärztlichen Verordnungen bei dem Kläger zweimal täglich/siebenmal wöchentlich die Blutzuckermessungen durch und stellte dem Kläger hierfür insgesamt 3.409,06 EUR für den Zeitraum vom 1. Juli 2013 bis 7. Dezember 2014 in Rechnung (Rechnungen vom 6. Januar 2015).

Mit Bescheid vom 20. Juni 2013 und Bescheid vom 20. Dezember 2013 lehnte die Beklagte die Übernahme der Kosten für die Blutzuckermessungen und eine "Intensivierte Insulintherapie" ab.

Hiergegen legte der Kläger am 19. Juli 2013 und 6. Januar 2014 jeweils Widerspruch ein. Er machte geltend, die Blutzuckermessungen seien medizinisch erforderlich, was durch die ärztlichen Verordnungen bestätigt würde. Der Beklagten stünde insoweit kein eigenständiges Prüfrecht zu.

Die Beklagte holte einen Arztbericht des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. D. vom 16. Oktober 2013 und ein sozialmedizinisches Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in Hessen vom 28. November 2013 ein. Darin führte die Ärztin im

MDK Dr. F. aus, eine Neuinsulineinstellung des Diabetes oder eine "Intensivierte Insulintherapie" sei nicht ersichtlich. Eine "Intensivierte Insulintherapie" sei bei den dokumentierten Beeinträchtigungen des Klägers auch nicht durchführbar. Der Kläger würde nach der "Konventionellen Insulintherapie" versorgt, die aus einer Injektion zum Frühstück und einer Injektion zum Abendbrot bestehe. Diese Form der Therapie sei nur bei stabiler Stoffwechsellage und regelmäßigem Tagesablauf möglich. Sämtliche Blutzuckerwerte lägen allesamt im noch tolerablen, altersadaptierten Bereich außerhalb akut bedrohlicher Zustände. Es handele sich um eine regelhafte Insulingabe nach einem festen Schema mit regelhafter vorheriger Blutzuckerbestimmung. Diese therapeutische Maßnahme sei weder medizinisch notwendig noch richtlinienkonform und mit dem pflegerischen Aufwand der "Intensivierten Insulintherapie" nicht vergleichbar.

Die Beklagte wies die Widersprüche des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 21. Februar 2014 als unbegründet zurück. Zur Begründung ihrer Entscheidung führte sie aus, nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege sei die Blutzuckermessung nur bei Erst- und Neueinstellung eines Diabetes sowie bei Fortsetzung der "Intensivierten Insulintherapie" verordnungsfähig. Bei dem Kläger liege nach den Feststellungen des MDK in Hessen weder eine Neueinstellung des Insulins noch eine "Intensivierte Insulintherapie" vor. Es handele sich um einen Abrechnungsversuch routinemäßiger Dauermessungen bei durchgängig im tolerablen altersadaptierten Bereich gemessenen Blutzuckerwerten ohne Konsequenz für die nachfolgende schematische Insulingabe, die weder medizinisch notwendig noch wirtschaftlich und damit nicht verordnungsfähig seien.

Hiergegen hat der Kläger am 21. März 2014 beim Sozialgericht Frankfurt am Main Klage erhoben. Er trägt vor, ihm würde ausweislich der ärztlichen Verordnungen das Insulin "Actraphane 30 Penfil" morgens und abends entsprechend den aktuell gemessenen Blutzuckerwerten nach einem Insulinanpassungsschema im Rahmen einer "Intensivierten Insulintherapie" gespritzt. Die Krankenkassen hätten ärztlich verordnete Blutzuckermessungen aber auch außerhalb der in der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege genannten Fällen zu genehmigen, da die Richtlinie medizinisch notwendige Leistungen nicht ausschließen könne.

Nach ärztlicher Neuverordnung (Verordnung häuslicher Krankenpflege des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. D. vom 8. Dezember 2014) genehmigte die Beklagte mit Bescheid vom 19. Dezember 2014 dem Kläger eine "Intensivierte Insulintherapie" dreimal täglich/siebenmal wöchentlich ab 8. Dezember 2014. Mit weiterem Bescheid vom 19. Dezember 2014 änderte die Beklagte den Bescheid vom 20. Dezember 2013 hinsichtlich des Bewilligungszeitraumes für die Insulininjektionen und das Richten der Medikamente (jetzt 1. Januar 2014 bis 7. Dezember 2014). Bezüglich der hier streitigen Blutzuckermessungen und der "Intensivierten Insulintherapie" verblieb es bei der ablehnenden Entscheidung für den Zeitraum vom 1. Januar 2013 bis 7. Dezember 2014.

Der Kläger beantragt,
die Bescheide vom 20. Juni 2013 und 20. Dezember 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. Februar 2014 sowie den Bescheid vom 19. Dezember 2014 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, den Kläger von den in dem Zeitraum vom 1. Juli 2013 bis 7. Dezember 2014 für die Blutzuckermessungen entstandenen Kosten in Höhe von 3.409,06 EUR freizustellen,
hilfsweise
ein Sachverständigengutachten gemäß [§ 106](#) Sozialgerichtsgesetz zur Frage der medizinischen Notwendigkeit der Blutzuckermessungen einzuholen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung aus den Gründen des Widerspruchsbescheides für zutreffend.

Das Gericht hat im Rahmen seiner Ermittlungen einen Befundbericht des Facharztes für Allgemeinmedizin Dr. D. vom 1. August 2014 eingeholt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitsstandes sowie des Beteiligtenvorbringens wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung war.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht erhobene Klage ist zulässig. Sie ist auch sachlich begründet.

Die angefochtenen Bescheide der Beklagten vom 20. Juni 2013 und 20. Dezember 2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. Februar 2014 sowie der Bescheid vom 19. Dezember 2014 sind rechtswidrig und verletzen den Kläger in seinen Rechten. Der Kläger hat einen Anspruch gegen die Beklagte auf Freistellung von den Kosten der häuslichen Krankenpflege in Form von Blutzuckermessungen in dem Zeitraum vom 1. Juli 2013 bis 7. Dezember 2014.

Rechtsgrundlage für die Kostenerstattung der häuslichen Krankenpflege ist [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#). Hiernach dürfen Versicherte Kostenerstattung nur in Anspruch nehmen, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (1. Variante) oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (2. Variante) und dadurch dem Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden sind, soweit die Leistung notwendig war.

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) gegen ihre Krankenkasse Anspruch auf die zu den gesetzlich festgelegten Zwecken notwendige Krankenbehandlung. Die Krankenbehandlung umfasst unter anderem nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB V](#) häusliche Krankenpflege. Nach [§ 37 Abs. 2 SGB V](#) erhalten Versicherte 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 als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. Nach [§ 37 Abs. 3 SGB V](#) besteht der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann. Abs. 6 der Vorschrift räumt dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Befugnis ein, in Richtlinien

nach [§ 92 SGB V](#) festzulegen, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Abs. 2 Satz 1.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) entscheidet hierzu in Richtlinien gemäß [§ 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) über die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten, auch speziell über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege ([§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6](#) in Verbindung mit Abs. 6 SGB V).

Die Klage ist hinsichtlich des streitgegenständlichen Zeitraums vom 1. Juli 2013 bis 7. Dezember 2014 sachlich begründet. Die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) zweite Variante SGB V liegen hier vor, weil die mit den angefochtenen Bescheiden abgelehnten vertragsärztlich verordneten Blutzuckermessungen in diesem Zeitraum medizinisch notwendig waren.

Blutzuckermessungen sind bei Diabetikern krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen und zählen damit zum Bereich der Behandlungspflege. Sie dienen der ärztlichen Therapie bei Diabetes und haben den Zweck, die medizinische Behandlung zu sichern sowie die weitere Verschlimmerung der Krankheit und Spätschäden zu verhüten.

Bei der Behandlung des Diabetes mellitus wird zwischen zwei Formen der Insulintherapie unterschieden. Gegenstand der "Konventionellen Insulintherapie" ist in der Regel ein starres Schema von zwei bis drei Injektionen einer vorgegebenen Mischung aus Intermediärinsulin (verzögernd wirkend) und Normalinsulin (rasch wirkend) morgens, eventuell mittags und abends, wobei es sich um die nicht optimal auf Schwankungen des Blutzuckerwerts abstimmbare Therapievariante handelt. Gegenstand der "Intensivierten Insulintherapie" ist die zweimalige Injektion eines Intermediärinsulins morgens und spät abends nach dem Basis-Bolus-Prinzip (Imitation der Basalsekretion von Insulin des Gesunden) und zusätzlich eines Normalinsulins zu den Mahlzeiten (angepasst an den Kohlehydratgehalt der Nahrung und vor der Mahlzeit gemessene Blutzuckerwerte) oder mit Insulininfusionssystemen (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 266. Auflage 2014, Stichwort Insulintherapie; BSG, Urteil vom 26. Januar 2006 - [B 3 KR 4/05 R](#) - [SozR 4-2500 § 37 Nr. 7](#) - [SozR 4-2500 § 92 Nr. 4](#), Rdnr. 18).

In [§ 1 Abs. 4](#) der Richtlinie des GBA über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie - HKP-RL) vom 17. September 2009 (Bundesanzeiger (BAnz) Nr. 21a vom 9. Februar 2010, Beilage) in den hier anzuwendenden Fassungen der Beschlüsse vom 21. Februar 2013 (BAnz AT vom 20. August 2013 B3), vom 19. September 2013 (BAnz AT vom 12. Dezember 2013 B7), vom 23. Januar 2014 (BAnz AT vom 30. April 2014 B5) und vom 17. Juli 2014 (BAnz AT vom 6. Oktober 2014 B2) heißt es, die verordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege seien grundsätzlich dem dieser Richtlinie als Anlage beigefügten Leistungsverzeichnis zu entnehmen. Dort nicht aufgeführte Maßnahmen seien grundsätzlich nicht als häusliche Krankenpflege verordnungs- und genehmigungsfähig. Nicht im Leistungsverzeichnis aufgeführte Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege im Sinne von [§ 37 SGB V](#) seien in medizinisch zu begründenden Ausnahmefällen verordnungs- und genehmigungsfähig, wenn sie Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans sind, im Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich sind und von geeigneten Pflegekräften erbracht werden sollen.

Die Blutzuckermessung ("Ermittlung und Bewertung des Blutzuckergehaltes kapillaren Blutes mittels Testgerät, z. B. Glucometer") wird in der Nr. 11 der Anlage nur für eine Dauer von bis zu vier Wochen und nur dann als verordnungsfähig bezeichnet, wenn sie der Erst- oder Neueinstellung eines insulin- oder tablettenpflichtigen Diabetes oder der Fortsetzung der sogenannten "Intensivierten Insulintherapie" dient. Routinemäßige Dauermessungen werden ausdrücklich nach der "Bemerkung" zu Nr. 11 der Anlage als nur zur Fortsetzung der sogenannten "Intensivierten Insulintherapie" verordnungsfähig bezeichnet, wobei die Häufigkeit der Blutzuckermessung nach Maßgabe des ärztlichen Behandlungsplanes in Abhängigkeit von der verordneten Medikamententherapie bis zu viermal wöchentlich, bis zu dreimal täglich erfolgt und bei der Folgeverordnung der HbA 1 c-Wert zu berücksichtigen ist. Die routinemäßigen Dauermessungen sind dabei nur bei solchen Patienten verordnungsfähig, (1) die unter einer so hochgradigen Einschränkung der Sehfähigkeit leiden, dass es ihnen unmöglich ist, das kapillare Blut zu entnehmen, auf den Teststreifen zu bringen und das Messergebnis abzulesen oder (2) die unter einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten leiden, dass sie das kapillare Blut nicht entnehmen und auf den Teststreifen bringen können oder (3) die unter einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit leiden, dass sie zu schwach sind, das kapillare Blut entnehmen und auf den Teststreifen bringen können (z. B. moribunde Patienten) oder (4) bei denen eine so starke Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit und Realitätsverlust eingetreten ist, dass die Compliance bei der Diagnostik nicht sichergestellt ist oder (5) die entwicklungsbedingt noch nicht fähig sind, die Leistung zu erlernen oder selbstständig durchzuführen. Diese persönlichen Voraussetzungen für die Verordnungsfähigkeit routinemäßiger Dauermessungen des Blutzuckerwertes müssen aus der ärztlichen Verordnung hervorgehen.

Die HKP-RL stellt keinen abschließenden Leistungskatalog über die zu erbringenden Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege dar. Soweit dies aus den einleitenden Formulierungen geschlossen werden könnte, würde eine solche Auslegung von der gesetzlichen Ermächtigung nicht gedeckt. Nach [§ 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) beschließt der GBA die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten. Er soll insbesondere Richtlinien beschließen über unter anderem die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie (Satz 2 Nr. 6 der Vorschrift). Damit ist im Unterschied zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ([§ 135 SGB V](#)) und Heilmitteln ([§ 138 SGB V](#)) keine Ermächtigung des GBA eingeräumt, den Umfang der von den Krankenkassen zu erbringenden Leistungen der häuslichen Krankenpflege abschließend festzulegen. Nach Abs. 7 Satz 1 der Vorschrift ist in den Richtlinien "insbesondere" zu regeln (1.) die Verordnung der häuslichen Krankenpflege und deren ärztliche Zielsetzung sowie (2.) die Zusammenarbeit des verordnenden Vertragsarztes mit den Leistungserbringern. Der Auftrag an den GBA beschränkt sich wie es dem Wesen von Richtlinien entspricht - auf die Konkretisierung und Interpretation des Wirtschaftlichkeitsgebots für die Regelfälle der häuslichen Krankenpflege, schließt aber ein Abweichen davon im Einzelfall nicht aus. Für eine Ausgrenzung notwendiger Leistungen aus dem Versorgungsauftrag der Krankenkassen, ihre Zuweisung zum Aufgabenbereich der Pflegekassen oder in die Eigenverantwortung der Versicherten (d. h. Selbstbeteiligung) hat der GBA keine Ermächtigung. Demzufolge bleiben Maßnahmen der Behandlungspflege, die im Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich sind, auch außerhalb der HKP-RL in der Leistungsverpflichtung der Krankenkassen, und zwar unabhängig davon, ob es sich um die Behandlung einer akuten oder chronischen Erkrankung handelt. Voraussetzung für die Nichtverbindlichkeit der HKP-RL bezüglich einer bestimmten Maßnahme der Behandlungspflege ist aber stets die Feststellung, dass der GBA die besondere Fallgestaltung nicht bedacht, die Rechtsbegriffe der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit unzutreffend ausgelegt oder die Bewertung der Notwendigkeit oder Wirtschaftlichkeit einer Behandlungsmaßnahme evident fehlerhaft vorgenommen hat (BSG, Urteil vom

26. Januar 2006 – [B 3 KR 4/05 R](#) – [SozR 4-2500 § 37 Nr. 7](#), [SozR 4-2500 § 92 Nr. 4](#); BSG, Urteil vom 10. November 2005 [B 3 KR 38/04 R](#) – [SozR 4-2500 § 37 Nr. 6](#); BSG, Urteil vom 17. März 2005 – [B 3 KR 35/04 R](#) – [SozR 4-2500 § 37 Nr. 4](#) = [BSGE 94, 205](#)).

Ausgehend von diesen Grundsätzen erweisen sich die angefochtenen Bescheide der Beklagten für den Zeitraum vom 1. Juli 2013 bis 7. Dezember 2014 als rechtswidrig. Die dem Kläger ärztlich verordneten Blutzuckermessungen waren medizinisch notwendig. Soweit sie nach Nr. 11 der Anlage zu den HKP-RL von der Leistungspflicht der Krankenkasse ausgeschlossen sind, ist dies von der gesetzlichen Ermächtigung nicht gedeckt und verstößt gegen höherrangiges Recht.

Nach den Ausführungen des MDK in Hessen in seinem sozialmedizinischen Gutachten vom 28. November 2013 wurde zwar in dem hier streitgegenständlichen Zeitraum bei dem Kläger weder eine Erst- oder Neueinstellung der Insulintherapie noch eine sogenannte "Intensivierte Insulintherapie" durchgeführt. Dies wird von dem Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. D. in seinem Befundbericht vom 1. August 2014 bestätigt. Er führt aus, die sogenannte "Intensivierte Insulintherapie" würde von dem Kläger, seinen Angehörigen und dem Pflegedienst missverständlich angenommen. Bei dem Kläger würde eine "Konventionelle Insulintherapie" betrieben. Gleichwohl waren im Fall des Klägers nach Abschluss der Neueinstellung der Insulintherapie im Oktober/November 2012 die von dem Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. D. verordneten und von dem ambulanten Pflegedienst bereits seit Dezember 2012 zweimal täglich/siebenmal wöchentlich durchgeführten Blutzuckermessungen auch bei "Konventioneller Insulintherapie" in dem hier streitgegenständlichen Zeitraum medizinisch notwendig. Dies steht zur Überzeugung der Kammer fest aufgrund der Ausführungen des Dr. D. in seinem Arztbericht vom 16. Oktober 2013 und dem Befundbericht vom 1. August 2014. Bei dem Kläger wurde keine "Konventionelle Insulintherapie" nach einem starren Schema betrieben, sondern zweimal täglich ein je nach aktuell ermitteltem Blutzuckerwert in der Dosis angepasstes Kombinationsinsulin gespritzt. Die von dem ambulanten Pflegedienst gemessenen Blutzuckerwerte schwankten erheblich. In dem Zeitraum vom 10. Januar 2013 bis 30. Juni 2013 reichten die gemessenen Werte von 63 mg/dl bis 349 mg/dl und in dem Zeitraum vom 1. Juli 2013 bis 21. Oktober 2013 von 77 mg/dl bis 319 mg/dl. Ausweislich des Insulinspritzplans vom 30. April 2013 des Dr. D. sollte das Kombinationsinsulin "Actraphane 30 Penfil (bisher Novomix 30 Penfil)" wie folgt verabreicht werden: bei einem Blutzuckerwert (BZ) unter 60 mg/dl kein Insulin, bei einem BZ von 60-100 mg/dl morgens 6 Injektionseinheiten (IE) und abends kein Insulin, bei einem BZ von 100-140 mg/dl morgens 14 IE und abends 4 IE, bei einem BZ von 141-180 mg/dl morgens 18 IE und abends 6 IE, bei einem BZ von 181-220 mg/dl morgens 20 IE und abends 8 IE, bei einem BZ von 221-260 mg/dl morgens 22 IE und abends 10 IE und bei einem BZ über 261 mg/dl morgens 24 IE und abends 12 IE. Hieraus wird ersichtlich, dass es sich nicht um routinemäßige Dauermessungen des Blutzuckerwertes bei einer "Konventionellen Insulintherapie" ohne therapeutische Konsequenzen gehandelt hat, sondern die tägliche Insulingabe jeweils von den gemessenen Blutzuckerwerten abhängig war.

Bezogen auf den Fall des Klägers lässt der Regelungszusammenhang der Nr. 11 der Anlage zu den HKP-RL vermuten, dass die hier vorliegende Fallgestaltung nicht erfasst worden ist. Der Bundesausschuss erklärt Blutzuckermessungen einerseits bei der Erst- oder Neueinstellung des Blutzuckerspiegels - und insoweit unabhängig von der Art der Insulintherapie und von besonderen persönlichen Voraussetzungen des Diabetespatienten - für verordnungsfähig. Andererseits behandelt er den Komplex der routinemäßigen Dauermessungen der Blutzuckerwerte und lässt diese nur bei Fortsetzung der "Intensivierten Insulintherapie" zu, und zwar auch nur bei Diabetespatienten, die wegen konkreter Leistungseinschränkungen körperlicher oder geistiger Art nicht in der Lage sind, die Messungen zuverlässig selbst durchzuführen. Diese Regelung deutet darauf hin, dass der GBA die Problematik der Blutzuckermessungen nicht ausreichend erfasst hat. Alle Messungen, die nicht in der Nr. 11 der Anlage genannt sind, sind entweder als medizinisch nicht notwendig oder als selbst durchführbar eingestuft. Dies betrifft Blutzuckermessungen außerhalb der Erst- oder Neueinstellung bei "Konventioneller Insulintherapie" generell, weil es dort in der Regel um Insulingaben nach Schema geht, die nicht vom aktuellen Blutzuckerwert abhängen, sowie um die Messungen bei "Intensivierter Insulintherapie", die von den Patienten noch selbst zuverlässig vorgenommen werden können. Keine Aussage trifft der GBA hingegen zu einer Fallgestaltung wie der hier vorliegenden, bei der zwar eine "Konventionelle Insulintherapie" erfolgt, die Insulingabe jedoch vom aktuellen Blutzuckerwert abhängt.

Nach § 1 Abs. 4 HKP-RL sind nicht im Leistungsverzeichnis aufgeführte Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege im Sinne von [§ 37 SGB V](#) in medizinisch zu begründenden Ausnahmefällen verordnungs- und genehmigungsfähig, wenn sie Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans sind, im Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich sind und von geeigneten Pflegekräften erbracht werden sollen. Da diese Voraussetzungen nach den vorstehenden Ausführungen bei dem Kläger erfüllt sind, war die Beklagte antragsgemäß zu verurteilen.

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

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2019-04-24