S 89 KR 1954/11

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
SG Berlin (BRB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
89
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 89 KR 1954/11
Datum
07.11.2014
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Ein Anspruch eines Versicherten auf häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege) besteht schon dann, wenn aufgrund seiner Erkrankung unvorhersehbar jederzeit lebensbedrohliche Situationen auftreten können, die eine sofortige pflegerische/ärztliche Intervention erfordern. Soweit nach den HKP-Richtlinien solche Situationen „täglich“ auftreten müssen, ist hiermit eine Anforderung formuliert, die den Rahmen der gesetzlichen Vorgabe überschreitet.
Die Beklagte wird unter Aufhebung ihres Bescheides vom 20. April 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. August 2011 verurteilt, dem Kläger für die Zeit ab dem 1. Januar 2015 bei unverändertem Gesundheitszustand und Vorlage von Verordnungen häuslicher Krankenpflege (Behandlungspflege) über 24 Stunden täglich häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege) im Umfang von 24 Stunden täglich abzüglich des jeweils bestehenden hälftigen Zeitwerts des Bedarfs an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung nach dem SGB XI als Sachleistung zu gewähren.
Die außergerichtlichen Kosten des Klägers trägt die Beklagte.

Tatbestand:

Es ist streitig, ob die beklagte Krankenkasse die häusliche Krankenpflege des Klägers in Form der speziellen Krankenbeobachtung täglich für 24 Stunden ab dem 1. Januar 2015 zu erbringen hat.

Der 1980 geborene Kläger erlitt im Jahr 2003 einen schweren Fahrradunfall, bei dem er sich durch einen Bruch im Bereich der Halswirbelsäule eine hohe Querschnittslähmung zuzog. Es liegt eine inkomplette Tetraplegie unterhalb des 4. Halswirbels und eine komplette Querschnittslähmung unterhalb des 5. Halswirbels vor. Zudem besteht eine Blasen- und Mastdarmlähmung mit Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie, die der regelmäßigen urologischen Behandlung bedarf. Auch besteht seit 2008 eine Colitis ulcerosa. Der Kläger kann bei fast völligem Ausfall des Hustenstoßes Lungensekret nicht selbständig abhusten. Er leidet zudem unter Kreislaufdysregulationen.

Von der beigeladenen Pflegekasse ist der Kläger als Schwerstpflegebedürftiger (Pflegestufe III) anerkannt (vgl. das Gutachten des MDK vom 6. Juli 2007). Die Beklagte gewährte dem Kläger erstmals mit Bescheid vom 9. Januar 2004 Behandlungspflege im Umfang von 14 Stunden. Behandlungspflege im Umfang von weiteren 10 Stunden wurde dem Kläger erstmalig mit Bescheid des Sozialamtes vom 26. Februar 2004 bewilligt. Die Pflege wird in der Wohnung des Klägers von der G.mbH erbracht. Im Jahr 2010 wurde die Beklagte aufgrund eines Eilverfahrens (S 84 KR 2549/10 ER) zur weiteren Gewährung der Behandlungspflege verpflichtet. Mit Bescheid vom 20. April 2011 teilte sie dem Kläger mit, ab dem 1. Mai 2011 keine Kosten der Behandlungspflege mehr zu übernehmen. Sie berief sich zur Begründung auf ein Gutachten des MDK (Dr. N.) vom 12. April 2011, wonach eine Interventionsbereitschaft aus vitaler Indikation und damit eine 24-stündige Krankenbeobachtung beim Kläger nicht notwendig seien. Es bestehe keine Behinderung der Spontanatmung. Abhusthilfen seien insbesondere in Situationen akuter Infekte erforderlich, in infektfreien Zeiten nur drei- viermal im Monat. Vegetative Dysregulationen träten im Wesentlichen nur im Zusammenhang mit Mobilisation bei Grundpflegemaßnahmen auf, so dass in solchen Fällen immer eine Pflegeperson anwesend sei. Hinsichtlich der vegetativen Reaktionen im Zusammenhang mit der Blasenfüllung sei kein regelmäßiges und tägliches Auftreten belegt; ebenso bestehe diesbezüglich keine vitale Gefährdung.

Im Rahmen eines weiteren Verfahrens zur Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes (S 81 KR 980/11 ER) schlossen die Hauptbeteiligten nach Befragung der Gutachterin Dr. N. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und des Unfallchirurgen Dr. L.(U.Krankenhaus B.) einen Vergleich, wonach die Beklagte Behandlungspflege im Umfang von täglich 14 Stunden zunächst bis zum 31. Dezember 2011 weiter gewähren sollte. Die Beklagte hat zuletzt mit Bescheid vom 1. Oktober 2014 aufgrund des vor der 81. Kammer geschlossenen Vergleichs Behandlungspflege im Umfang von 14 Stunden bis zum 31. Dezember 2014 gewährt.

Den Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid vom 20. April 2011 wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 30. August 2011 zurück.

Mit der Klage trägt der Kläger vor: Er benötige eine Überwachung durch examinierte Pflegekräfte im Umfang von 24 Stunden täglich. Er leide unter erheblichen Einschränkungen beim Hustenstoß, ausgeprägten Detrusorhyperreflexien sowie massiven Kreislaufregulationsstörungen, die plötzlich aufträten und nicht planbare behandlungspflegerische Maßnahmen erforderlich machten. Durch den Ausfall der thorakalen Muskulatur könne er nicht aktiv abhusten. Es könne jederzeit zu einem dramatischen Anstau des Lungensekrets kommen, der zum Erstickungstod führen könne. Die Hyperreflexien seien auf die Blasenlähmung zurückzuführen. Bereits bei relativ geringer Blasenfüllung komme es immer wieder zu vegetativen Entgleisungen mit zum Teil erheblichen Blutdruckanstiegen. Diese Symptome träten regelmäßig und häufig auch in den Nachtstunden auf und könnten lebensbedrohliche Ausmaße erreichen. Sie hätten wiederholt zu Krankenhauseinweisungen geführt. An den Kreislaufregulationsstörungen leide er bereits seit Eintritt der Querschnittslähmung und verstärkt seit der im Jahr 2008 erstmals aufgetretenen Colitis ulcerosa. Diese Störungen könnten jederzeit auftreten; ihnen könne nur teilweise vorbeugend (z.B. durch Lagerungsmaßnahmen) begegnet werden. Zuständiger Leistungsträger für die Behandlungspflege sei die Beklagte und nicht das Sozialamt.

Der Kläger beantragt, die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheides vom 20. April 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. August 2011 zu verurteilen, ihm für die Zeit ab dem 1. Januar 2015 bei unverändertem Gesundheitszustand und Vorlage von Verordnungen häuslicher Krankenpflege (Behandlungspflege) über 24 Stunden täglich häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege) im Umfang von 24 Stunden täglich abzüglich des jeweils bestehenden hälftigen Zeitwerts des Bedarfs an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung nach dem SGB XI als Sachleistung zu gewähren. Die Beklagte und die Beigeladene beantragen, die Klage abzuweisen.

Die Beklagte ist der Klage – auch im Namen der Beigeladenen - unter Bezugnahme auf den angefochtenen Bescheid und unter Auseinandersetzung mit gerichtlich eingeholten Gutachten und Stellungnahmen der Sachverständigen des MDK entgegen getreten.

Die Kammer hat Gutachten der Allgemeinmedizinerin Dr. B. und des Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie Prof. Dr. K. von der Abteilung für Querschnittsgelähmte der Unfallklinik T. eingeholt.

Frau Dr. B. hat nach Untersuchung des Klägers angeführt, eine vitale Bedrohung des Klägers durch verzögertes Abhusten sei angesichts seiner unauffälligen Lungenfunktion eher gering ausgeprägt. Dem vom Kläger beklagten trockenen Reizhusten könne durch Bereithalten eines Getränks oder eines Bonbons begegnet werden. Die Problematik eines akuten Infekts könne ohne Inaugenscheinnahme während eines Infekts nicht beurteilt werden. Die mitunter mit der Detrusor-Sphinkter-Dysfunktion einhergehende Blutdrucksteigerung sei zwar unangenehm. Bei kurz dauerndem Anstieg sei aber weder mit einer Gefäßschädigung noch erhöhter Schlaganfall-/Herzinfarktgefahr zu rechnen. Eine regelmäßige Katheterisierung erscheine angeraten. Hinsichtlich der beschriebenen Kreislaufdysregulation sei festzustellen, dass diese praktisch ausschließlich nach Interventionen wie Füttern, Lagern, Temperaturwechsel auftrete. Dann sei ohnehin Pflegepersonal anwesend. Die in einem solchen Fall erforderlichen Maßnahmen (Beine hochlagern, Kreislauftropfen verabreichen) erforderten keine spezielle medizinische Ausbildung.

Der Gutachter Dr. K. hat in seinem Gutachten nach Aktenlage unter Verweis auf seine langjährige berufliche Erfahrung in der Behandlung von Tetraplegikern ausgeführt: Bei der Lähmungshöhe des Klägers liege eine ausgeprägte Lungenfunktionsstörung vor, die die mechanische Möglichkeit betreffe, Atemreserven zu mobilisieren und sich bei einer akuten Obstruktion selbst zu helfen. Eine banale Bronchitis könne beim Kläger zu einer dramatisch vital bedrohlichen Beeinträchtigung führen. Die beim Kläger vorliegende Detrusor-Sphinkter-Dysfunktion sei dadurch gekennzeichnet, dass die Kontrolle der neurogenen Reflexbögen der Blasenentleerung durch die spinalen Zentren ausgefallen sei. Dies führe dazu, dass bei jeglichem Füllungsvolumen der Blase hyperreflexive Symptomatiken auftreten könnten. Dabei löse nicht nur das jeweilige Blasenfüllungsvolumen hyperreflexive Episoden aus. Vielmehr handele es sich um ein multifaktorielles Geschehen, bei dem das Füllungsvolumen der Blase nur einen Faktor darstelle. Auch bei Patienten mit Dauerableitungen könnten z.B. hyperreflexive Episoden auftreten, die pflegerische oder ärztliche Maßnahmen erforderten. Die Erfahrung in der Behandlung von Tetraplegikern zeige auch, dass vital bedrohliche Kreislaufregulationsstörungen auftreten könnten. Dass dies bisher beim Kläger habe vermieden werden können, sei der guten pflegerischen Versorgung zuzuschreiben.

Im Anschluss an die Gutachten hat der MDK Gelegenheit erhalten, Einsicht in Pflegedokumentationen des Klägers für verschiedene Zeiträume (15. Juni 2012 bis 15. Juli 2012, 18. Juli 2012 bis 24. Juli 2012 und 1. Juli 2013 bis 15. August 2013) zu nehmen, aus denen sich aus Sicht des Klägers diverse Situationen ergeben, die eine Intervention des Pflegedienstes erforderlich machten. Auch wird aus seiner Sicht darin dokumentiert, dass häufige Katheterisierungen erforderlich sind, z.T. stündlich.

Die MDK-Gutachterin Dr. V. hat in ihrem Gutachten vom 11. April 2014 die Auffassung vertreten, in der Gesamtschau der vorliegenden Unterlagen die Notwendigkeit einer speziellen Krankenbeobachtung über 24 Stunden nicht erkennen zu können. Eine spezielle Krankenbeobachtung über 24 Stunden sei nach den einschlägigen Richtlinien nur dann notwendig, wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit eine sofortige pflegerische/ärztliche Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen täglich erforderlich werde. Dies sei hier nicht zu erkennen. Hinweise auf eine hochgradige Einschränkung des Klägers beim Abhusten ergäben sich aus der Pflegedokumentation nicht. Den auftretenden Blutdruckabfällen könne durch Maßnahmen wie Hochlagerung der Beine vorgebeugt werden. Nicht nachvollziehbar sei, warum keine festen Katheterisierungszeiten eingehalten würden. Wäre dies der Fall, könne möglicherweise den vereinzelt angegebenen Blutdruckanstiegen begegnet werden.

Der Sachverständige Prof. Dr. K. ist der Auffassung des MDK unter Bezugnahme auf sein Gutachten entgegengetreten. Eine Stellungnahme zum aktuellen gesundheitlichen Zustand des Klägers des behandelnden Arztes Dr. N. (U.Krankenhaus B., Behandlungszentrum für Rückenmarkverletzte) vom 5. November 2014 liegt vor.

Bezüglich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze und den Inhalt der vorliegenden Verwaltungsakte der Beklagten (1 Band) sowie der vom Kläger vorgelegten Pflegedokumentation (1 Leitz-Ordner) und der beigezogenen Gerichtsakte S 81 KR 980/11 ER Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz – SGG -) ist zulässig. Die Anfechtungsklage war geboten, weil die Beklagte im Bescheid vom 20. April 2011 für die Zeit "ab dem 1. Mai 2011" und damit auch für die Zukunft erklärt hat, keine Kosten der Behandlungspflege mehr zu übernehmen. Der Antrag auf Verurteilung zur künftigen Gewährung von Behandlungspflege über 24 Stunden täglich ab dem 15. Januar 2015 ist sachdienlich (vgl. § 106 Abs. 1 SGG) und genügt dem Erfordernis der Bestimmtheit, obwohl der Begriff der Behandlungspflege nur eine Sammelbezeichnung für alle krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen darstellt und nicht genauer bezeichnet worden ist, welche Maßnahmen die Beklagte im Einzelnen als Sachleistung zu erbringen hat (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 10. November 2005 – B 3 KR 38/04 R - , juris, dort Rdnr. 13). Eine nähere Konkretisierung ist zum einen objektiv unmöglich, weil sich die Einzelheiten der Leistungspflicht erst aus den nicht exakt vorhersehbaren Gegebenheiten der aktuellen Situation ergeben. Zum anderen streiten hier die Beteiligten nur über die Leistungspflicht dem Grunde nach, ohne dass Uneinigkeit über die Einzelheiten der zu erbringenden Leistung bestünde. Streitig ist lediglich, ob die Beklagte im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) auch für die Kosten der reinen Krankenbeobachtung über 24 Stunden durch Pflegekräfte aufzukommen hat. Deshalb ist eine ins Detail gehende Aufschlüsselung dessen, was unter "Behandlungspflege" im Umfang von täglich 24 Stunden zu verstehen ist, weder geboten noch hinsichtlich der konkreten Einzelmaßnahmen (z.B. Katheterisierung, Hilfen beim Abhusten, Medikamentengabe etc.) überhaupt möglich (vgl. BSG a.a.O.). Da der Kläger auch Sachleistungen der Pflegekasse wegen Schwerstpflegebedürftigkeit erhält, die der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung dienen, war unter Berücksichtigung der Ausführungen des BSG im Urteil vom 17. Juni 2010 (B 3 KR 7/09 R -, juris) zur Frage der Kostenverteilung zwischen Krankenkasse und Pflegekasse bei einer rund um die Uhr erforderlichen Krankenpflege der Antrag – und diesem entsprechend der Tenor – so zu fassen, dass eine Kostenaufteilung zwischen der Beklagten und der Beigeladenen entsprechend der Vorgaben des BSG im vorgenannten Urteil möglich ist. Soweit in den ärztlichen Verordnungen bis zum 31. Dezember 2014 lediglich 14 Stunden Behandlungspflege bei im Übrigen angeordneter "24 Std. Versorgung des Pat." aufgeführt sind, resultiert dies daraus, dass bisher das Sozialamt Behandlungspflege im Umfang von 10 Stunden gewährt hat.

Die Klage hat auch in der Sache Erfolg. Der Kläger hat ab dem 1. Januar 2015 einen Sachleistungsanspruch auf Behandlungspflege in Form der Krankenbeobachtung durch Pflegekräfte und Durchführung der jeweils gebotenen Maßnahmen im Umfang von 24 Stunden täglich.

Versicherte haben nach § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst u.a. nach § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB V häusliche Krankenpflege. Nach § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V erhalten Versicherte u.a. in ihrem Haushalt 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. Nach § 37 Abs. 2 SGB V erhalten Versicherte u.a. in ihrem Haushalt als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese 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 Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (SGB XI) zu berücksichtigen ist (Satz 1).

Der Kläger lebt in einem eigenen Haushalt, in dem die häusliche Krankenpflege erbracht werden kann. Er ist alleinstehend, sodass die Pflege nicht von einer in seinem Haushalt lebenden Person geleistet werden kann (vgl. § 37 Abs. 3 SGB V). Die Behandlungspflege ist zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung im Umfang von 24 Stunden täglich erforderlich. Sie ergänzt zusammen mit den konkreten Einzelmaßnahmen, die der Pflegedienst zu erbringen hat, die ambulante ärztliche Behandlung des Klägers, die sich z.B. in der Verordnung der Medikamente Lioresal 25 und Microclist niedergeschlagen hat, und verhindert, dass der Kläger Krankenhausbehandlung benötigt, die ansonsten unumgänglich wäre.

Zur Behandlungssicherungspflege 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 (krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen, vgl. BSG im o.a. Urteil vom 10. November 2005, a.a.O., dort Rdnr. 14 m.w.N.). Die Hilfeleistungen umfassen Maßnahmen verschiedenster Art wie z.B. Katheterisierung, Einläufe, Spülungen, Einreibungen, Dekubitusversorgung, Krisenintervention, Feststellung und Beobachtung des jeweiligen Krankenstandes und der Krankheitsentwicklung, die Sicherung notwendiger Arztbesuche, die Medikamentengabe sowie die Kontrolle der Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten (vgl. BSG im o.a. Urteil vom 10. November 2005, a.a.O., dort Rdnr. 14 m.w.N.).

Nach der Gesamtschau des Ergebnisses der durchgeführten medizinischen Ermittlungen ist wegen der mit der Tetraplegie des Klägers verbundenen Leiden (Lungenfunktionsstörung mit fast völligem Ausfall des Hustenstoßes, Detrusorhyperaktivität, Kreislaufdysregulationen) und der dadurch bedingten vitalen Gefahren für seine Atmungsfunktion, seinen Blutdruck und seine Kreislaufstabilität die ständige Anwesenheit und Einsatzbereitschaft einer qualifizierten Pflegeperson erforderlich. Der Kläger darf nach Überzeugung der Kammer nicht ohne Beobachtung bleiben. Es reicht nicht aus, dass jemand ab und zu nach dem Kläger sieht und bei Anzeichen für einen Hilfebedarf einen Arzt oder eine Pflegefachkraft herbeiruft, die erst nach den üblichen Anfahrt- und Wartezeiten eintrifft und dann eingreifen kann. Erst recht darf der Kläger nicht stundenlang in seiner Wohnung unbeaufsichtigt alleine bleiben. Die Kammer folgt der Einschätzung des behandelnden Arztes des Klägers, Dr. N. (vgl. zuletzt in der Stellungnahme vom 5. November 2014), wonach jederzeit unvorhersehbare Notfallsituationen eintreten können, die der pflegerischen Intervention bedürfen. Sie wird bestätigt durch die mündlichen Ausführungen des Orthopäden und Unfallchirurgen Dr. L. im Erörterungstermin vor der 81. Kammer (vgl. die Sitzungsniederschrift vom 19. Mai 2011 in dem Verfahren S 81 KR 980/11 ER) und die schriftlichen Einlassungen des Gutachters Prof. Dr. K. Der Einschätzung der genannten Mediziner ist schon deswegen erhebliches Gewicht beizumessen, da sie alle über zum Teil langjährige Erfahrung in der Behandlung von Tetraplegikern verfügen und von daher mit deren spezieller Situation vertraut sind. Demgegenüber können weder die vom Gericht benannte Gutachterin Dr. B. als Allgemeinmedizinerin noch die Sachverständigen des MDK (Frau Dr. N., Frau Dr. V.) solche einschlägigen medizinischen Erfahrungen und Kenntnisse vorweisen.

Den Ausführungen von Prof. Dr. K. zufolge bedarf der Kläger einer permanenten Krankenbeobachtung aus vitaler Indikation. Dies beruht zum einen auf der krankheitsbedingt mangelnden Fähigkeit des Klägers, selbständig abhusten zu können, zum anderen auf den durch die

Detrusorhyperaktivität verursachten vegetativen Dysregulationen mit einem Anstieg des Blutdrucks auf nicht zu tolerierende Werte und zuletzt auf der Kreislaufdysregulation. Bei einem Anstau des Hustensekrets oder einem Verschlucken des Klägers muss eine medizinische Fachkraft sofort eingreifen und Abhusthilfen leisten können, um eine Hypoxie mit entsprechender Hirnschädigung bzw. den Tod des Klägers zu verhindern. Wenn es zu einer Hyperreflexie der Blase mit Blutdruckanstieg kommt, ist sofort zu katheterisieren, um einen gefährlichen Anstieg des Blutdrucks zu vermeiden und damit das Risiko interzerebraler Blutungen zu verringern (vgl. insoweit die Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. K. im Gutachten vom 2. Juli 2013). Beim Auftreten einer Kreislaufdysregulation müssen geeignete Maßnahmen ergriffen werden, um eine Ohnmacht aufgrund eines plötzlichen Blutdruckabfalls zu verhindern.

Soweit die Beklagte unter Bezugnahme auf die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V vom 17. September 2009 (BAnz Nr. 21a vom 9. Februar 2010 (HKP-Richtlinien)) einwendet, dass spezielle Krankenbeobachtung nur gewährt werden könne, wenn vitale Gefährdungen regelmäßig und täglich aufträten, folgt ihr die Kammer nicht.

In Nr. 24 Spiegelstrich 1 der Anlage der HKP-Richtlinien heißt es allerdings, spezielle Krankenbeobachtung sei (nur) verordnungsfähig, "wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit sofortige pflegerische/ärztliche Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen täglich erforderlich ist und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können". In der Tat erscheint zweifelhaft, ob es beim Kläger mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich zu einer lebensbedrohlichen Situation kommt, die ein Eingreifen erforderlich macht. Ein diesbezüglicher Nachweis anhand der Pflegedokumentation ist nicht gelungen.

Dies steht indes dem Anspruch des Klägers nicht entgegen. Zwar handelt es sich bei den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 SGB V um untergesetzliche Normen, die auch innerhalb des Leistungsrechts zu beachten sind (vgl. BSG im o.a. Urteil vom 10. November 2005, a.a.O., dort Rdnr. 19 m.w.N. sowie in dem von der Beklagten eingeführten Urteil vom 31. Mai 2006 – B 6 KA 69/04 R -, juris, dort Rdnr. 15; vgl. auch Beier in: jurisPK-SGB V, Stand: 25. Juni 2013, § 92 SGB V Rdnr. 46). Sie unterliegen aber der Prüfung dahingehend, ob sie mit höherrangigem Recht vereinbar sind. Ebenso wenig wie der Gemeinsame Bundesausschuss ermächtigt ist, den Begriff der Krankheit in § 27 Abs. 1 SGB V hinsichtlich seines Inhalts und seiner Grenzen zu bestimmen, ist er befugt, medizinisch notwendige Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege auszunehmen. Die HKP-Richtlinien binden die Gerichte insoweit nicht.

Nach Auffassung der Kammer ist die hier einschlägige Bestimmung in Nr. 24 Spiegelstrich 1 der Anlage der HKP-Richtlinien nicht mit den gesetzlichen Vorgaben von § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V vereinbar. Nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V haben Versicherte einen Anspruch auf Behandlungspflege zur Sicherung des Erfolgs der ärztlichen Behandlung; die Krankenpflege muss "erforderlich" sein, und zwar im Sinne der Wahrscheinlichkeit, dass ohne die Pflege der Behandlungserfolg entfällt (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 20. April 1988 – 3/8 RK 16/86 -, juris, dort Leitsatz Nr. 1; vgl. auch Padé in: jurisPK-SGB V, Stand: 11. September 2014, § 37 SGB V Rdnr. 50, 51). Soweit die hier einschlägige Bestimmung (vgl. Nr. 24 Spiegelstrich 1 der Anlage der HKP-Richtlinien) voraussetzt, dass "mit hoher Wahrscheinlichkeit sofortige pflegerische/ärztliche Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen täglich erforderlich" sein muss, sind hiermit Anforderungen formuliert, die den Rahmen der gesetzlichen Vorgabe überschreiten. Denn nicht erst bei täglich auftretenden lebensbedrohlichen Situationen entfällt ohne die Pflege der Behandlungserfolg. Dies ist vielmehr schon dann der Fall, wenn solche Situationen aufgrund der Grunderkrankung unvorhersehbar jederzeit auftreten können. Ist dann keine Pflegeperson zur Stelle, die die geeigneten situationsangemessenen Einzelmaßnahmen ergreifen kann, droht der Tod des Versicherten.

Dass lebensbedrohliche Situationen beim Kläger aufgrund seiner Grunderkrankung unvorhersehbar jederzeit auftreten können, steht zur Überzeugung der Kammer fest. Der abweichenden Auffassung der Sachverständigen Dr. B. folgt die Kammer nicht. Das Gutachten erscheint nicht überzeugend. Es berücksichtigt nicht in ausreichendem Maß die Stellungnahmen des behandelnden Arztes Dr. N. (vgl. bereits dessen Arztbrief vom 29. September 2010) und verkennt – wohl auch mangels einschlägiger Fachkenntnisse der Allgemeinärztin Dr. B. im Bereich der Behandlung von Tetraplegikern - das Ausmaß der Erkrankungen des Klägers. An entscheidenden Punkten lässt es eindeutige Festlegungen vermissen. So stellt die Gutachterin zwar das Vorliegen von Kreislaufregulationsstörungen beim Kläger fest, hält aber mangels eigener Beobachtung dieser Störungen eine Einschätzung einer möglichen vitalen Bedrohung für "kaum möglich". Ihre Feststellung, dass "ein Kreislaufkollaps ( ) praktisch ausschließlich nach (pflegerischen) Interventionen" auftrete, so dass in einem solchen Fall eine Pflegeperson anwesend sei, erlaubt keinen Rückschluss darauf, welche Konsequenzen ein (offenbar von Dr. B. für möglich gehaltener) Kreislaufkollaps ohne vorangegangene pflegerische Intervention (und damit unter Umständen in Abwesenheit von Pflegepersonal) hätte. Auch bzgl. der Lungenfunktionsstörung des Klägers enthält das Gutachten keine belastbaren Feststellungen und Festlegungen. Zwar gibt die Gutacherin an, nachvollziehen zu können, dass "bei stärkerer Verschleimung vermehrt Erstickungsängste entstehen können". Die daraus abzuleitenden medizinischen Konsequenzen benennt die Gutachterin indes nicht. Eine vitale Bedrohung sieht die Gutachterin offenbar in akuten Infektsituationen, ohne deren Ausmaß mangels Inaugenscheinnahme des Klägers in der akuten Infektsituation beurteilen zu wollen. Auch hier fehlen belastbare Schlussfolgerungen für die Pflegesituation des Klägers. Soweit die Gutachterin bzgl. des vom Kläger beklagten Reizhustens im Übrigen ausführt, dass das "Erreichen eines Bonbons grundsätzlich möglich sein" sollte, geht diese Äußerung gänzlich an der Situation des Klägers vorbei, der nur die Schultern schwach bewegen kann, im Übrigen aber komplett gelähmt ist (vgl. die Aussage von Dr. L. in der beigezogenen Gerichtsakte S 81 KR 980/11 ER). Auch die Ausführungen der Gutachterin zur Detrusorhyperaktivität vermögen nicht zu überzeugen. Soweit sie angibt, dass "aus medizinischer Sicht" eine "regelmäßige Katheterisierung anzustreben" sei, um Überfüllungen der Blase zu vermeiden, mag dies grundsätzlich zutreffen. Es bestehen aber Zweifel daran, ob dies auch auf die spezielle Situation von Tetraplegikern zutrifft. Wie Dr. L. als sachverständiger Zeuge im Verfahren der 81. Kammer ausgeführt hat, befürworten die Ärzte im U.Krankenhaus B. (Behandlungszentrum für Rückenmarkverletzte) "gerade bei querschnittsgelähmten Patienten, die Blase nicht zu häufig zu leeren, da dies das Blasentraining reduziere". Im Übrigen würde nach den schlüssigen Ausführungen des Gutachters Prof. Dr. K. auch eine regelmäßige Katheterisierung nicht verhindern können, dass es zu Hyperreflexien kommt. Wie der Sachverständige nachvollziehbar dargelegt hat, löst nicht nur das jeweilige Blasenfüllungsvolumen hyperreflexive Episoden aus. Vielmehr handelt es sich um ein multifaktorielles Geschehen, bei dem das Füllungsvolumen der Blase nur einen Faktor darstellt. Auch bei Patienten mit Dauerableitungen können – so der Gutachter - hyperreflexive Episoden auftreten, die pflegerische oder ärztliche Maßnahmen erfordern.

Das zuletzt eingeholte Gutachten des MDK (Dr. V.) vom 11. April 2014 lässt eine Auseinandersetzung mit diesem Vortrag des Sachverständigen Prof. Dr. K. vermissen. Die von Dr. V. aufgeworfene Frage, "ob durch feste Katheterisierungszeiten nicht den vereinzelt angegebenen Blutdruckanstiegen vor Katheterisierung begegnet werden kann", ist durch die Ausführungen von Prof. Dr. K. ("multifaktorielles Geschehen") bereits beantwortet. Soweit der MDK im Übrigen die Notwendigkeit der speziellen Krankenbeobachtung über

24 Stunden deshalb verneint, weil die Sachverständigen des MDK die sich aus Nr. 24 Spiegelstrich 1 der Anlage der HKP-Richtlinien ergebenden Anforderungen zugrunde gelegt haben, ist bereits dargelegt worden, aus welchen Gründen sich die Kammer an diese Vorgaben nicht gebunden fühlt.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG und folgt dem Ausgang in der Sache.
Rechtskraft
Aus
Login
BRB
Saved
2014-12-03