

B 8 KN 4/04 KR R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung

8
1. Instanz
SG Duisburg (NRW)
Aktenzeichen
S 27 KN 8/99 KR

Datum
15.08.2000
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 2 KN 76/04 KR

Datum
08.07.2004
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 8 KN 4/04 KR R
Datum
13.06.2006

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Gehübungen im Umfang von viermal täglich 20 Minuten sind keine Behandlungspflege, wenn sie der Vorbeugung gegen Liegegeschwüre und Kontrakturen dienen als Mittel der konkreten Krankheitsbekämpfung dürfen sie zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur als Heilmittel (Physiotherapie) verordnet und durch entsprechend qualifizierte Therapeuten durchgeführt werden (Fortführung von BSG vom 17.3.2005 - [B 3 KR 35/04 R](#) = [BSGE 94, 205](#) = [SozR 4-2500 § 37 Nr 4](#)).

Auf die Revision der Beklagten werden die Urteile des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 8. Juli 2004 und des Sozialgerichts Duisburg vom 15. August 2000 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen. Die Beteiligten haben einander Kosten des Rechtsstreits nicht zu erstatten.

Gründe:

I
1
Die Beteiligten streiten um die Erstattung der Kosten, die dem Kläger durch die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes für die Unterstützung bei Geh- und Bewegungsübungen entstanden sind.

2
Der 1927 geborene Kläger ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Er leidet nach Operationen wegen eines Akustikusneurinoms insbesondere an einer spastischen Halbseitenlähmung rechts mit Gangataxie und allgemeiner Gehunsicherheit. In ihrer Funktion als Pflegekasse gewährt ihm die Beklagte seit 1995 Leistungen der Pflegestufe III nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI). Die Pflegesachleistungen werden von der Ambulanten Krankenpflege des Evangelischen Krankenhauses F (im Folgenden: Pflegedienst) erbracht. Der Arzt für Innere Medizin Dr. M. verordnete dem Kläger erstmals Anfang Juli 1998 "Bewegungsübungen 4x täglich, 7x wöchentlich" für das 3. Quartal 1998 mit der Begründung, häusliche Krankenpflege sei notwendig, weil das Ziel der ärztlichen Behandlung dadurch gesichert werde. Die fortlaufend zumindest bis ins Jahr 2006 quartalsweise ausgestellten Folgeverordnungen haben denselben Inhalt und dieselbe Begründung. Nach der Beschreibung der Ehefrau des Klägers vor dem Landessozialgericht (LSG) handelt es sich neben der Mobilisierung insbesondere der rechten Extremitäten vor dem Aufstehen um Gehübungen, bei denen der Kläger links und rechts von jeweils einer Pflegekraft und der Ehefrau unter der Schulter am Arm gehalten und ca 20 min durch die Wohnung geführt wird.

3
Die Beklagte lehnte die Gewährung der verordneten Leistungen mit Bescheid vom 14. Juli 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. Januar 1999 ab, weil es sich um Grund- und nicht um Behandlungspflege handle. Deshalb sei die Leistung von der Pflegekasse zu erbringen. Für die Folgequartale erließ die Beklagte entsprechende Ablehnungsbescheide. Trotz der Ablehnungen wurden die verordneten Bewegungsübungen mit Hilfe einer Pflegekraft durchgeführt, vom Pflegedienst in Rechnung gestellt und vom Kläger bezahlt.

4
Im Klageverfahren hat das Sozialgericht Duisburg (SG) einen schriftlichen Befundbericht von Dr. M. eingeholt und mit Urteil vom 15. August

2000 die Beklagte unter Aufhebung der bis dahin ergangenen Ablehnungsbescheide verurteilt, die Kosten der häuslichen Krankenpflege für die Zeit vom 1. Juli 1998 bis 30. Juni 2000 in Höhe von knapp 37.000 DM zu erstatten bzw für die Zeit vom 1. Juli bis 30. September 2000 zu übernehmen. Auf die Berufung der Beklagten hat das LSG weitere Informationen zur Art der verordneten und durchgeführten Bewegungsübungen, Stellungnahmen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (jetzt: Gemeinsamer Bundesausschuss) und bei dem Sachverständigen Prof. Dr. S. ein internistisches Gutachten eingeholt. Durch entsprechende Erledigungserklärungen haben die Beteiligten den Rechtsstreit auf die im ersten und dritten Quartal 2000 entstandenen Kosten in Höhe von 6.760 DM (3.456,33 EUR) beschränkt. Mit Urteil vom 8. Juli 2004 hat das LSG die Beklagte unter Zurückweisung ihrer Berufung und Aufhebung der entgegenstehenden Bescheide verurteilt, diesen Betrag dem Kläger zu zahlen.

5

Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt: Die Voraussetzungen des Erstattungsanspruchs seien erfüllt, weil die Beklagte zu Unrecht die Gewährung der dem Kläger ärztlich verordneten Bewegungsübungen als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung abgelehnt habe und dem Kläger dadurch für die selbstbeschaffte Leistung Aufwendungen in Höhe der Klageforderung entstanden seien. Dem Kläger habe im streitbefangenen Zeitraum ein entsprechender Sachleistungsanspruch zugestanden, denn bei den Bewegungsübungen handle es sich um Pflegemaßnahmen, die speziell auf den Krankheitszustand des Klägers ausgerichtet seien und dazu beitragen, die Verschlimmerung der Krankheit zu verhüten und Krankheitsbeschwerden zu lindern. Sie würden als Teil eines umfassenden Therapiekonzepts der Sicherung des Erfolgs der ärztlichen Behandlung der Grunderkrankung des Klägers dienen. Dies hätten der behandelnde Arzt und der Sachverständige im Einzelnen dargelegt, indem sie ausführten, ohne die Mobilisation sei eine weitgehende Bettlägerigkeit mit Komplikationen wie Thrombosen, Ausbildung von Liegegeschwüren sowie Infektionen und Pneumonien zu erwarten bzw nur durch gezielte und regelmäßige Bewegungsübungen seien Kontrakturen und Liegegeschwüre zu verhindern. Beide hätten nachvollziehbar dargelegt, dass die regelmäßigen Bewegungsübungen medizinisch notwendig seien, denn sie dienten als praktische Übungen zur Mobilisation. Bei den Bewegungsübungen handle es sich nicht um Pflegemaßnahmen, die der Grundpflege iS der Pflegeversicherung zuzuordnen und dort bereits als Pflegeaufwand zu berücksichtigen seien, denn sie seien nicht zeitlich notwendig mit der hier einzig in Betracht kommenden Katalogverrichtung "Gehen" verbunden und stünden auch nicht objektiv notwendigerweise mit dieser in einem untrennbaren zeitlichen Zusammenhang. Ein Hilfebedarf bei der Verrichtung "Gehen" könne nur dann berücksichtigt werden, wenn es sich um das Gehen im Zusammenhang mit einer der anderen in [§ 14 Abs 4 SGB XI](#) genannten häuslichen Verrichtungen handele, was aber bei den Mobilisierungsübungen nicht der Fall sei. Vielmehr seien dies Hilfestellungen, die vorrangig dem Ziel dienten, notwendige Fähigkeiten zur selbständigen Lebensführung zu erhalten oder wiederzugewinnen und damit den Pflegeaufwand in späteren Lebensabschnitten zu vermeiden oder geringer zu halten. Die Mobilisierungsübungen seien eine ärztlich verordnete Ergänzung der ärztlichen Behandlung der Grunderkrankung, ohne im Zusammenhang mit anderen in [§ 14 Abs 4 SGB XI](#) genannten häuslichen Verrichtungen zu stehen. Maßnahmen, die therapeutischen Zielen in der Zukunft dienten, würden aber nicht in den Risikobereich der Pflegeversicherung fallen.

6

Die Bewegungsübungen seien auch nicht dem Begriff der Heilmittel - insbesondere nicht der Bewegungstherapie - iS von [§ 32 Abs 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zuzuordnen, denn sie dürften nicht nur durch zugelassene Leistungserbringer iS von [§ 124 SGB V](#) erbracht werden. Der Sachverständige habe nachvollziehbar verdeutlicht, dass die Bewegungsübungen neben den vom behandelnden Arzt ebenfalls verordneten physiotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen im Rahmen des therapeutischen Gesamtkonzepts eigenständige Bedeutung hätten. Die tägliche Mobilisation unterstütze und ermögliche erst eine effiziente Krankengymnastik; nur durch die tägliche motorische Aktivität könne der Kläger überhaupt von der krankengymnastischen Behandlung profitieren. Damit stehe in Einklang, dass die Bewegungsübungen von einer geschulten Pflegekraft hätten durchgeführt werden können; der besonderen Qualifikation eines ausgebildeten Physiotherapeuten, wie er insoweit als Leistungserbringer für Leistungen nach [§ 32 Abs 1 SGB V](#) einzig in Betracht komme, bedürfe es gerade nicht. Auch der Ausschlussgrund des [§ 37 Abs 3 SGB V](#) greife nicht, denn im Haushalt des Klägers sei keine Person vorhanden, die in der Lage sei, den Kläger in dem erforderlichen Umfang zu pflegen und zu versorgen. An diesem Ergebnis ändere sich durch die zwischenzeitlich am 14. Mai 2000 in Kraft getretenen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von "häuslicher Krankenpflege" (Häusliche Krankenpflegerichtlinien - HKP-RL) nichts. [§ 92 SGB V](#) in der im Jahre 2000 geltenden Fassung habe den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nicht ermächtigt, Richtlinien im Widerspruch zu ranghöherem Recht zu erlassen. Soweit die HKP-RL Mobilitätsübungen umfassend gewährleisten wollten, aber diese auch dann dem Bereich der Grundpflege zuordneten, wenn sie nicht mit Grundverrichtungen im genannten Sinne im Zusammenhang stünden, stehe dies nicht im Einklang mit dem Leistungsanspruch aus [§ 37 SGB V](#) und dessen Abgrenzung zum Anspruch auf Grundpflege nach dem SGB XI. Die Gewährleistung des Anspruches aus [§ 37 SGB V](#) sei in den HKP-RL nur lückenhaft umgesetzt, die Regelungslücke sei unter Rückgriff auf die ranghöhere Norm des [§ 37 Abs 2 SGB V](#) zu schließen. Die HKP-RL seien mithin dahin zu ergänzen, dass Bewegungsübungen iS von [§ 37 Abs 2 Satz 1 SGB V](#), die nicht zum Bereich der Grundpflege gehören, als verordnungsfähige Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege anzusehen seien.

7

Schließlich ergebe sich nichts anderes aus der Anlage zu dem Vertrag vom 1. Mai 1998, der verbindliche Regelungen für das Rechtsverhältnis zwischen der Beklagten und dem Pflegedienst enthalte. Aus der Tatsache, dass Mobilitätsübungen in der "umfassenden Aufzählung" der Leistungsbeschreibung nur als Maßnahmen der Grundpflege, hingegen nicht bei der Behandlungspflege aufgeführt seien, folge nicht, dass solche Leistungen im Rahmen der Behandlungspflege kostenlos zu erbringen seien; die Vertragsparteien hätten an derartige Leistungen als Leistungen der Behandlungspflege lediglich nicht gedacht. Insoweit fehle es also an einer vertraglichen Regelung.

8

Mit der vom LSG zugelassenen Revision rügt die Beklagte vor allem eine Verletzung von [§ 37 Abs 2 SGB V](#) sowie der am 14. Mai 2000 in Kraft getretenen HKP-RL und der aufgrund der [§ 17](#), [§ 53a Nr 1](#), [2](#), [4](#) und [5 SGB XI](#) iVm [§ 213 SGB V](#) beschlossenen Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI (Begutachtungs-RL) vom 21. März 1997. Sie vertritt die Auffassung, dass die Bewegungsübungen als Pflegeleistungen iS der sogenannten aktivierenden Pflege im Rahmen des SGB XI zu berücksichtigen seien, was sich zunächst aus dem SGB XI selbst ergebe: Nach [§ 2 Abs 1 Satz 2 SGB XI](#) seien die Hilfen aus der sozialen

Pflegeversicherung darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten. Diese Zielsetzung finde sich auch in [§ 28 Abs 4 Satz 1 SGB XI](#). Nach der Definition der aktivierenden Pflege in den Begutachtungs-RL sei darunter eine Pflegepraxis zu verstehen, welche die Selbständigkeit und Unabhängigkeit des Patienten fördere. Das Berufungsgericht setze sich ausschließlich mit dem Zusammenhang zwischen den Bewegungsübungen und der Katalogverrichtung "Gehen" auseinander. Es diskutiere jedoch nicht, dass die Bewegungsübungen ganz allgemein - in einem umfassenderen Umfang - die Mobilisation des Klägers ermöglichen. Dies entspreche auch den Ausführungen der zuvor zitierten Ärzte, dass eine weitgehende Bettlägerigkeit mit Komplikationen wie Thrombose, Dekubitusbildung und Infektionen wie Pneumonien durch die Bewegungsübungen zu verhindern sei. Die Begutachtungs-RL zeigten deutlich, dass die aktivierende Pflege nicht nur beim Gehen, sondern auch beim Aufstehen/Zubettgehen, An- und Auskleiden und beim Stehen zu berücksichtigen sei. Schließlich werde durch die HKP-RL bundeseinheitlich geregelt, welche Maßnahmen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege verordnet werden könnten. Maßnahmen, die - wie die Bewegungsübungen - nicht im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen enthalten seien, seien nicht Inhalt der häuslichen Krankenpflege und könnten daher auch für die Zeit ab dem 14. Mai 2000 im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nicht gewährt werden.

9

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 8. Juli 2004 sowie das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 15. August 2000 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

10

Der Kläger beantragt, die Revision zurückzuweisen.

11

Er hält das Urteil des LSG für zutreffend und betont ergänzend, dass die Gehübungen keinen Bezug zur Pflegeversicherung hätten; sie erfolgten völlig zweckfrei, dh nicht zielgerichtet im Hinblick auf irgendeine Verrichtung des täglichen Lebens, die in den Pflegerichtlinien der Pflegeversicherung erwähnt werde.

12

12

Der Senat hat gemäß [§ 126 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) auf Antrag des in der mündlichen Verhandlung erschienenen Vertreters der Beklagten nach Lage der Akten entschieden, nachdem er die Beteiligten in der Ladung auf diese Möglichkeit hingewiesen hatte.

13

Die Revision der Beklagten ist begründet.

14

Nach teilweiser Erledigung des Rechtsstreits durch übereinstimmende Erledigungserklärungen der Beteiligten vor dem LSG ist Gegenstand des Revisionsverfahrens nur noch der Anspruch auf Kostenerstattung für Bewegungsübungen während des ersten und dritten Quartals 2000, deren Gewährung als Sachleistung die Beklagte mit Bescheiden vom 12. Januar sowie vom 6. Juli 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. Januar 2004 abgelehnt hat. Die Vorinstanzen haben dem Kläger den geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch zu Unrecht zuerkannt, weil sie unzutreffend zum Ergebnis gelangt sind, die Beklagte habe die Bewegungsübungen als Behandlungspflege zu gewähren.

15

Anspruchsgrundlage für den Anspruch des Klägers auf Kostenerstattung bei angeblich rechtswidriger Ablehnung der Sachleistung ist [§ 13 Abs 3 Satz 1 iVm § 37 Abs 2 SGB V](#). Gemäß [§ 37 Abs 2 SGB V](#), hier in der Fassung des Art 4 Nr 2 des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz - PflegeVG - vom 26. Mai 1994, [BGBl I 1014](#)), erhalten Versicherte in ihrem Haushalt oder ihrer Familie als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Da die Voraussetzungen des Sachleistungsanspruchs nicht vorliegen, steht dem Kläger auch kein Anspruch auf Kostenerstattung zu (vgl. [BSGE 93, 236 = SozR 4-2500 § 27 Nr 1](#), jeweils RdNr 10 mwN).

16

Die vom behandelnden Arzt verordneten und beim Kläger vom Pflegedienst und der Ehefrau durchgeführten Bewegungsübungen stellen keine Maßnahme der Behandlungspflege dar. Infolgedessen kann offen bleiben, ob die ursprüngliche Verordnung von "Bewegungsübungen 4x täglich, 7x wöchentlich" eine ausreichend konkrete Grundlage für die nach [§ 37 Abs 4 SGB V](#) (vgl auch Abschnitt III Nr 10 HKP-RL: "die zu erbringenden Leistungen") erforderliche Bewilligungsentscheidung der Krankenkasse darstellte.

17

Was unter Behandlungspflege zu verstehen ist, wird im Gesetz nicht definiert. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) gehören zur Behandlungspflege alle Pflegemaßnahmen, die durch bestimmte Erkrankungen erforderlich werden, speziell auf den Krankheitszustand des Versicherten ausgerichtet sind und dazu beitragen, die Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu verhindern oder zu lindern, wobei diese Maßnahmen typischerweise nicht von einem Arzt, sondern von Vertretern medizinischer Hilfsberufe oder auch von Laien erbracht werden (BSG [SozR 4-2500 § 37 Nr 6](#) RdNr 14 mwN; BSG [SozR 4-2500 § 32](#)

[Nr 1](#) RdNr 10). Fehlt der so umschriebene Krankheitsbezug, fallen die Leistungen nicht in die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung, weil sie nicht das Krankheitskostenrisiko betreffen. Rechtlich handelt es sich um Leistungen der Pflegeversicherung (zur Abgrenzung am Beispiel der Medikamentengabe vgl [BSGE 94, 192](#) = [SozR 4-2500 § 37 Nr 3](#), jeweils RdNr 8 f mwN) oder um gesundheitsbewusste Lebensführung (vgl BSG [SozR 3-2500 § 138 Nr 2](#) S 25 f zur Hippotherapie; [BSGE 85, 132](#), 138 f = [SozR 3-2500 § 27 Nr 12](#) S 64 f zur Fußpflege). Dabei ist der Gesichtspunkt der Krankheitsvorbeugung grundsätzlich ungeeignet, eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse zu begründen (vgl [BSGE 94, 205](#) = [SozR 4-2500 § 37 Nr 4](#), jeweils RdNr 14).

18

Im konkreten Fall sind die aufgezeigten Anspruchsvoraussetzungen nicht erfüllt. Die rechtliche Würdigung des LSG, die Bewegungsübungen seien gezielte Krankheitsbekämpfung, lässt sich auf die getroffenen Feststellungen nicht stützen. Diesen ist lediglich zu entnehmen, dass die verordneten Bewegungsübungen die Folgen von Bettlägerigkeit, nämlich Liegegeschwüre, Pneumonie, Thrombosen und Kontrakturen verhindern und die Gehfähigkeit des Klägers aufrechterhalten sollen. Ein gezielter Bezug zu einer bestimmten Krankheit ist den Ausführungen des LSG nicht zu entnehmen. Soweit es sich nicht um Lockerungen der Gelenke im Zusammenhang mit der Grundverrichtung "Aufstehen" handelt, stellen sich die Maßnahmen letztendlich als unterstütztes (Spazieren-)Gehen oder als Gehübungen dar. Derartige Leistungen sind als Hilfen zur gesundheitsbewussten Lebensführung der Eigenverantwortung und somit keinem versicherten Risiko zuzuordnen (vgl HKP-RL Leistungsverzeichnis Nr 4; Abschn D 5.0 III 5 der Begutachtungsrichtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen vom 22. August 2001, abgedruckt bei Klie/Krahmer, Soziale Pflegeversicherung, 2. Aufl 2003, Anhang 9). Ein ausreichender Bezug zu den Zielen des [§ 27 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) wird nicht dadurch hergestellt, dass das LSG an einer Stelle erwähnt, die tägliche Mobilisation unterstütze und ermögliche erst eine effiziente Krankengymnastik. Abgesehen davon, dass im Urteilstatbestand die Anschauung des behandelnden Arztes genau im umgekehrten Sinne referiert wird, ist dem Urteil nicht zu entnehmen, dass die Gehübungen gezielt verordnet worden seien, um die Krankengymnastik zu ermöglichen, deren Krankheitsbezug ihrerseits ebenfalls offen bleibt. In diesem wesentlichen Punkt unterscheidet sich der hier festgestellte Sachverhalt von demjenigen, den der 3. Senat des BSG im Urteil vom 17. März 2005 zu bewerten hatte. Dort hatten die vorinstanzlichen Feststellungen zu der Annahme geführt, die damals umstrittenen Bewegungsübungen seien gezielt dazu eingesetzt worden, die Auswirkungen insbesondere der Polyarthrose zu bekämpfen; es sei nicht nur darum gegangen, den Folgen der Bettlägerigkeit entgegenzuwirken. Für reine Prophylaxe-Leistungen besteht auch nach Ansicht des 3. Senats kein Anspruch gegen die gesetzliche Krankenkasse (zum Ganzen nochmals [BSGE 94, 205](#) = [SozR 4-2500 § 37 Nr 4](#) jeweils RdNr 14 f).

19

Unter den vom LSG festgestellten Umständen können die verordneten Bewegungsübungen der Behandlungspflege jedenfalls deswegen nicht zugeordnet werden, weil keine gezielte Krankheitsbekämpfung vorliegt. Die Beklagte hat den Antrag des Klägers zu Recht nicht genehmigt, sodass demzufolge auch kein Kostenerstattungsanspruch besteht.

20

Bei diesem Ergebnis bleibt es auch dann, wenn der Senat zugunsten des Klägers unterstellt, die vom LSG mitgeteilte Diagnose einer spastischen Halbseitenlähmung mit Gangataxie lasse einen ausreichenden Bezug der verordneten Gehübungen zur konkreten Krankenbehandlung erkennen oder zumindest als möglich erscheinen.

21

Es ist zwar richtig, dass beispielsweise die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie die krankengymnastische Therapie als die Basis der Spastiktherapie darstellen (vgl unter "Spastik" Ziffer 3.2., im Internet recherchiert am 26. April 2006 unter der Adresse <http://www.dgn.org/130.0.html>; Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie, hrsg von der Kommission "Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie", 3. Aufl, S 598; Wildemann in: Wildemann/Fogel/Grau, Therapieleitfaden Neurologie, S 483). Dabei steht die Wiederherstellung des physiologischen Bewegungsablaufes bzw die Anbahnung normaler Bewegungsabläufe im Mittelpunkt der Therapie, die auch Stand- und Gangtraining umfassen kann (Koenig/Müller/Mai in Brandt/Dichgans/Diener, Therapie und Verlauf neurologischer Erkrankungen, 3. Aufl, S 941, 947, 950). Mit Rücksicht auf die notwendige Abgrenzung der Behandlungspflege von der Krankenbehandlung im eigentlichen Sinne, die allerdings in der bisherigen Rechtsprechung nicht thematisiert wird, würde sich aber selbst dann kein Anspruch des Klägers ergeben, wenn die genannten Informationen bzw eventuelle zusätzliche Ermittlungen einen ausreichenden Krankheitsbezug der hier umstrittenen Verordnungen bestätigten.

22

Die Abgrenzung der Behandlungspflege von der Krankenbehandlung ist aus zwei Gründen geboten, die gerade im vorliegenden Fall Bedeutung gewinnen. Da für die Durchführung der Behandlungspflege regelmäßig keine besondere berufliche Qualifikation erforderlich ist, die Behandlungspflege vielmehr gerade dadurch geprägt wird, dass sie von medizinischem Hilfspersonal bzw von Laien erbracht werden darf, ist die Gewährung von Behandlungsleistungen unter dem Etikett der Behandlungspflege mit der Gefahr der mangelnden Qualität verbunden. Abschnitt I 3 Satz 2 der am 14. Mai 2000 in Kraft getretenen HKP-RL nennt deshalb ausdrücklich Beispiele für Maßnahmen der ärztlichen Diagnostik und Therapie, die nicht als häusliche Krankenpflege verordnet oder von der Krankenkasse genehmigt werden dürfen. Zusätzlich ist die Verordnung von Behandlungsmaßnahmen als "Behandlungspflege" deshalb problematisch, weil damit die das vertragsärztliche Ordnungsverhalten lückenlos erfassende Wirtschaftlichkeitskontrolle unterlaufen werden kann. Sollte es sich bei den vom Kläger benötigten Maßnahmen in Wirklichkeit um Behandlung in der Form der Physiotherapie handeln, wäre erstens unter Verstoß gegen [§ 124 Abs 1 SGB V](#) keine ausreichende Qualität gewährleistet und würde zweitens die Leistung entgegen [§ 84 Abs 8, Abs 6 SGB V](#) (bis zum Jahre 2002: [§ 84 Abs 3 SGB V](#)) auf das Richtgrößenvolumen für Heilmittel ("Heilmittelbudget") des behandelnden Arztes nicht angerechnet, sodass sie auch keine Beratung oder Wirtschaftlichkeitsprüfung auslösen könnte ([§ 106 Abs 2 Nr 1, Abs 5a SGB V](#)). Das ist bei einem Aufwand von über 1.700 EUR pro Quartal für einen einzigen Behandlungsfall mit dem Zweck der genannten Vorschriften nur schwer in Einklang zu bringen. Deshalb ist sowohl zum Schutze des Versicherten als auch im Interesse der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung insgesamt neben der Abgrenzung zur Grundpflege die Prüfung geboten, ob die verordneten Maßnahmen rechtlich dem Bereich der Behandlung zuzuordnen sind.

23

Die Abgrenzung zur Behandlung ist bei den anerkannten Formen der Behandlungspflege regelmäßig unproblematisch oder selbstverständlich. Die Überwachung der Medikamenteneinnahme oder die Reinigung von Kathetern oder Kanülen (vgl. HKP-RL, Leistungsverzeichnis Nr 26 bzw Nr 22, 29, 30) ist zwar darauf gerichtet, die Krankenbehandlung zu ermöglichen oder zu sichern, gehört aber im Regelfall nicht zur Behandlung selbst, die ärztliche oder jedenfalls spezifische medizinische Kenntnisse voraussetzt. Vielmehr geht es typischerweise darum, dass der Patient bei der Wahrnehmung der fraglichen Aufgaben nur mit Rücksicht auf seinen Gesundheitszustand und nicht mangels medizinischer Fachkenntnisse der Hilfe bedarf. Diese Maßnahmen der Behandlungspflege haben zwar wegen der Einbettung in die Krankenbehandlung medizinischen Charakter, setzen aber keine eigene medizinische Entscheidungskompetenz voraus. Das kommt bereits im Begriff der "Behandlungspflege" zum Ausdruck, der durch die Kombination von "Pflege" und "Behandlung" klarstellt, dass es sich weder um reine (Körper-)Pflege noch im engeren Sinne um die vom Arzt in vollem Umfang zu verantwortende Krankenbehandlung iS von [§ 27 Abs 1 SGB V](#) handelt.

24

Der Senat hat Bedenken, ob bei Bewegungsübungen die aufgezeigte Unterscheidung zwischen Behandlung und Behandlungspflege überhaupt möglich ist. Soll der Gesundheitszustand über den Rahmen der gesundheitsbewussten Lebensführung - beispielsweise durch gesundheitsförderndes regelmäßiges Spaziergehen - hinaus gezielt gebessert werden, sind auch bei einfachen Bewegungsübungen Kenntnisse der zu behandelnden Krankheit und der darauf bezogenen physiotherapeutischen Möglichkeiten unabdingbar, um Fehler wie zB die körperliche Überforderung des Patienten oder unphysiologische und somit eher schädliche Bewegungen zu vermeiden. Eine diesbezügliche Betreuung des Kranken durch Laien ohne medizinische Entscheidungskompetenz ist zumindest fragwürdig. Insofern hält der Senat das Argument nicht für überzeugend, dass es dem Wirtschaftlichkeitsgebot entspreche, wenn in diesen Fällen Bewegungsübungen statt von ausgebildeten Therapeuten vom Pflegedienst durchgeführt werden (so jedoch [BSGE 94, 205 = SozR 4-2500 § 37 Nr 4](#) jeweils RdNr 16), oder dass die tatsächliche Durchführung durch den Pflegedienst gegen die Zuordnung zur Physiotherapie spreche (so das LSG im angefochtenen Urteil). Die diesen Überlegungen zu Grunde liegende Einschätzung, dass ausgebildete Alten- oder Krankenpfleger für behandlungsbezogene Bewegungsübungen genauso qualifiziert seien wie anerkannte Physiotherapeuten, berücksichtigt nicht die Möglichkeit unerwarteter Behandlungssituationen und widerspricht der in [§ 124 Abs 1 SGB V](#) enthaltenen gesetzlichen Wertung, die mit vordergründigen Überlegungen zu den (zunächst) geringeren Kosten der tatsächlich durchgeführten Übungen nicht ausgehebelt werden darf.

25

Einen weiteren Widerspruch sieht der erkennende Senat im Verhältnis zu den Heilmittel-Richtlinien, für die auch der 3. Senat des BSG die gesetzliche Ermächtigung als ausreichend ansieht, um sie als abschließende Regelung der Ansprüche des Versicherten aufzufassen ([BSGE 94, 205 = SozR 4-2500 § 37 Nr 4](#) jeweils RdNr 16). Der Umstand, dass der Abschnitt 17.A 2 "Bewegungstherapie" der Heilmittel-Richtlinien die Therapieform "Übungsbehandlung" ausdrücklich anführt, bestärkt den Senat in Verbindung mit den bereits aufgezeigten Gesichtspunkten in seinen Bedenken gegen die Verordnung von Bewegungsübungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn dies nicht in der Form des Heilmittels geschieht. Ihm ist allerdings bewusst, dass seine Vorbehalte vom 3. Senat des BSG nicht geteilt zu werden scheinen, denn in dessen Urteil vom 10. Oktober 2000 wird die Leistungspflicht der Pflegeversicherung für die Begleitung bei ärztlich empfohlenen täglichen Spaziergängen ua mit der Erwägung verneint, es handle sich um Behandlungspflege, für die gegebenenfalls die gesetzliche Krankenversicherung aufkommen müsse (BSG [SozR 3-3300 § 14 Nr 16](#) S 102 f).

26

Unter dem aufgezeigten Aspekt könnte der Kläger Bewegungsübungen allenfalls als Heilmittel und nicht als Behandlungspflege im Zusammenhang mit häuslicher Krankenpflege verordnet bekommen. Die weiter oben angeführte medizinische Literatur belegt, dass bei der Krankheit des Klägers Gehübungen - wenn sie nicht wie Spaziergänge der gesundheitsbewussten Lebensführung oder wie Hilfen zur Mobilität im Zusammenhang mit Katalogverrichtungen der Grundpflege im Sinne der Pflegeversicherung zuzuordnen sind - zur Krankenbehandlung gehören und demnach eine spezifische medizinische Entscheidungskompetenz des Therapeuten voraussetzen, die bei der regelmäßig auch von Laien durchführbaren Behandlungspflege nicht zu gewährleisten ist. Das wird speziell im Fall des Klägers durch das Verhältnis zur außerdem verordneten Physiotherapie bestätigt. Während der verordnende Arzt den Zweck der Krankengymnastik darin sieht, das regelmäßige Gehen in der Wohnung zu ermöglichen, sieht der gerichtliche Sachverständige genau umgekehrt im täglichen Gehen die Voraussetzung für eine effektive Krankengymnastik. Besteht aber eine derartige gegenseitige Abhängigkeit, kann zwischen den beiden Maßnahmen nicht iS von Krankenbehandlung einerseits und Behandlungspflege andererseits unterschieden werden; vielmehr müssen die Gehübungen dann als Teil der erforderlichen Krankengymnastik angesehen werden.

27

Demnach war die Beklagte selbst dann nicht nach [§ 37 Abs 2 SGB V](#) verpflichtet, die vom behandelnden Arzt ausgestellte Verordnung von Bewegungsübungen zu genehmigen, wenn diese - möglicherweise auf Grund von weiteren Nachforschungen - als gezielte Maßnahme zur Vermeidung einer Verschlimmerung der Halbseitenlähmung aufzufassen wäre. Die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung unter dem Gesichtspunkt einer selbst beschafften Physiotherapie liegen schon deshalb nicht vor, weil der Kläger nicht versucht hat, sich diese Leistung als Sachleistung zu beschaffen und weil die Erbringung durch einen zugelassenen Therapeuten und die Einhaltung der in den Heilmittel-Richtlinien aufgestellten Qualitätsanforderungen nicht gewährleistet war. Eine Abweichung von der bereits zitierten Rechtsprechung des 3. Senats liegt nicht vor, weil dieser keine Maßnahmen zu beurteilen hatte, die in einem ähnlich engen Zusammenhang zur gleichzeitig durchgeführten Krankengymnastik standen.

28

Im Ergebnis sind die angefochtenen Bescheide der Beklagten nicht zu beanstanden. Da der vom Kläger geltend gemachte Anspruch bereits an den gesetzlichen Voraussetzungen scheitert, braucht der Senat nicht darauf einzugehen, ob sich aus den vom Bundesausschuss der

Ärzte und Krankenkassen erlassenen HKP-RL weitergehende Einschränkungen ergeben könnten (zur Frage von deren Verbindlichkeit vgl BSG vom 31. Mai 2006 - [B 6 KA 69/04 R](#), zur Veröffentlichung bestimmt - sowie BSG [SozR 4-2500 § 37 Nr 7](#) RdNr 21 f jeweils mwN). Auf die Revision der Beklagten mussten die vorinstanzlichen Urteile aufgehoben und die Klage abgewiesen werden.

29

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs 1 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2007-07-30