B 3 KR 4/19 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Dessau-Roßlau (SAN)
Aktenzeichen
S 21 KR 123/16
Datum
14.06.2017
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 6 KR 56/17
Datum
31.01.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 4/19 R
Datum
07.05.2020
Kategorie
Urteil
Auf die Revision der Klägerin wird der Beschluss des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt vom 31. Januar 2018 aufgehoben. Die Sache wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

Gründe:

I

1

Im Streit steht der Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Form von Hilfe beim Anziehen vom Kompressionsstrümpfen.

2

Die im Jahr 1953 geborene Klägerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Sie lebt in einer Einrichtung für behinderte Menschen (Grad der Behinderung von 100 und Merkzeichen B, G, H). Ende Januar 2016 verordnete ihr die behandelnde Ärztin häusliche Krankenpflege ("Kompressionsstrümpfe anziehen 1x tgl.") für den Zeitraum vom 1.2.2016 bis zum 2.2.2017. Sie attestierte, dass die Klägerin körperlich und geistig nicht in der Lage sei, die verordneten Kompressionsstrümpfe anzuziehen, und Hilfe für alle Dinge des täglichen Lebens benötige (Bescheinigung vom 5.11.2015). Die Anträge der Klägerin auf Kostenübernahme lehnte die Beklagte ab (Bescheide vom 2.2. und 9.2.2016): Es handele sich um einfachste, medizinisch notwendige Leistungen der Behandlungspflege, die nach der Rechtsprechung des BSG von der Einrichtung der Behindertenhilfe und nicht von der Krankenkasse zu erbringen seien. Hiergegen legte der Betreuer Widerspruch ein und wies darauf hin, dass die Klägerin einen Heim- und Betreuungsvertrag mit dem Wohnheim abgeschlossen habe, der die medizinische Behandlungspflege nicht umfasse. Im Wohnheim sei für die Durchführung von medizinischen Maßnahmen keine sächliche und personelle Ausstattung vorhanden. Pädagogische Mitarbeiter könnten die erforderliche Hilfestellung nicht leisten. Der Widerspruch wurde zurückgewiesen (Widerspruchsbescheid vom 3.5.2016).

3

Das Klage- und Berufungsverfahren ist erfolglos geblieben. Das LSG hat die Klageabweisung durch das SG (Urteil vom 14.6.2017) bestätigt: Das Begehren der Klägerin sei als Antrag auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V auszulegen. Zwar sei das Wohnheim, in dem die Klägerin lebe, ein geeigneter Ort zur Erbringung der häuslichen Krankenpflege iS von § 37 Abs 2 Satz 1 SGB V. Allerdings sei dieser Anspruch gegenüber der Beklagten beschränkt, weil das Wohnheim zur Versorgung der Klägerin mit medizinischer Behandlungspflege verpflichtet sei. Soweit das BSG (BSGE 118, 122 = SozR 4-2500 § 37 Nr 13) unter Heranziehung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) das An- und Ausziehen von Thrombosestrümpfen den einfachsten Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege zugeordnet habe, müsse das BSG damit mindestens auch das Anziehen von Kompressionsstrümpfen der Klasse II gemeint haben. Denn Kompressionsstrümpfe der Klasse I seien im Rahmen der Behandlungspflege nicht verordnungsfähig, sie seien dem Bereich der Körperpflege zugehörig. Aus den in der HKP-RL formulierten Anforderungen zur Verordnungsfähigkeit von Kompressionsstrümpfen sei im Umkehrschluss zu folgern, dass jeder Laie Kompressionsstrümpfe anziehen könne, falls diese Voraussetzungen nicht vorlägen. Daher sei nicht nachvollziehbar, warum das Personal des Wohnheims diese Leistung nicht erbringen könne. Zwar sei die Behandlungspflege nach dem vereinbarten Wohn- und Betreuungsvertrag ausgeschlossen; dies könne aber nur dann gelten, soweit nicht vorrangige Bestimmungen entgegenstünden (Beschluss vom 31.1.2018).

4

Mit ihrer Revision rügt die Klägerin die Verletzung von § 37 Abs 2 SGB V. Das Anziehen von Kompressionsstrümpfen stelle keine "einfachste Maßnahme" der Behandlungspflege dar. Daher sei die Behandlungspflege auch nicht von Einrichtungen der Eingliederungshilfe zu erbringen, wenn diese aufgrund ihres Aufgabenprofils und nach ihrem Ziel und Zweck nicht derart ausgestattet seien, um das fachgerechte Anziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen zu leisten. Das LSG könne sich für seine Ansicht, dass sowohl das Anziehen von Kompressionsstrümpfen als auch das von Thrombosestrümpfen der einfachsten Behandlungspflege zuzuordnen sei, nicht auf das Urteil des BSG vom 25.2.2015 (BSGE 118, 122 = SozR 4-2500 § 37 Nr 13) berufen. Hier handele es sich um das ärztlich verordnete Anziehen von Kompressionsstrümpfen der Klasse II, die einen spezifisch medizinischen Zweck hätten. Nicht fachgerecht angezogene Kompressionsstrümpfe könnten unerwünschte Behandlungsfolgen und erhebliche Gesundheitsschäden auslösen. Die HKP-RL regele, dass Kompressionsstrümpfe der Klassen II bis IV wegen ihrer besonderen Funktion fachgerecht anzulegen seien. Als medizinische Hilfsmittel seien sie wesentlicher Bestandteil der Kompressionstherapie. Einrichtungen der Eingliederungshilfe müssten lediglich Sorge dafür tragen, dass die Bewohner vorrangig geschuldete Sozialleistungen auch tatsächlich in Anspruch nähmen.

5

Die Klägerin beantragt,

den Beschluss des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt vom 31. Januar 2018 und das Urteil des Sozialgerichts Dessau-Roßlau vom 14. Juni 2017 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 2. und 9. Februar 2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 3. Mai 2016 zu verurteilen, ihre Kosten für Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Form von Hilfe beim einmal täglichen Anziehen von Kompressionsstrümpfen in der Zeit vom 1. Februar 2016 bis 2. Februar 2017 zu übernehmen.

6

Die Beklagte beantragt,

die Revision der Klägerin zurückzuweisen,

hilfsweise,

den Beschluss des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt vom 31. Januar 2018 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen.

7

Sie beruft sich auf das Gutachten "Häusliche Krankenpflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI" (HKP-Gutachten des MDS/MDK, Stand 11.2.2016) zur Einordnung von einfachsten Maßnahmen der Behandlungspflege und zu den BSG-Urteilen im Leistungsbereich "Kompressionsstrümpfe". Das BSG habe das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen als einfachste Maßnahme der Behandlungspflege definiert, auch wenn es diese als "Thrombosestrümpfe" bezeichnet habe. Daher habe die Klägerin Anspruch gegen die Wohneinrichtung auf Erbringung der häuslichen Krankenpflege. Dieser bestehe auch nach dem Wohn- und Betreuungsvertrag. Dieses Ergebnis stimme auch mit der HKP-RL überein (s Nr 31 der HKP-RL).

II

8

Die Revision der Klägerin ist im Sinne der Aufhebung des Beschlusses des LSG und Zurückverweisung der Sache an das Berufungsgericht zur erneuten Verhandlung und Entscheidung (§ 170 Abs 2 Satz 2 SGG) begründet.

9

Der Senat kann auf der Grundlage der Feststellungen des LSG nicht abschließend beurteilen, ob die Klägerin einen Anspruch auf Kostenübernahme für erbrachte Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Form der Hilfe des einmal täglichen Anziehens von medizinisch verordneten Kompressionsstrümpfen in der Einrichtung gegenüber der Beklagten im streitigen Zeitraum hat.

10

A. Die von Amts wegen zu prüfenden Sachurteilsvoraussetzungen der Anfechtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs 4 SGG) liegen vor. Der zutreffend auf Kostenübernahme gestellte Antrag umfasst als bloße Kostentragung sowohl die Form der Kostenfreistellung als auch der Kostenerstattung (stRspr; vgl BSGE 113, 241 = SozR 4-2500 § 13 Nr 29, RdNr 10; BSG SozR 4-2500 § 18 Nr 7 RdNr 17). Welche Alternative hier relevant ist, hängt davon ab, wer die Klägerin in welchem Zeitraum mit der Hilfe beim Anziehen der Kompressionsstrümpfe versorgt hat bzw wer hierfür die Kostenverpflichtung eingegangen ist. Das LSG wird diese Tatsachen im zurückverwiesenen Berufungsverfahren feststellen müssen.

11

B. Für die Kostenübernahme kommen verschiedene Rechtsgrundlagen in Betracht, die das LSG ausgehend von seiner Rechtsansicht bislang nicht hinreichend geprüft hat:

1. § 6 Abs 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKP-RL, hier in

der Neufassung vom 17.9.2009, BAnz Nr 21a vom 9.2.2010, geändert am 17.12.2015, BAnz AT 18.3.2016 B3) kann Versicherte von den Kosten der Krankenpflege zumindest vorläufig in einem gewissen Umfang freistellen. Danach hat die Krankenkasse bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die vertragsärztlich verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132a Abs 2 SGB V zu tragen, wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird (vgl dazu näher BSG SozR 4-2500 § 37 Nr 15 RdNr 13 mwN). Hier ist bislang nicht festgestellt, wann die ärztlichen Verordnungen bei der Beklagten eingegangen sind und insbesondere, von wem die ärztlich verordneten Leistungen bis zum Zeitpunkt der Ablehnungsentscheidungen (Bescheide vom 2.2. bzw 9.2.2016) erbracht worden sind.

12

2. Der Senat kann nicht abschließend beurteilen, ob § 37 Abs 4 SGB V (dazu sogleich) oder § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V (dazu unter 3.) als Rechtsgrundlage für die Kostenübernahme in Betracht kommen. Die Anspruchsgrundlagen können nebeneinander zur Anwendung kommen, da sie unterschiedliche Konstellationen betreffen. Beide setzen jedoch einen Sachleistungsanspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs 1 bis 3 SGB V voraus.

13

Nach § 37 Abs 4 SGB V (idF des Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (GRG) vom 20.12.1988, BGBl I 2477) sind Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten, wenn die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen kann (Alt 1) oder Grund besteht, davon abzusehen (Alt 2). Die Norm setzt voraus, dass der Versicherte zunächst einen Antrag auf Gewährung der Sachleistung an die Krankenkasse gerichtet hat. Ist eine der vorgenannten Alternativen erfüllt, wandelt sich der die häusliche Krankenpflege betreffende Sachleistungsanspruch in einen Kostenerstattungsanspruch um (vgl nur BSGE 50, 73, 75 = SozR 2200 § 185 Nr 4 S 8). Die Norm erfasst Fälle, in denen die Krankenkasse die Sachleistung nicht erbringen kann, weil sie zB (nach Alt 1) über keine ausreichende Anzahl von geeigneten Pflegekräften verfügt, oder wenn (nach Alt 2) der Versicherte zB in seiner Person liegende Gründe aufweist, aufgrund derer nur eine spezielle Pflegekraft in Betracht kommt, die auch nicht vertraglich gegenüber der Krankenkasse gebunden sein muss (vgl BSG SozR 4-2500 § 37 Nr 15 RdNr 15). Ob ein Anspruch der Klägerin für häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs 4 SGB V in Betracht kommt, hat das LSG bislang nicht geprüft.

14

3. Nach § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V (idF des Gesetzes vom 19.6.2001, BGBl I 1046) wandelt sich ein Sachleistungsanspruch in einen Kostenerstattungs- bzw Kostenfreistellungsanspruch um, wenn eine "unaufschiebbare Leistung" nicht rechtzeitig von der Krankenkasse erbracht werden konnte, dh wenn ein Fall vorliegt, der es dem Versicherten unmöglich macht, den mit der Antragstellung beginnenden regelmäßigen Beschaffungsweg zu beschreiten (Alt 1, dazu a), oder wenn die Krankenkasse einen Antrag des Versicherten auf Gewährung der Sachleistung häusliche Krankenpflege "zu Unrecht abgelehnt" hat (Alt 2, dazu b), und dem Versicherten dadurch Kosten entstanden sind, weil er sich gezwungen sah, eine Krankenpflegeperson selbst zu beschaffen.

15

a) Ob ein Anspruch nach § 13 Abs 3 Satz 1 Alt 1 SGB V in Betracht kommt, weil die Klägerin den Beschaffungsweg für die häusliche Krankenpflege aus Gründen der Unaufschiebbarkeit der Leistungen nicht einhalten konnte, ist bislang nicht geprüft worden.

16

b) Ob ein Anwendungsfall von § 13 Abs 3 Satz 1 Alt 2 SGB V vorliegt, kann der Senat nicht abschließend beurteilen. Danach besteht ein Anspruch, wenn zwischen der rechtswidrigen Ablehnung der Sachleistung durch die Krankenkasse und dem Kostennachteil des Versicherten ein Ursachenzusammenhang besteht (stRspr; vgl zB BSGE 96, 161 = SozR 4-2500 § 13 Nr 8, RdNr 23; BSGE 98, 26 = SozR 4-2500 § 13 Nr 12, RdNr 12). An einem solchen Kausalzusammenhang fehlt es, wenn der Versicherte sich unabhängig davon, wie die Entscheidung der Krankenkasse ausfällt, von vornherein auf eine bestimmte Art der Krankenbehandlung durch einen bestimmten Leistungserbringer festgelegt hatte und fest entschlossen war, sich die Leistung selbst dann zu beschaffen, wenn die Krankenkasse den Antrag ablehnen sollte (stRspr; vgl nur BSGE 111, 289 = SozR 4-2500 § 27 Nr 23, RdNr 35; BSG SozR 4-2500 § 13 Nr 20 RdNr 29). Das LSG hat bislang keine Feststellungen dazu getroffen, ob und wann die Klägerin bzw ihr Betreuer einen ambulanten Pflegedienst verbindlich mit der Leistungserbringung beauftragt hat und ob von vornherein eine Festlegung auf einen konkreten Leistungserbringer bestand. Anspruchshindernd wäre insofern bereits ein unbedingtes Verpflichtungsgeschäft im Verhältnis zwischen Versichertem und Leistungserbringer. Denn die Krankenkasse muss zunächst die rein faktische Möglichkeit haben, sich mit dem Leistungsbegehren zu befassen, es zu prüfen und ggf Behandlungsalternativen aufzuzeigen, bevor eine Selbstbeschaffung mit Kostenerstattungsanspruch in Betracht kommt (vgl zum Ganzen näher BSG SozR 4-2500 § 13 Nr 10 RdNr 22; BSGE 98, 26 = SozR 4-2500 § 13 Nr 12; BSGE 123, 144 = SozR 4-2500 § 13 Nr 34, RdNr 46 f).

17

4. Da der Kostenübernahmeanspruch nach § 13 Abs 3 Satz 1 Alt 2 SGB V nicht weiter als ein entsprechender Naturalleistungsanspruch reicht, setzt er voraus, dass die selbstbeschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkasse allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen hat (stRspr; vgl BSGE 79, 125, 126 f = SozR 3-2500 § 13 Nr 11 S 51 f; BSGE 97, 190 = SozR 4-2500 § 27 Nr 12, RdNr 11; BSGE 100, 103 = SozR 4-2500 § 31 Nr 9, RdNr 13; BSGE 111, 137 = SozR 4-2500 § 13 Nr 25, RdNr 15). Der Senat kann auf der Grundlage der Feststellungen des LSG nicht beurteilen, ob die ärztlich verordnete Anziehhilfe als Maßnahme der ambulanten Behandlungssicherungspflege von der beklagten Krankenkasse in einer Einrichtung zu gewähren ist, oder ob diese Leistung von der Einrichtung selbst zu erbringen ist. Denn für die Gleichsetzung der Anziehhilfe bei Thrombosestrümpfen mit der bei Kompressionsstrümpfen kann sich das LSG nicht auf das Senatsurteil vom 25.2.2015 (B 3 KR 11/14 R - BSGE 118, 122 = SozR 4-2500 § 37 Nr 13, RdNr 28 und 31) beziehen, da sich dieses gerade nicht auf ärztlich verordnete Kompressionsstrümpfe, sondern auf "Thrombosestrümpfe" bezieht.

18

a) Nach § 27 Abs 1 Satz 1 SGB V (idF des Gesetzes vom 1.12.2015, BGBl I 2114) haben Versicherte (nur) 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 nach § 27 Abs 1 Satz 2 Nr 4 SGB V ua häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe. Nach § 37 Abs 2 Satz 1 SGB V (hier idF des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) vom 26.3.2007, BGBl I 378 bis 31.12.2016 bzw des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) vom 21.12.2015, BGBl I 2424 ab 1.1.2017) 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 diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist (Behandlungssicherungspflege); der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 SGB XI aF (bis 31.12.2016) zu berücksichtigen ist (letzterer Halbsatz wurde ab 1.1.2017 durch Art 4 Nr 3 Buchst a des PSG II vom 21.12.2015, BGBl I 2424, gestrichen). Nach § 37 Abs 2 Satz 8 SGB V (idF des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) vom 23.12.2016, BGBl I 3191, ab 1.1.2017) erhalten Versicherte in stationären Einrichtungen im Sinne des § 43a SGB XI nach Satz 1, wenn der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert. Nach § 37 Abs 3 SGB V (idF des GKV-WSG) besteht der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nur dann, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen oder versorgen kann. Nach § 37 Abs 6 SGB V (idF des GKV-WSG bzw des PSG II) legt der GBA in Richtlinien nach § 92 SGB V fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach § 37 Abs 1 und 2 SGB V auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können.

19

b) Der Senat hat den Anspruch auf Behandlungssicherungspflege mangels ausdrücklicher Definition des Tatbestandsmerkmals "geeigneter Ort" in § 37 Abs 2 Satz 1 SGB V wiederholt und unter Berücksichtigung des gesetzeskonformen untergesetzlichen Regelwerks der HKP-RL dahin konkretisiert, dass der Anspruch zunächst an allen geeigneten Orten besteht, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält, wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthalts an diesem Ort notwendig ist. Einschränkungen in Bezug auf den Aufenthaltsort ergeben sich ua für die Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen nur dann, wenn nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung von Behandlungspflege durch die Einrichtung besteht (wie zB in Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Pflegeheimen, vgl auch § 1 Abs 6 HKP-RL idF vom 17.12.2015). Ob ein solcher Anspruch besteht, muss die Krankenkasse im Einzelfall prüfen (stRspr; vgl zuletzt BSG SozR 4-2500 § 37 Nr 15 RdNr 35 mwN; BSGE 118, 122 = SozR 4-2500 § 37 Nr 13, RdNr 16 ff; Urteile vom 25.2.2015 - B 3 KR 10/14 R - juris RdNr 15 ff und vom 22.4.2015 - B 3 KR 16/14 R - juris RdNr 20 ff, NZS 2015, 617; vgl auch Senatsbeschluss vom 16.3.2017 - B 3 KR 43/16 B - juris).

20

c) Einrichtungen der Eingliederungshilfe - von deren Vorliegen das LSG hier ausgeht, ohne allerdings Feststellungen zur Trägerschaft und Art der Einrichtung getroffen zu haben - können grundsätzlich geeignete Orte für die Erbringung von häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V durch die gesetzliche Krankenversicherung sein, wenn der Versicherte im Einzelfall keinen Anspruch auf die Erbringung der Maßnahme durch die Einrichtung hat. Solche Einrichtungen sind nach den gesetzlichen Bestimmungen (vgl §§ 75 SGB XII ff aF bis 31.12.2019 zum Vertragsrecht der Einrichtungen) grundsätzlich nur soweit zur Erbringung von medizinischer Behandlungspflege verpflichtet, wie diese aufgrund der sächlichen und personellen Ausstattung von der Einrichtung erbracht werden kann (vgl nur BSGE 118, 122 = SozR 4-2500 § 37 Nr 13, RdNr 22 ff, 30, 31). Im Rahmen der von der Einrichtung geschuldeten Pflege hat diese grundsätzlich nur einfachste Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege zu erbringen, für die es keiner besonderen medizinischen Sachkunde oder medizinischer Fertigkeiten bedarf und die daher regelmäßig von dem in der Einrichtung beschäftigten Personal, wie von jedem erwachsenen Haushaltsangehörigen, ohne Weiteres ausgeführt werden können. Zur Abgrenzung ist insoweit auch § 37 Abs 3 SGB V heranzuziehen, demnach der Anspruch auf häusliche Krankenpflege ausgeschlossen ist, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann (vgl BSG aaO RdNr 31). Das bedeutet zwar nicht, dass das Personal in den Eingliederungshilfeeinrichtungen damit in jeder Hinsicht pflegebereiten Haushaltsangehörigen iS des § 37 Abs 3 SGB V gleichgestellt wird. § 37 Abs 2 SGB V enthält aber auch Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege, die ohne medizinische Vorkenntnisse von Laien erbracht werden können. Das gilt auch für Mitarbeiter in Einrichtungen der Eingliederungshilfe.

21

d) Der Senat zählt zu den einfachsten Maßnahmen der Behandlungspflege, die auch von Laien ohne jede medizinische Vorkenntnisse erbracht werden können, beispielhaft regelmäßig "die Gabe von Tabletten nach ärztlicher Anweisung, das Messen des Blutdrucks oder des Blutzuckergehalts, das Anziehen von Thrombosestrümpfen, das An- und Ablegen einfach zu handhabender Stützverbände, das Einreiben mit Salben (soweit es sich nicht um schwierige Wundversorgung handelt), die Verabreichung von Bädern" (so BSGE 118, 122 = SozR 4-2500 § 37 Nr 13, RdNr 31). Weitergehende medizinische Behandlungspflege ordnet der Senat der Einrichtung hingegen nur dann zu, wenn sich die Erbringung aus ihren Verträgen, ihrer Leistungsbeschreibung, ihrem Aufgabenspektrum auch unter Berücksichtigung ihrer Zielgruppe und ihrer sächlichen und personellen Ausstattung ergibt (BSG aaO).

22

5. Auf der Basis der bisherigen Tatsachenfeststellungen und des Vorbringens der Klägerin bestehen begründete Zweifel, ob der Ansicht des LSG zu folgen ist, dass die Einrichtung die Behandlungspflege zu erbringen hat.

23

a) Wenn das LSG den Anspruch der Klägerin bereits deshalb verneint, weil es davon ausgegangen ist, dass das BSG mit dem "Anziehen von Thrombosestrümpfen" (so BSGE 118, 122 = SozR 4-2500 § 37 Nr 13, RdNr 28, 31) das Anziehen von Kompressionsstrümpfen der Klasse II gemeint habe und deshalb beide Leistungen den einfachsten Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege zuzuordnen seien, trägt

dieser Schluss nicht. Wie sich aus den Erwägungen im Senatsurteil (aaO) ergibt, bezieht sich dieses Zitat auf den Zusammenhang zu verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen, die ohnehin sowohl dem Aufgabenbereich der Krankenversicherung als auch dem der Pflegeversicherung gleichermaßen zugeordnet waren und daher - soweit kein Fachpersonal erforderlich ist - auch bereits von der Pauschale nach § 43a SGB XI mitumfasst waren. Diese Zuordnung entsprach der HKP-RL (damals idF vom 16.2.2000, geändert am 17.1.2008/10.4.2008, BAnz 2008, Nr 84, S 2028 ff), die im Leistungskomplex der "Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung" in der Leistungsbeschreibung Nr 4 das Anziehen von "Antithrombosestrümpfen" und von "Kompressionsstrümpfen der Kompressionsklasse I" den Leistungen der "Körperpflege" zugeordnet hatte. Hingegen waren im Leistungskomplex der "Behandlungspflege" unter der Leistungsbeschreibung Nr 31 das 1x tägliche "An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen II bis IV" aufgeführt, die bei Versicherten mit den dort genannten Gesundheitseinschränkungen verordnungsfähig waren, ua auch bei einer starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit oder Realitätsverlust. § 1 Abs 6 HKP-RL (aaO) nannte als verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme das Anziehen sowie Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse II. Allein aus diesen Differenzierungen ergibt sich, dass das beispielhafte Nennen von "Thrombosestrümpfen" im Senatsurteil (aaO RdNr 28 und 31) nicht pauschal mit Kompressionsstrümpfen gleichzusetzen ist. Nichts anderes gilt auch für die hier im streitigen Zeitraum anzuwendende HKP-RL vom 17.12.2015 (BAnz AT 18.3.2016 B3 als Änderung der Fassung vom 17.9.2009, BAnz Nr 21a vom 9.2.2010).

24

b) Maßgebliche Änderungen hat erst die - hier noch nicht anwendbare - Fassung der HKP-RL vom 21.12.2017 (veröffentlicht im BAnz AT 4.4.2018 B3) gebracht, nach der in der Leistungsbeschreibung Nr 31 die Hilfe beim An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen nunmehr bereits ab der Kompressionsklasse I als Behandlungspflege verordnungsfähig geworden ist und die deshalb als Maßnahme der Grundpflege entfallen ist. In der Leistungsbeschreibung Nr 31 (aaO) wurde klargestellt, dass es im Bereich der häuslichen Krankenpflege ausschließlich um das An- oder Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen geht, die Teil des ärztlichen Behandlungsplans sind und insoweit vertragsärztlich verordnet werden. Für die vertragsärztliche Verordnung von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen gelten die Hilfsmittel-RL des GBA sowie das Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbands nach § 139 SGB V, in dem Indikationen sowie Kontraindikationen abgebildet sind. Seit der HKP-RL vom 21.12.2017 (aaO) werden nicht ärztlich verordnete Stütz- oder Antithrombosestrümpfe sprachlich differenziert durch die verwendeten Begriffe "Strümpfe oder Strumpfhosen", die weiterhin der grundpflegerischen Leistung zugeordnet werden (vgl im Einzelnen Tragende Gründe zum Beschluss des GBA über eine Änderung der HKP-RL: Verordnung von häuslicher Krankenpflege auf Grundlage von § 37 Abs 1a SGB V und Verordnungsfähigkeit des An- und Ausziehens von Kompressionsstrümpfen der Kompressionsklasse I im Rahmen der Behandlungspflege vom 21.12.2017 unter Ziff 2.2).

25

Davon zu unterscheiden sind Kompressionsstrümpfe der Kompressionsklassen I, II, III und IV; die jeweilige Klasse folgt der Intensität des Andrucks in Ruhe auf die Extremität der im Fesselbereich geforderten Andrücke (von leicht, mittel, kräftig bis sehr kräftig mit entsprechend unterschiedlichem Druck/mmHg, vgl die Leitlinie: Medizinische Kompressionstherapie der Extremitäten mit Medizinischem Kompressionsstrumpf (MKS), Phlebologischem Kompressionsverband (PKV) und Medizinischen adaptiven Kompressionssystemen (MAK), AWMF-Registernummer: 037/005, Stand 12/2018, Tabelle 1, S 11 unter 2.1.2.5). Deren Anwendung erfordert auch hinsichtlich der Technik des Anlegens spezielle Kenntnisse und Erfahrungen, um Schmerzen und Druckschädigungen zu vermeiden, eine gleichmäßige Druckverteilung zu erzeugen, und um die Abheilung von Krankheitsbildern zu verbessern (vgl S 6 zu 1. der Leitlinie, aaO). Der GBA weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass bei Varikose ohne ausgeprägte Ödembildung auch schon eine Kompressionsklasse I zur Beseitigung der Beschwerden führen kann, während bei fortgeschrittenem Ödem und Hautveränderungen eher eine höhere Kompressionsklasse erforderlich ist (vgl Tragende Gründe zur Änderung der HKP-RL vom 21.12.2017 unter Ziff 2.2).

26

c) Während im Ergebnis für die Hilfe des An- und Ausziehens nicht ärztlich verordneter Stütz- und Antithrombosestrümpfe medizinisch ausgebildetes Fachpersonal nicht erforderlich ist, gilt dies für ärztlich verordnete Kompressionsstrümpfe im Rahmen einer Kompressionstherapie nicht gleichermaßen. Nach den Maßstäben im Senatsurteil vom 25.2.2015 (aaO RdNr 28 und s auch § 1 Abs 6 Satz 2, HKP-RL idF vom 17.12.2015, aaO) ist in jedem Einzelfall zu prüfen, ob die Einrichtung die konkrete behandlungspflegerische Maßnahme nach ihrem Aufgabenprofil, der Ausrichtung auf ein bestimmtes Bewohnerklientel und insbesondere aufgrund ihrer sächlichen und personellen Ausstattung selbst zu erbringen hat.

27

d) Soweit das LSG hier Inhalte des Wohn- und Betreuungsvertrags vom 19.4.2010 festgestellt hat, ist die allgemeine Behandlungspflege ausgeschlossen. Die Einrichtung hat Sorge für die übliche Gesundheitspflege und -fürsorge zu tragen, wie die Anleitung bei medizinisch-pflegerischer Versorgung auf ärztliche Anordnung. Sie ist dabei zu allgemeinen pflegerischen Leistungen verpflichtet, die den organisatorischen Möglichkeiten der Einrichtung entsprechen. Nähere Feststellungen aber zur Einrichtung, zu ihrem Aufgabenprofil, zur Ausrichtung der Einrichtung auf ein bestimmtes Bewohnerklientel und die sich daraus ergebende personelle wie sächliche Ausstattung hat das LSG bislang nicht getroffen. Die notwendige Beiladung des Trägers der Einrichtung nach § 75 Abs 2 Alt 1 SGG, ohne die die og erforderlichen Feststellungen nicht zu treffen sind, ist bislang verfahrensfehlerhaft unterblieben (zu einer solchen Konstellation vgl BSG Urteil vom 22.4.2015 - B 3 KR 16/14 R - juris). Diese wird das LSG im wiedereröffneten Berufungsverfahren nachzuholen haben. Ob eine zusätzliche Beiladung des Trägers der Sozialhilfe nach § 75 Abs 2 Alt 2 SGG zu erfolgen hat, wird das LSG ebenfalls prüfen müssen.

28

6. Nach den Maßstäben des Senatsurteils (BSGE 118, 122 = SozR 4-2500 § 37 Nr 13, RdNr 28) verläuft die Grenze der von einer Einrichtung geschuldeten Leistungen dort, wo diese vom Personal der Einrichtung der Eingliederungshilfe erbracht werden können und müssen. Muss die Einrichtung kein medizinisch ausgebildetes Personal vorhalten, sind regelmäßig nur einfachste Maßnahmen der Krankenpflege von der Einrichtung selbst zu erfüllen. Leistungspflichten, die nur von medizinisch ausgebildetem Fachpersonal erfüllt werden könnten, scheiden

dann regelmäßig aus. Ist die Einrichtung hingegen nach ihrem Aufgabenprofil auf eine besondere Zielgruppe ausgerichtet, bei der ständig bestimmte behandlungspflegerische Maßnahmen erforderlich werden, und ist die Einrichtung deshalb entsprechend sächlich und personell auszustatten, hat sie diese behandlungspflegerischen Maßnahmen auch zu erbringen, weil ohne sie die Eingliederungsaufgabe im Hinblick auf die Zielgruppe der Einrichtung nicht erreicht werden kann (vgl BSG aaO). Schon nach diesen Maßgaben kann für die hier im Streit stehende ärztlich verordnete Anziehhilfe bei Kompressionsstrümpfen, die fachgerecht anzulegen sind, nicht generell gelten, dass diese regelmäßig von Einrichtungen zu erbringen sind.

29

Beim Anlegen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen kann der Senat daher nicht ausschließen, dass medizinisch ausgebildetes Fachpersonal benötigt wird, um die Kompressionsstrümpfe fachgerecht anzuziehen, allein schon um medizinisch unsachgemäße Behandlungsfolgen auszuschließen. Kompressionsstrümpfe ab Klasse II sind nach der Leistungsbeschreibung Nr 31 der HKP-RL (idF vom 17.12.2015, aaO) bei mobilen Patienten zur Abheilung von Ulcera, zur Unterstützung des venösen Rückflusses und Lymphabflusses bei Varikose, Thromboembolie, chronischer Veneninsuffizienz, Ödemen, Narben/Verbrennungen einzusetzen. Daneben setzt die Verordnungsfähigkeit von Kompressionstrümpfen der Klassen II bis IV die in Nr 31 der Leistungsbeschreibung in der HKP-RL (aaO) genannten Gesundheitseinschränkungen voraus. Je nach Gesundheitszustand des Versicherten kann es danach erforderlich sein, dass das Anziehen in einer Einrichtung durch medizinisch ausgebildetes Fachpersonal erfolgen muss, weil andernfalls das Personal der Einrichtung mit einer solchen Behandlungspflege überfordert wäre und unsachgemäßes Anziehen der Kompressionsstrümpfe die gesundheitlichen Einschränkungen verschlimmern könnten. Das LSG wird daher auch feststellen müssen, welche Kompressionsklasse der Strümpfe hier ärztlich verordnet wurde, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen und medizinischen Diagnosen bei der Klägerin vorlagen und welche pflegerische Behandlung dies erforderte.

30

7. Die Kostenentscheidung bleibt dem wiedereröffneten Berufungsverfahren vorbehalten.
Rechtskraft
Aus
Login
BRD
Saved
2020-08-07