

L 8/14 KR 277/04

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 6 KR 846/03
Datum
27.05.2004
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8/14 KR 277/04
Datum
18.05.2006
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Bemerkung

verb. mit [S 6 KR 845/03](#)

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 27. Mai 2004 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Die Beklagte hat der Klägerin 1/3 ihrer notwendigen außergerichtlichen Kosten beider Instanzen zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten im Berufungsverfahren noch um die Freistellung von den Kosten für das Anlegen von Kompressionsverbänden ab dem 1. April 2003.

Die im Jahr 1927 geborene Klägerin ist bei der Beklagten kranken- und pflegeversichert und erhält Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung nach der Pflegestufe II aufgrund des Gutachtens von Dr. E. (MDK) vom 26. Juni 2002. Die Klägerin leidet nach diesem Gutachten unter einem dementiellen Prozess unklarer Genese, einer körperlichen Schwäche im Senium bei Multimorbidität, einer Herzinsuffizienz bei KHK begleitet von Dyspnoe bei restriktiver Ventilationsstörung und einer Urin-Inkontinenz mit Dauerkatheter. Dr. E. stellte in diesem Gutachten einen Hilfebedarf der Klägerin u. a. beim Ankleiden von 10 Minuten und beim Entkleiden von 5 Minuten fest und ermittelte insgesamt einen Hilfebedarf in der Grundpflege von 140 Minuten pro Tag.

Nachdem die Beklagte die Kosten für häusliche Krankenpflege in Form des Anlegens von Kompressionsverbänden in der Zeit vom 10. September 2002 bis zum 31. März 2003 übernommen hatte, verordnete der Hausarzt der Klägerin, Herr F., mit Folgeverordnung vom 25. März 2003 weiter das Anlegen von Kompressionsverbänden für die Zeit vom 1. April 2003 bis zum 30. Juni 2003 einmal täglich/siebenmal wöchentlich zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung. Zur Begründung führte er aus, die Klägerin leide an einer starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Als Diagnose gab er an: Diabetes, Gangrän, Globalinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, arterielle Hypertonie, Ödeme beider Beine, transurethraler Blasenverweilkatheter. Die Klägerin sei nicht in der Lage, die Leistung selbst durchzuführen.

Mit Bescheid vom 4. April 2003 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme mit der Begründung ab, es handele sich hierbei um eine Pflegemaßnahme, die nicht zu Lasten der Krankenversicherung verordnet werden dürfe. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts dürften Kosten für Maßnahmen der Behandlungspflege nicht von der Krankenversicherung übernommen werden, wenn der Pflegebedürftige bereits entsprechende Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalte. Maßnahmen der Behandlung, die mit der Grundpflege in einem notwendigen zeitlichen Zusammenhang stünden, fielen in die Leistungspflicht der Pflegeversicherung.

Auf den Widerspruch der Klägerin vom 14. April 2003 holte die Beklagte zwei Bescheinigungen des Hausarztes vom 4. Juni 2003 und vom 30. Juni 2003 ein, in denen dieser ausführte, die Klägerin benötige dringend die Kompressionsverbände zur Unterstützung des venösen Rückflusses und des Lymphabflusses.

Der Hausarzt verordnete am 30. Juni 2003 auch für die Zeit vom 1. Juli bis zum 31. Dezember 2003 das Anlegen von Kompressionsverbänden einmal täglich/siebenmal wöchentlich. Zur Begründung führte er aus, die Klägerin leide aufgrund ihrer Erkrankungen an einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie die Leistung nicht selbst durchführen könne.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 11. Juli 2003 die Übernahme der Kosten ab und wiederholte dabei die Begründung des Bescheides vom 4. April 2003.

Dagegen erhob die Klägerin Widerspruch mit der Begründung, das Leistungsbudget der Pflegeversicherung sei bereits ohne die Kosten für das Anlegen der Kompressionsverbände erschöpft. Im Pflegegutachten sei auch der entsprechende Zeitaufwand nicht berücksichtigt worden.

Der Hausarzt teilte auf Anfrage der Beklagten mit Schreiben vom 20. August 2003 mit, ab sofort könne die Versorgung der Klägerin an Stelle von Kompressionsverbänden auch mit Kompressionsstrümpfen der Klasse II erfolgen. Als Diagnose gab er u. a.: schwerste Stauungsdermatitis mit postthrombotischem Syndrom an.

Die Beklagte wies die Widersprüche der Klägerin gegen den Bescheid vom 4. April 2003 sowie gegen den Bescheid vom 11. Juli 2003 mit zwei Widerspruchsbescheiden vom 29. Oktober 2003 zurück. Ergänzend führte sie aus, das Anlegen von Kompressionsverbänden sei nur dann zu verordnen, wenn aus anatomischen Gründen die Versorgung mit angepassten Kompressionsstrümpfen nicht möglich sei. Herr F. habe bescheinigt, dass an Stelle von Kompressionsverbänden die Versorgung mit Kompressionsstrümpfen möglich sei.

Gegen beide Widerspruchsbescheide erhob die Klägerin am 25. Oktober 2003 zwei getrennte Klagen (Az.: [S 6 KR 845/03](#) und Az.: [S 6 KR 846/03](#)) vor dem Sozialgericht Marburg, die mit Beschluss vom 2. Februar 2004 verbunden wurden.

Die Klägerin legte die Rechnung des DRK vom 25. Mai 2004 vor, mit der ihr u. a. für die Zeit von April bis November 2003 für das Anlegen von Kompressionsverbänden 5.193,28 € und im Dezember 2003 für das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen 107,40 € in Rechnung gestellt wurden. Zur Klagebegründung führte die Klägerin aus, sie habe einen Anspruch auf Freistellung von den Kosten - für das Anlegen von Kompressionsverbänden in der Zeit vom 1. April bis 30. November 2003 und für das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen im Dezember 2003 - in Höhe von insgesamt 2.654,04 €.

Die Beklagte führte ergänzend aus, zwar sei mit Wirkung zum 1. Januar 2004 eine Änderung des [§ 37](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) eingetreten, mit der das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen der Klasse II auch dann in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen falle, wenn zugleich Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen würden. Dies führe jedoch zu keinem Anspruch der Klägerin für die Zeit vor dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Gesetzesänderung. Für die streitbefangene Zeit sei weiterhin die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts anzuwenden, nach der ein Anspruch der Klägerin nicht bestehe.

Das Sozialgericht verurteilte die Beklagte mit Urteil vom 27. Mai 2004, die Klägerin von den Kosten für das Anlegen von Kompressionsverbänden in der Zeit vom 1. April bis zum 20. August 2003 und für das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen in der Zeit vom 21. August bis zum 31. Dezember 2003 in Höhe von insgesamt 1.964,30 € freizustellen. Nach [§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden, hier noch anzuwendenden Fassung, erhielten Versicherte in ihrem Haushalt oder in ihrer Familie häusliche Krankenpflege in Form der Behandlungspflege, wenn dies zur Sicherung der ärztlichen Behandlung erforderlich sei. Darüber hinaus bestehe nach [§ 37 Abs. 3 SGB V](#) ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen könne. Bei der in ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit stark beeinträchtigten Klägerin lägen diese Voraussetzungen vor, da auch ihr Ehemann diese Leistung nicht habe übernehmen können. Auch seien die Voraussetzungen der Verordnung für das Anlegen von Kompressionsverbänden in der Zeit vom 1. April bis zum 20. August 2003 sowie das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen der Klasse II in der Zeit vom 21. August bis zum 31. Dezember 2003 aufgrund der Verordnungen und der Bescheinigungen von Herrn F. gegeben. In diesem Umfang sei die Klage begründet. Der Anspruch der Klägerin scheitere nicht daran, dass sie Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalte. Der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts im Urteil vom 30. Oktober 2001 sei nicht zu folgen, nach der die Klägerin keinen Anspruch besitze, da sie Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalte. Aus [§ 13 Abs. 2](#) Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) sei ein Vorrang der Leistungen der häuslichen Krankenpflege vor denjenigen der Pflegeversicherung zu entnehmen. Insgesamt zeigten die Regelungen des SGB XI, dass der Gesetzgeber bei der Konkurrenz zwischen Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung von einem Vorrang der Leistungen der Krankenversicherung ausgegangen sei. Dies lasse ein gegenteiliges Richterrecht nicht zu. Wenn also eine Maßnahme der häuslichen Krankenpflege untrennbarer Bestandteil einer Pflegeverrichtung sei oder die Maßnahme mit der Pflegeverrichtung objektiv notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang stehe, so bestehe vorrangig ein Anspruch gegen die Krankenversicherung. Im Rahmen der Pflegeversicherung sei dann zu prüfen, ob der entsprechende Aufwand bei der Ermittlung der Pflegestufe unberücksichtigt bleiben müsse. Auch der Gesetzgeber habe in der Zwischenzeit auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts reagiert und durch die Ergänzung von [§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) seien die Kosten für das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen der Klasse II den Krankenkassen zugewiesen worden. Damit habe der Gesetzgeber kein neues Recht geschaffen, sondern lediglich den bereits vor dem 1. Januar 2004 bestehenden Rechtsstand klargestellt. Bereits vor dem 1. Januar 2004 sei unter Anwendung von [§ 13 Abs. 2 SGB XI](#) der Aufwand für das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab der Klasse II vorrangig der häuslichen Krankenpflege nach [§ 37 SGB V](#) und damit der Krankenversicherung zuzurechnen.

Gegen das ihr am 13. September 2004 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 16. September 2004 Berufung eingelegt. Am 19. Mai 2006 hat die Beklagte den Anspruch der Klägerin auf Erstattung der Kosten für das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen der Klasse II in der Zeit vom 1. April bis zum 31. Dezember 2003 im Hinblick auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 17. März 2005, Az.: [B 3 KR 9/04](#) und vom 10. November 2005, Az.: [B 3 KR 42/04 R](#)) anerkannt. Die Klägerin hat dieses Anerkenntnis angenommen.

Die Beklagte ist der Auffassung, die Klägerin habe – entgegen dem Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 27. Mai 2004 - darüber hinaus keinen Anspruch auf Freistellung von den Kosten für das Anlegen von Kompressionsverbänden ab dem 1. April 2003. Nach dem Gutachten des MDK vom 16. Dezember 2004 habe zum 1. April 2003 keine medizinische Notwendigkeit mehr für das Anlegen von Kompressionsverbänden bestanden. Dies entspreche auch der Bescheinigung des Hausarztes vom 15. Juli 2003, nachdem bereits ab 9. November 2002 keine Notwendigkeit der Versorgung der Klägerin mit Kompressionsverbänden bestanden habe. Diese Bescheinigung habe dem Sozialgericht bei seiner Entscheidungsfindung nicht vorgelegen. Diese Bescheinigung sei irrtümlich nicht vorgelegt worden.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 27. Mai 2004 aufzuheben und die Klage abzuweisen als dem Anspruch der Klägerin durch das heutige Anerkenntnis nicht entsprochen worden ist.

Die Klägerin beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist der Auffassung, sie habe über das Anerkenntnis der Beklagten vom 19. Mai 2006 hinaus einen Anspruch auf Freistellung von den höheren Kosten für das Anlegen von Kompressionsverbänden.

Wegen der Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichts- und der Verwaltungsakte der Beklagten ergänzend Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe

Die Berufung der Beklagten ist zulässig und nach ihrem Anerkenntnis des Anspruchs der Klägerin auf Freistellung von den Kosten des An- und Ausziehens von Kompressionsstrümpfen der Klasse II ab dem 1. April bis zum 31. Dezember 2003 auch begründet, da die Klägerin einen darüber hinaus gehenden Anspruch nicht besitzt. Auf die Berufung der Beklagten war damit das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 27. Mai 2004 aufzuheben und die Klage abzuweisen. Die Beklagte hat mit dem Bescheid vom 4. April 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. Oktober 2003 sowie mit dem Bescheid vom 11. Juli 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. Oktober 2003 rechtmäßig die Kostenübernahme für das Anlegen von Kompressionsverbänden in der Zeit ab dem 1. April 2003 bzw. ab dem 1. Juli 2003 abgelehnt.

Gemäß [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte gegen ihre Krankenkasse Anspruch auf Erstattung der Kosten in der entstandenen Höhe, die dadurch anfallen, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (Variante 1) oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt (Variante 2) und sich der Versicherte die notwendige Leistung deshalb selbst beschafft hat. Diese auf die Erstattung von Kosten zugeschnittene Regelung (Kostenerstattungsanspruch) ist entsprechend auf die Freistellung des Versicherten von einer ihm gegenüber bestehenden, aber - z. B. wie hier wegen Stundung - noch nicht erfüllten Forderung eines Leistungserbringers anzuwenden (so auch [BSGE 80, 181](#), 182 = SozR 3-2500, § 13 Nr. 14).

Die Klägerin besitzt gegen die Beklagte keinen Fre stellungsanspruch in dem noch streitigen Umfang, da das Anlegen von Kompressionsverbänden in dem streitigen Zeitraum nicht erforderlich gewesen ist.

Nach [§ 37 Abs. 2 Satz 1](#), 1. Halbsatz SGB V erhalten Versicherte in ihrem oder im Haushalt ihrer Familie häusliche Krankenpflege in Form der Behandlungspflege, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist (sog. Behandlungssicherungspflege). Der krankenversicherungsrechtliche Anspruch auf häusliche Krankenpflege in Form der Behandlungssicherungspflege besteht neben dem Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege aus der sozialen Pflegeversicherung. Zur Behandlungspflege 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 (BSG, Urteil vom 17. März 2005, Az.: [B 3 KR 9/04 R](#) m. w. N.). Der Anspruch auf Gewährung häuslicher Krankenpflege ist grundsätzlich nicht schon dann ausgeschlossen, wenn der Betroffene im Sinne der [§§ 14, 15 SGB XI](#) pflegebedürftig ist und zugleich Leistungen der häuslichen Pflege aus der sozialen Pflegeversicherung erhält (BSG, SozR 3-2500, § 37 Nr. 2 und 3; Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 14. Juli 2005, Az.: L 8/14 KR 275/04).

Das von dem Hausarzt, Herrn F., verordnete Anlegen von Kompressionsverbänden zählt ebenso wie das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen gemäß Nr. 2 der Anlage der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (jetzt: Gemeinsamer Bundesausschuss) über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 Satz 1 SGB V](#) vom 16. Februar 2000 (BANz Nr. 91 vom 13. Mai 2000) zu den im Rahmen der Behandlungspflege verordnungsfähigen Leistungen.

Zwar ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die Neuregelung des [§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) und die Rechtsprechung in diesem Bereich auch für die Zeit vor dem 1. Januar 2004 in der Weise anzuwenden, dass der Versicherte gegen die Krankenkasse einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege auch vor dem 1. Januar 2004 besitzt, wenn die bislang an sich berücksichtigungsfähige Hilfe bei einer verrichtungsbezogenen Behandlungsmaßnahme im Rahmen der Pflegeversicherung beim Grundpflegebedarf außer Ansatz gebliebenen ist und der Versicherte für die Behandlungspflege sich der Hilfe durch einen Pflegedienst bedient (Urteile vom 17. März 2005, Az.: [B 3 KR 9/04 R](#), und vom 10. November 2005, Az.: [B 3 KR 42/04 R](#)).

Die Klägerin nimmt zwar Pflegeleistungen der Pflegestufe II in Anspruch. Ausweislich des Gutachtens von Dr. E. vom 26. Juni 2002 wurde bei der Ermittlung des Hilfebedarfs der Klägerin das Anlegen von Kompressionsverbänden nicht erwähnt. Es ist somit davon auszugehen, dass ein entsprechender Bedarf bei der Feststellung der Hilfebedarf für das An- und Auskleiden von insgesamt 15 Minuten am Tag nicht berücksichtigt worden ist.

Der Senat ist jedoch zu der Überzeugung gekommen, dass die Versorgung der Klägerin im vorliegend streitigen Zeitraum ab 1. April 2003 nicht mehr medizinisch notwendig gewesen ist. Der Senat stützt seine Überzeugung auf das im Berufungsverfahren von der Beklagten vorgelegte Gutachten von Dr. G. (MDK) vom 20. Dezember 2004. Nach dem Gutachten von Dr. G. wurde die Klägerin zum 1. April 2003 bereits seit ca. sieben Monaten mit Kompressionsverbänden behandelt. Weiter führt Dr. G. in seinem Gutachten aus, unter Berücksichtigung der Bescheinigung des Hausarztes vom 15. Juli 2003 sei davon auszugehen, dass die Primärbehandlung der Ödeme der Klägerin ab dem 9. November 2002 praktisch beendet gewesen sei und eine weitere Versorgung der Klägerin mit Kompressionsstrümpfen der Klasse II hätte stattfinden können. Eine Versorgung mit Kompressionsverbänden über den 9. November 2002 hinaus ist damit nicht nachvollziehbar und eine Versorgung der Klägerin mit Kompressionsstrümpfen der Klasse II angemessen gewesen. Der Kompressionsstrumpf ist das Instrument der langfristigen Nachsorge nach vorhergehender Verbandstherapie.

Die Ausführungen und Schlussfolgerungen des Gutachtens von Dr. G. zur Notwendigkeit der Versorgung der Klägerin mit Kompressionsverbänden bzw. Kompressionsstrümpfen der Klasse II sind nachvollziehbar. Bei dieser Sachlage sah sich der Senat nicht veranlasst ein Gutachten von Amts wegen einzuholen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Dabei war auch das Anerkenntnis der Beklagten zu berücksichtigen.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Saved

2022-01-03