

## S 22 KR 72/20

Land  
Freistaat Sachsen  
Sozialgericht  
SG Leipzig (FSS)  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
22  
1. Instanz  
SG Leipzig (FSS)  
Aktenzeichen  
S 22 KR 72/20  
Datum  
25.11.2020  
2. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Die Kostenabgrenzungsrichtlinie nach [§ 17 Abs.1b SGB XI](#) kann auch anzuwenden sein, wenn erstmals vor dem 01.01.2017 Leistungen der Pflegeversicherung in der höchsten Pflegestufe und seither dem höchsten Pflegegrad gewährt worden sind und keine Neubegutachtung stattgefunden hat, obwohl das ursprüngliche Gutachten zur Ermittlung des Grund- und Behandlungspflegebedarfs zu Lasten des Pflegebedürftigen unrichtig ist.

1. Der Bescheid der Beklagten vom 27. November 2019 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07. Februar 2020 wird aufgehoben und der Bescheid der Beklagten vom 13. Dezember 2018 dahin geändert, dass dem Kläger Kostenübernahme für häusliche Krankenpflege in Höhe von täglich 21,65 Stunden gewährt wird.
2. Die Beklagte hat die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers zu tragen.

### **Tatbestand**

Streitig ist, ob die Beklagte dem ununterbrochen medizinischer Intensivpflege bedürftenden Kläger medizinische Behandlungspflege mit einem höheren Zeitanteil als 21,2 Stunden täglich gewähren muss.

Der 1943 geborene Kläger ist Mitglied der Beklagten. Der Kläger befindet sich seit einem im August 2014 erlittenen Hirninfarkt im Wachkoma. Seither war ihm durch die Beklagte als Pflegeversicherung die Pflegestufe III zuerkannt, die im Januar 2017 in den Pflegegrad 5 übergeleitet wurde. Er wohnt mit seiner Ehefrau in einem gemeinsamen Haushalt in einem Eigenheim. Der Kläger kann sich weder bewegen noch sprechen, wird parenteral ernährt und atmet wegen Schluckstörungen über eine Trachealkanüle; zum Erhalt der Beweglichkeit, Atemtechnik und des Schluckakts wird er ergo- und physiotherapeutisch behandelt. Zu den Einzelheiten des aktuellen Gesundheitszustands wird auf den Befundbericht von DM D.... Bl. 35 ff. Gerichtsakte (GA), zur die Erkrankung des Klägers auslösenden Basilariskopftrombose während einer stationären kardiologischen Behandlung und den sich anschließenden damaligen Krankheits- und Behandlungsverlauf wird auf den Bericht über die stationäre neurologische Rehabilitationsbehandlung durch das NRZ Leipzig vom 21.08.2014 Bl. 29 - 43 GA verwiesen.

Der Kläger bedarf gemäß ärztlicher Verordnung einer ununterbrochenen medizinischen Intensivpflege (sog. 24-Stunden-Behandlungspflege, d. h. täglich 1440 Minuten).

Der Kläger wurde hinsichtlich des Zeitaufwands für seine von der Beklagten als Pflegeversicherung zu leistenden Grundpflege zuletzt am 25.08.2014 begutachtet und ein Zeitaufwand von 282 Minuten täglich für Grundpflege und weiteren 60 Minuten täglich für hauswirtschaftliche Versorgung festgestellt. Zu den Einzelheiten wird auf das Pflegegutachten Bl. 36 - 48 BA verwiesen.

Die Leistungen der Beklagten als Pflegeversicherung wie auch die behandlungspflegerischen Leistungen der Beklagten als Krankenversicherung erbringt durch jeweils dieselbe Pflegekraft allein der ambulante Pflegedienst "advita". Dieser stellte der Beklagten als Pflegeversicherung und als Krankenversicherung die erbrachten Pflegeleistungen anfänglich insgesamt nach Zeitaufwand in Rechnung; dem Kläger verblieb so ein monatlicher Eigenanteil von ca. 150,- €. Beispielfhaft wird auf die Kopie der Rechnung vom 05.01.2018 Bl. 25 BA

verwiesen. Seit einer Umstellung der Abrechnung auf Stundensätze in Höhe der genehmigten Leistungen rechnet der Pflegedienst grundpflegerische Dienstleistungen als Leistungen der Pflegeversicherung nach Sachkostenpauschalen ab.

Die hauswirtschaftliche Versorgung hat inzwischen die Ehefrau des Klägers übernommen.

Die Beklagte als Krankenversicherung genehmigte dem Kläger zuletzt mit bestandskräftigem Bescheid vom 13.12.2018 häusliche Krankenpflege in Gestalt spezieller Krankenbeobachtung im Umfang von 21,2 Stunden (= 21 Stunden 11 Minuten) täglich. Mit Antwortschreiben vom 23.11.2019 beantragte der Kläger die Änderung jenes Bescheides auf einen Behandlungspflegeanspruch von 21,65 Stunden täglich. Die Beklagte lehnte den Antrag mit Bescheid vom 27.11.2019 (Bl. 7 f. der Verwaltungsakte der Beklagten -- BA) ab. Der Widerspruch des Klägers, mit dem er auch eine erneute Begutachtung beantragte, blieb mit Widerspruchsbescheid vom 07.02.2020 (Bl. 87 f. BA) ohne Erfolg. Eine Neubegutachtung sei nicht geboten, weil sich im Gesundheitszustand des Klägers seit 01.01.2017 keine relevanten, zur Änderung des Pflegegrades führenden Veränderungen ergeben hätten. Denn der Kläger erhalte bereits Leistungen der Pflegeversicherung nach dem höchstmöglichen Grad 5 der Pflegebedürftigkeit.

Der Kläger macht geltend, die Beklagte trage einen zu geringen Anteil des Aufwandes von tatsächlich mindestens 21,65 Stunden täglich für die unverändert erforderliche medizinische Behandlungspflege, nämlich nur 21,2 Stunden (= 21 Stunden 11 Minuten). Hierdurch werde er fortwährend zu Unrecht monatlich in der Größenordnung von ca. 375,- € "Überlaufkosten" mit Kosten der allein durch die Beklagte zu gewährenden Behandlungspflege belastet. Faktisch sei er damit trotz unveränderten Gesundheitszustandes einer enormen Steigerung der Kosten des abgerechneten Eigenanteils ausgesetzt. Denn die vom Pflegedienst abgerechneten Sachkostenpauschalen im Rahmen der Pflegeversicherung berücksichtigten gerade nicht, dass die Beklagte als Krankenversicherung die Hälfte der Kosten für Zeiten medizinischer Behandlungspflege zu tragen habe. Im Ergebnis führe die Abrechnungspraxis des Pflegedienstes einerseits nach Stundensätzen für Leistungen der Krankenversicherung und andererseits nach Sachkostenpauschalen für Leistungen der Pflegeversicherung bei einer einheitlich und gemeinsam durch Kranken- und Pflegeversicherung zu erbringende Leistung angesichts der aktuellen Bescheidlage der Beklagten dazu, dass die für Behandlungspflege gesetzlich zu gewährenden Leistungen der Beklagten dem Kläger nicht vollständig zugute kämen. Mit dem Pflegedienst führe er hierzu eine zivilrechtliche Auseinandersetzung.

Der Kläger beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheids vom 27.11.2019 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 07.02.2020 zu verpflichten, den Bescheid vom 13.12.2018 dahin abzuändern, dass dem Kläger Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung auf häusliche Krankenpflege in Gestalt einer spezialisierten Krankenbeobachtung für den Zeitraum ab 01.01.2019 bis zum 31.12.2019 in Höhe von kalendertäglich 21,65 Stunden gewährt werden.

Die Beklagte beantragt

Klageabweisung.

Die Beklagte wiederholt und vertieft die Begründung ihres angefochtenen Widerspruchsbescheides, wonach die Kostenabgrenzungsrichtlinie vom 16.12.2016 auf den Fall nicht angewendet werden könne. Denn die Kostenabgrenzung sei hier nach der letzten Begutachtung schon vor dem 01.01.2017 erfolgt. Der in der angegriffenen Bescheidlage zugrunde gelegte tägliche Zeitaufwand für die Grundpflege (282 Minuten) und hauswirtschaftliche Versorgung (60 Minuten), insgesamt folglich 342 Minuten bzw. 5 Stunden 42 Minuten sei wie der als verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme gewertete Aufwand von 4 Minuten für das Absaugen der Trachealkanüle gutachterlich ermittelt worden. Eine erneute Begutachtung des Pflegeaufwandes beim Kläger sei nicht erforderlich, weil jener bereits den höchsten Pflegegrad habe und damit keine weitergehenden Leistungen der Pflegeversicherung zuerkannt werden könnten.

Zu den weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf die Schriftsätze der Beteiligten nebst Anlagen, die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten und das Protokoll der mündlichen Verhandlung verwiesen.

### Entscheidungsgründe

Die als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage gemäß [§ 54 Abs. 1](#), 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässige Klage ist begründet. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtswidrig und verletzen Rechte des Klägers. Der Kläger hat (seit 01.01.2017) Anspruch auf häusliche Krankenpflege im Umfang von kalendertäglich 21,65 Stunden täglich gegen die Beklagte im streitgegenständlichen Zeitraum und deshalb Anspruch auf rückwirkende Abänderung ihres bestandskräftig niedrigere Leistungen festsetzenden Bescheides vom 13.12.2018 zu seinen Gunsten ab dem 01.01.2019.

Gemäß [§ 44 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) ist ein Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen, soweit sich im Einzelfall ergibt, dass bei seinem Erlass das Recht unrichtig angewandt wurde oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist, soweit deshalb Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht worden sind. Gemäß [§ 44 Abs. 2 Satz 1 SGB X](#) ist ein rechtswidriger nicht begünstigender Verwaltungsakt im Übrigen für die Zukunft zurückzunehmen.

Der bestandskräftige Bescheid der Beklagten vom 13.12.2018 ist zu Lasten des Klägers rechtswidrig. Denn er geht I.... von einem unzutreffenden Sachverhalt hinsichtlich des täglichen Zeitaufwands für häusliche Krankenpflege in Gestalt spezieller Krankenbeobachtung bei dem Kläger aus, soweit ihm ein Zeitanatz von nur 4 Minuten täglich für (allein durch die Beklagte zu gewährende) verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zugrunde liegt. Der Kläger ist hierdurch II. auch beschwert, weil er deshalb (auch) seit 01.01.2019 weiterhin mit 21,2 Stunden an Stelle der ihm nunmehr zustehenden 21,6 Stunden Behandlungssicherungspflege täglich um 0,465 Stunden zu niedrige Leistungen der Beklagten erhält.

I. Die Beklagte geht im angegriffenen Bescheid vom 13.12.2018 von einer unzutreffenden Tatsachengrundlage aus, weil sie zwar zahlreiche einzelne Verrichtungen der täglichen Behandlungssicherungspflege als beim Kläger erforderlich anerkennt, jedoch nur einer dieser zahlreichen Verrichtungen auch einen Zeitaufwand - 4 Minuten täglich - in Abgrenzung zur reinen Grundpflegezeit beimisst.

1. Der Kläger hat im Kalenderjahr 2019 umfassenden Anspruch auf häusliche Krankenpflege als Behandlungssicherungspflege gegen die

Beklagte gemäß [§ 37 Abs. 2 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), der auch alle verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen umfasst. Der Anspruch des Klägers auf sogenannte reine Grundpflege (ohne verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen nach [§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung) und hauswirtschaftliche Versorgung als weitere Elemente der häuslichen Krankenpflege richtet sich hingegen wegen des zuerkannten Pflegegrades 5 allein gegen die Beklagte als Pflegekasse, vgl. [§ 37 Abs. 2 Satz 6 SGB V](#). Die medizinischen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dem Grunde nach sind zwischen den Beteiligten zu Recht nicht streitig und nähere Ausführungen der Kammer dazu entbehrlich.

2. Der Behandlungssicherungspflegebedarf des Klägers besteht täglich für 24 Stunden. Auch dies ist aufgrund der Erkrankungen des Klägers offensichtlich und zwischen den Beteiligten zu Recht unstrittig. Der durch die Beklagte als Krankenversicherung zu erbringende Zeiteanteil steht dabei tatsächlich im Zusammenhang mit den durch die Pflegeversicherung grundsätzlich nach [§ 36 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) als Pflegesachleistung zu gewährenden Grundpflegeleistungen, soweit diese durch dieselbe Pflegeperson erbracht werden. Denn während der Erbringung der Leistungen der Grundpflege tritt die Behandlungspflege im Regelfall in den Hintergrund. Daher ist es gerechtfertigt, den Kostenaufwand für diese Zeiten allein der Pflegeversicherung zuzurechnen (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 17.06.2010, Az. [B 3 KR 7/09 R](#), Rz. 13, juris). Je geringer folglich der Anteil der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen ausfällt, umso größer ist tatsächlich (und rechnerisch!) der Anteil, für den als reine Grundpflege allein die Pflegeversicherung aufzukommen hat (vgl. zur Herleitung Urteil des BSG a. a. O.... Rz. 27 bis 31 mit Beispielrechnungen). Weil sich die Leistungspflicht der Pflegeversicherung dabei auf den nach [§ 36 Abs. 3 Nr. 3 SGB XI](#) gedeckelten Sachleistungsanspruch beschränkt, ist der Versicherte damit umso eher Zuzahlungsforderungen des einheitlichen Leistungserbringers ausgesetzt, wie sich im vorliegenden Fall deutlich zeigt.

3. Die angegriffene Bescheidlage der Beklagten ist nach diesen Grundsätzen rechtswidrig zu Lasten des Klägers, weil der Zeiteinsatz von nur 4 Minuten täglich für verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen offensichtlich unzutreffend zu niedrig veranschlagt ist. Die von der Beklagten als Grundlage dieser Einschätzung angeführte sozialmedizinische Stellungnahme der FÄ'in für Allgemeinmedizin und Sozialmedizin Irmischer vom 27.08.2014 ist lückenhaft, weil dort einerseits als behandlungspflegerischer Bedarf des Klägers ausdrücklich "Medikamentengabe, Verabreichung der Ernährung und Flüssigkeiten über eine PEG-Sonde, regelmäßige Blutdruck- und Pulskontrollen, Überwachung der Sauerstoffsättigung, Flüssigkeitsbilanzierung, Inhalationen, Absaugung über die Trachealkanüle, Trachealkanülenwechsel und -pflege sowie Katheterwechsel" angeführt sind (vgl. Seite 49 Rs. BA zu "Frage 3"), andererseits hiernach unter "Frage 4" allein mitgeteilt wird, als verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme werde der Versicherte 2 x täglich abgesaugt im Rahmen der Grundpflege (je 2 Minuten)" (Bl. 50 BA oben). Warum nicht auch für die Sondenernährung mit Medikamentengabe etc., mithin für sämtliche der unter 3) durch die Sachverständige aufgeführten Verrichtungen Zeitaufwand anfallen sollte - der nach der in 2014 bis 2017 bestehenden Gesetzesfassung und Rechtslage allein durch die Beklagte zu gewähren war - erschließt sich nicht und konnte durch die Beklagte auch im Rahmen der mündlichen Verhandlung nicht für die Kammer plausibel erläutert werden. Nachdem etwa im Urteil des BSG vom 17.06.2010, Az. [B 3 KR 7/09 R](#), Rz. 34, juris, allein für Hilfe bei der Zuführung von Sondennahrung über die PEG-Sonde ein in anderer Sache ermittelter Zeitwert von 35 Minuten zitiert wird, erscheint für die Kammer ausgeschlossen, dass der neben dem Trachealkanülenabsaugen behandlungsspezifisch tatsächlich angefallene weitere tägliche Zeitaufwand Null betragen sollte.

II. Damit erbringt die Beklagte hinsichtlich des unbewerteten Zeitaufwands für die Verrichtungen Medikamentengabe, Verabreichung der Ernährung und Flüssigkeiten über eine PEG-Sonde, regelmäßige Blutdruck- und Pulskontrollen, Überwachung der Sauerstoffsättigung, Flüssigkeitsbilanzierung, Inhalationen, Trachealkanülenwechsel und -pflege sowie Katheterwechsel zu Unrecht keine vollständigen Leistungen an den Kläger, sondern lässt den hierfür anfallenden - unbestimmten, aber offensichtlich nicht unbedeutenden - Zeitaufwand unzutreffend in der allgemeinen Grundpflegezeit und damit ihren gedeckelten Sachleistungen als trägeridentische gesetzliche Pflegeversicherung aufgehen.

Welcher Zeitaufwand für diese bislang nicht bewerteten behandlungsspezifischen Verrichtungen tatsächlich anfällt, kann nach der im streitgegenständlichen Zeitraum ab 01.01.2019 geltenden Gesetzesfassung der [§§ 14](#) und [15 SGB XI](#) allerdings dahinstehen. Denn eine Neubewertung der Kostenabgrenzung nach Änderungsbegutachtung - die hier zur Nachholung der fehlenden Zeitaufwandsbewertung für die o. g. Verrichtungen erforderlich wäre - führt seit dem 01.01.2017 im Pflegegrad 5 gemäß Ziff. 6 der Kostenabgrenzungs-Richtlinie nach [§ 17 Abs. 1b SGB XI](#) vom 16.12.2016 pauschal zu 141 Minuten, für die die Pflegeversicherung die Kosten der Behandlungspflege zu tragen hat, soweit diese wie im vorliegenden Fall mit den körperbezogenen Pflegemaßnahmen von derselben Pflegekraft erbracht wird. Ob die nach August 2014 übernommenen hauswirtschaftlichen Pflegeleistungen der Ehefrau des Klägers ebenfalls eine leistungsrelevante geänderte Tatsachenlage bedingen, kann damit dahinstehen.

Der Bescheid der Beklagten vom 13.12.2018 war entsprechend dahin zu ändern, dass die Beklagte dem Kläger Behandlungspflege im Umfang von 21,65 Stunden täglich (1440 Minuten - 141 Minuten = 1299 Minuten, geteilt durch 60) zu gewähren hat.

III. Die Kostenentscheidung folgt mangels abweichender Veranlassungsgesichtspunkte dem für den Kläger erfolgreichen Ausgang der Sache.

Rechtskraft  
Aus  
Saved  
2022-03-29