

Abschrift



Sozialgericht Braunschweig

Im Namen des Volkes

Urteil

S 26 KR 94/19

In dem Rechtsstreit

← Mdt. z. K. Rücksprache	Wiedervoriage →	
DGB Rechtsschutz GmbH Büro Braunschweig		
02. MAI 2022		
Erledigt	Fristen + Termine	Bearbeitet

– Kläger –

Prozessbevollmächtigte:
DGB Rechtsschutz GmbH,
Wilhelmstraße 5, 38100 Braunschweig

gegen

– Beklagte –

hat die 26. Kammer des Sozialgerichts Braunschweig auf die mündliche Verhandlung vom 25.02.2022 durch die Richterin am Sozialgericht ... sowie die ehrenamtliche Richterin ... und den ehrenamtlichen Richter ... für Recht erkannt:

Die Bescheide der Beklagten vom 7. August 2018 und 18. August 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. Februar 2019 werden aufgehoben und die Beklagte wird verpflichtet, dem Kläger die Kosten für die häusliche Krankenpflege für die Zeit vom 1. August 2018 bis 31. August 2018 in Höhe von 104,45 Euro zu erstatten.

Die Beklagte erstattet die außergerichtlichen Kosten des Klägers.

Tatbestand

Im Streit steht die Übernahme der Kosten der häuslichen Krankenpflege für die Zeit vom 1. August 2018 bis 31. August 2018.

Bei dem 1963 geborenen Kläger wurde am 8. Juni 2018 eine Os naviculare Fraktur links (Fußwurzelbruch) diagnostiziert. Vom 29. Juni 2018 bis 3. Juli 2018 erfolgte insofern die stationäre Aufnahme in die Orthopädische Klinik des ... (HEH-Klinik) bei häuslichem Versorgungsproblem mit Sturzneigung an Unterarmgehstützen durch die nötige Entlastung im Gips und bekannter Epilepsie mit Grand mal Anfall in der Nacht vom 27. Juni 2018. Laut Entlassungsbericht vom 3. Juli 2018 wurde der Kläger unter stationären Bedingungen mobilisiert unter beaufsichtigter Entlastung des linken Fußes. Im Verlauf wurde ein Va-cuPed Stiefel angepasst und die Mobilisation unter Teilbelastung geübt. Der Sozialdienst organisierte außerdem die häusliche Versorgung. Das Krankenhaus stellte insofern am 3. Juli 2018 eine Verordnung für häusliche Krankenpflege im Sinne von Unterstützungspflege im Bereich der Grundpflege im Umfang von zweimal wöchentlich für die Zeit vom 6. Juli 2018 bis 12. Juli 2018 aus. Für diesen Zeitraum übernahm die Beklagte die Kosten für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die durch den Pflegedienst der D. gGmbH erbracht wurden (Bescheid vom 12. Juli 2018).

In der Folgezeit verordnete der Allgemeinmediziner Dr. W. weiterhin häusliche Krankenpflege für die Zeit vom 11. Juli 2018 bis 24. Juli 2018 (Verordnung vom 11. Juli 2018), vom 25. Juli 2018 bis 5. August 2018 (Verordnung vom 23. Juli 2018) und vom 6. August 2018 bis 31. August 2018 (Verordnung vom 8. August 2018). Mit zwei Bescheiden vom 7. August 2018 übernahm die Beklagte insofern die Kosten vom 13. Juli 2018 bis zum 24. Juli 2018 vom 25. Juli 2018 bis zum 30. Juli 2018.

Mit einem weiteren Bescheid vom 7. August 2018 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme über den 30. Juli 2018 hinaus bis zum 5. August 2018 ab. Die Kostenübernahme für die Zeit vom 6. August 2018 bis 31. August 2018 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 30. August 2018 ab.

Gegen beide Ablehnungsbescheide legte der Kläger Widerspruch ein und verwies auf seine eingeschränkte Mobilität. Seine gesundheitliche Situation habe sich nicht gebessert und er sei immer noch auf Unterstützung gerade im Bereich der Grundpflege angewiesen. So drohe er in der Dusche auszurutschen, wenn keine Hilfestellung gegeben sei. Die Beklagte forderte den Kläger sodann zur Vorlage einer ausführlichen Begründung und Stellungnahme des behandelnden Arztes auf zur Prüfung durch den Medizinischen Dienst. Da keine Unterlagen vorgelegt wurden, half die Beklagte dem Widerspruch mit Bescheid vom 21. Februar 2019 nicht ab und

verwies auf die Regeldauer von vier Wochen, welche am 30. Juli 2018 abgelaufen sei. Mangels Stellungnahme des behandelnden Arztes habe nicht geprüft werden können, ob die beantragte Grundpflege über vier Wochen hinaus erforderlich gewesen sei.

Hiergegen richtet sich die vorliegende Klage, mit der der Kläger sein bisheriges Vorbringen bekräftigt und nunmehr die Erstattung der selbst aufgetragenen Kosten für die häusliche Krankenpflege für den Monat August 2018 in Höhe von 104,45 Euro geltend macht (Rechnung der Diakoniestation Edemissen gGmbH vom 6. September 2018).

Der Kläger beantragt,

die Bescheide der Beklagten vom 7. August 2018 und 30. August 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. Februar 2019 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger die Kosten für die häusliche Krankenpflege für die Zeit vom 1. August 2018 bis 31. August 2018 in Höhe von 104,45 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hält ihre Entscheidung für zutreffend.

Das Gericht hat Stellungnahmen des Allgemeinmediziners Dr. W. vom 14. Juli 2021 und vom 13. September 2021 eingeholt.

Außer der Gerichtsakte hat die den Kläger betreffende Verwaltungsakte der Beklagten vorgelegen und war Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird auf den Inhalt der Akten und die Sitzungsniederschrift vom 25. Februar 2022 ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Klage ist begründet.

Die Bescheide der Beklagten vom 7. August 2018 und 30. August 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. Februar 2019 sind rechtswidrig und verletzen den Kläger daher

in seinen Rechten. Der Kläger hatte entgegen der Auffassung der Beklagten in der Zeit vom 1. August 2018 bis 31. August 2018 Anspruch auf häusliche Krankenpflege. Er kann deshalb von der Beklagten die Erstattung der in der Zeit vom 1. August 2018 bis 31. August 2018 aufgewendeten Kosten für die häusliche Krankenpflege in Höhe von 104,45 Euro beanspruchen. Die Beklagte hat die Übernahme dieser Kosten zu Unrecht abgelehnt.

Gemäß § 37 Abs. 1a Satz 1 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch <SGB V> (hier in der Fassung vom 4. April 2017) erhalten Versicherte an geeigneten Orten im Sinne von § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches vorliegt, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht gemäß § 37 Abs. 1a Satz 2 SGB V i.V.m. § 37 Abs. 1 Satz 4 SGB V bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275 SGB V) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist (§ 37 Abs. 1a Satz 2 SGB V i.V.m. § 37 Abs. 1 Satz 5 SGB V).

Insofern scheidet der Anspruch des Klägers vorliegend nicht daran, dass der Medizinische Dienst mangels Angaben des behandelnden Arztes im Verwaltungsverfahren keinen begründeten Ausnahmefall feststellen konnte, wie es für die weitere Gewährung von häuslicher Krankenpflege über den Zeitraum von vier Wochen hinaus erforderlich gewesen wäre. In diesem Zusammenhang ist nämlich zu beachten, dass hier eine Nachfrage beim verordnenden Arzt weder durch die Beklagte noch den Medizinischen Dienst erfolgt ist, obwohl sich dies im Rahmen der Amtsermittlung aufgedrängt hätte. Stattdessen wurde lediglich der Kläger zur Vorlage entsprechender Unterlagen aufgefordert. Unter diesen Umständen reicht es aus Sicht der Kammer aus, wenn der behandelnde Arzt die erforderlichen Angaben nach Aufforderung des Gerichts im Klageverfahren nachreicht.

In seiner Stellungnahme vom 14. Juli 2021 hat sich Dr. W. dabei zunächst nur auf die - hier nicht streitgegenständliche - Zeit bis 31. Juli 2018 bezogen und ausgeführt, dass der Kläger aufgrund des Bruchs der Fußwurzel links am 8. Juni 2018 für 8 Wochen immobil gewesen sei. Zusätzlich sei in dieser Zeit ein Krampfanfall bei bekannter Epilepsie aufgetreten. In Übereinstimmung mit der behandelnden Klinik sei deshalb häusliche Krankenpflege bis 31. Juli 2018 verordnet worden. Für die Zeit ab dem 31. Juli 2018 bis zum 31. August 2018 ergänzte Dr. W. in seiner Stellungnahme vom 13. September 2021, dass noch Schmerzen und eine Schwellung am linken Fuß bestanden hätten. Es seien weiterhin fokale Anfälle aufgetreten.

Diese Angaben stützen nach Überzeugung der Kammer den streitigen Anspruch ebenso wie der Bericht der HEH-Klinik vom 3. Juli 2018. Darin wurde neben der allgemeinen körperlichen Schonung ausdrücklich eine Fortsetzung der Ruhigstellung des linken Fußes bis zum 22. Juli 2018 empfohlen sowie die Mobilisation an Unterarmgehstützen mit max. 15 kg Teilbelastung. Hieraus lässt sich eine fehlende Belastbarkeit im August 2018 ebenso ableiten wie aus den ergänzenden Angaben von Dr. W. Insbesondere leuchtet unmittelbar ein, dass nach der langen Immobilität noch eine längere Zeit der Genesung bis zum Erreichen einer ausreichenden Belastbarkeit erforderlich war. Darüber hinaus war der Verlauf hier durch den Grand mal Anfall geprägt, der die längere Rekonvaleszenzzeit ebenfalls erklärt, zumal nach den Angaben von Dr. W. in der streitigen Zeit weitere fokale Anfälle auftraten. Die deshalb weiterhin anzunehmende Sturzgefahr bei immer noch eingeschränkter Mobilität rechtfertigt nach Überzeugung der Kammer vorliegend die Verordnung häuslicher Krankenpflege über die vierte Woche hinaus.

Etwas Anderes folgt auch nicht aus den Angaben des Pflegedienstes. Zwar hatte dieser in einem Telefonat mit der Beklagten am 12. Juli 2018 mitgeteilt, dass sich der Kläger selbst versorgen könne, er habe den Fuß in einer großen Schaumstoffschiene. Er dürfe den Fuß auch teilbelasten. Seine Unterarmgehstützen seien schlecht eingestellt gewesen. Dies habe der Pflegedienst einmal für ihn gemacht, so dass er nun allein zurechtkommen müsse. Grund der Verordnung sei ein epileptischer Anfall aufgrund von Überanstrengung gewesen, was mit den eingestellten Stützen nun aber nicht mehr vorkommen sollte. Diese erste Einschätzung revidierte der Pflegedienst allerdings bei einem weiteren Telefonat mit der Beklagten am 7. August 2018 und gab laut Vermerk der Beklagten glaubhaft an, dass der Kläger die weitere Versorgung benötige. Vor diesem Hintergrund übernahm die Beklagte denn auch die Kosten für die Regeldauer von vier Wochen, hier also bis zum 30. Juli 2018.

Der Kläger selbst hatte der Beklagten am 7. August 2018 außerdem telefonisch mitgeteilt, dass er eine Schiene am linken Bein habe. Diese dürfe er entgegen der Aussage des Pflegedienstes nicht wirklich belasten, sondern nur ablegen. Bei ihm zu Hause gebe es nur eine Badewanne mit erhöhtem Einstieg, so dass er nicht allein in die Badewanne komme. Aufgrund dieser Gegebenheiten hatte schon die HEH-Klinik dem allein lebenden Kläger häusliche Krankenpflege verordnet (vgl. Verordnung vom 3. Juli 2018 und Entlassungsbericht vom 3. Juli 2018). An dem entsprechenden Pflegebedarf hat sich im August 2018 bei noch nicht wieder hergestellter Belastbarkeit offensichtlich nichts geändert, was im Ergebnis sowohl der Pflegedienst als auch Dr. W. bestätigen.

Nach alledem ist der über die Regeldauer von vier Wochen hinaus andauernde Unterstützungsbedarf im Rahmen der Grundpflege plausibel. Insgesamt sind somit nach Überzeugung der

Kammer die Voraussetzungen für die Gewährung häuslicher Krankenpflege für die Zeit vom 1. August 2018 bis 31. August 2018 nachgewiesen.

Die angefochtene Entscheidung der Beklagten konnte daher keinen Bestand haben und die Beklagte war zur Erstattung der Kosten der häuslichen Krankenpflege in Höhe von 104,45 Euro zu verpflichten.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 Abs. 1 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Die Berufung war nicht zuzulassen. Gründe für die Zulassung der Berufung gemäß § 144 Abs. 2 SGG liegen nicht vor.

Rechtsmittelbelehrung

Dieses Urteil kann nicht mit der Berufung angefochten werden.

Die Nichtzulassung der Berufung kann mit der Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde ist innerhalb **eines Monats** nach Zustellung des Urteils bei dem Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Georg-Wilhelm-Str. 1, 29223 Celle, oder bei der Zweigstelle des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen schriftlich oder in elektronischer Form oder zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzu-legen. Rechtsanwälte, Behörden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts ein-schließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammen-schlüsse müssen die Berufung als elektronisches Dokument übermitteln (§ 65d Satz 1 Sozial-gerichtsgesetz - SGG). Gleiches gilt für die nach diesem Gesetz vertretungsberechtigten Per-sonen, für die ein sicherer Übermittlungsweg nach § 65a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGG zur Verfü-gung steht.

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist oder
- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. § 65a Abs. 4 SGG eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifi-zierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rah-menbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung. Über das Justizportal des Bundes und der Länder (www.justiz.de) können weitere Informationen über die Rechtsgrundlagen, Bearbeitungsvoraussetzungen und das Verfahren des elektronischen Rechtsverkehrs abgerufen werden.

Die Beschwerde soll das angefochtene Urteil bezeichnen und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Die Beschwerde kann nur darauf gestützt werden, dass

- die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat,
- das Urteil von einer Entscheidung des Landessozialgerichts, des Bundessozialge-richts, des gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht,
- ein der Beurteilung des Berufungsgerichts unterliegender Verfahrensmangel geltend gemacht wird und vorliegt, auf dem die Entscheidung beruhen kann.

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht zu-gelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revi-sion ist innerhalb **eines Monats** nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Braun-schweig, Wilhelmstraße 55, 38100 Braunschweig, schriftlich oder in elektronischer Form zu stellen. Rechtsanwälte, Behörden oder juristische Personen des öffentlichen Rechts ein-schließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammen-schlüsse müssen den Antrag als elektronisches Dokument übermitteln (§ 65d Satz 1 SGG). Gleiches gilt für die nach diesem Gesetz vertretungsberechtigten Personen, für die ein siche-erer Übermittlungsweg nach § 65a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGG zur Verfügung steht. Die Zustim-mung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Frist für die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Berufung von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Erfolgt die Zustellung im **Ausland**, so gilt anstelle aller genannten Monatsfristen eine Frist von **drei Monaten**.