

Urteil: Krankenkasse muss Kosten für Mobilisation tragen

Erfolgreich gewehrt

Beim Thema Häusliche Krankenpflege stärkte das Bayerische Landessozialgericht die Rechte einer Versicherten. Es stellte klar: Mobilisation gehört im Fall der Betroffenen in den Leistungsbereich der Krankenkasse und darf nicht zu Lasten der Pflegeversicherung in diese verschoben werden.

Von Dr. Frank Ziesche

LSG Bayern,
Urteil vom
1. Juli 2004,
Az.: L 4 KR
179/02



Dr. Frank Ziesche,
Lehrbeauftragter für Sozialrecht und Ökonomie des Gesundheitswesens an der FH für Ökonomie und Management (Essen), freier Mitarbeiter der Unternehmensberatung Wißgott (Bochum)

Seit Einführung der Pflegeversicherung versuchen Krankenkassen Leistungen aus ihrem Finanzbereich herauszuberechnen und der Pflegeversicherung zuzuordnen. Mit Einführung der Richtlinien Häusliche Krankenpflege wurde diese Verschiebep Praxis zwar etwas eingedämmt. Andererseits ist aber auf Seiten der Betroffenen und der Leistungserbringer immer wieder kritisiert worden, dass die Richtlinien den Bereich der Häuslichen Krankenpflege viel zu weit einschränken. In der Tat entscheiden Krankenkassen in Berufung auf die Richtlinien, ohne Rücksicht auf die Frage, was im Einzelfall notwendig ist. Gerade um Leistungen abzulehnen, sind die Richtlinien für Krankenkassen ein willkommenes Argument. Dieser Praxis hat ein Urteil des Bayerischen Landessozialgerichtes vom 1. Juli 2004 (AZ.: L 4 KR 179/02) gegen die AOK Bayern Einhalt geboten: Geklagt hatte eine Versicherte, der zur Unterstützung ärztlicher Behandlung Bewegungsübungen verordnet worden waren. Ziel war die Funktionserhaltung bei schwerer Polyarthrose. Eine Verschlimmerung von Gelenkversteifungen und Muskelatrophie sollte vermieden, eine durch die Bettlägerigkeit mögliche hypostatische Bronchopneumie verhindert werden. Die AOK aber weigerte sich, diese Verordnungen anzuerkennen.

Grundsätzlich lassen sich drei Möglichkeiten der Zuordnung von Leistungen wie Bewegungsübungen, Spazierengehen (das vom Bundessozialgericht bereits in einem bisher wenig beachteten Urteil

der Behandlungspflege zugeordnet worden ist) oder auch das Lagern aus Gründen der Dekubitusprophylaxe denken. Entweder Leistungen sind dem Bereich des SGB XI oder dem der Krankenkasse zugeordnet oder es handelt sich um eine unversorgte Leerstelle im System der sozialen Sicherung in Deutschland. Im Folgenden soll erörtert werden, wohin diese Leistungen gehören:

Krankenkasse: Mobilisation gehört zum SGB XI-Bereich

Nach Ansicht der Krankenkassen gehören die Leistungen der Mobilisation in den Bereich der Pflegeversicherung. Diese Sicht spiegelt sich auch in den Leistungskomplexen der Pflegeversicherung in den Ländern wider. Als prophylaktische Maßnahmen, so die häufig genutzte Argumentation, gehören diese Einrichtungen zur aktivierenden Pflege und seien damit den Pflegeleistungen und dementsprechend auch der Pflegeversicherung zuzuordnen. Weiterhin wird regelmäßig darauf aufmerksam gemacht, dass die Richtlinien Häusliche Krankenpflege diese Leistungen explizit ausschließen.

Um solche Leistungen dem SGB XI zuordnen zu können, müsste es sich um eine gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Einrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens handeln. Man könnte argumentieren, dies sei der Fall, weil jeder gesunde Mensch regelmäßig seine Gelenke durchbewegt oder sich nachts im Bett selbst umlagert. Doch tut er dies nicht aus prophylaktischen Gründen, son-

dern gewissermaßen automatisch nebenbei und bei der Verfolgung anderer Ziele. Daher stellt sich die Frage, ob eine Bewegungsübung aus medizinischen Gründen, die allein vollzogen wird, um eine Krankheit zu vermeiden, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Schmerzen zu lindern dem gleichgestellt werden kann. Schon der Wortlaut des Gesetzes weist in eine andere Richtung. In § 14 Abs. 4 SGB XI werden abschließend die Formen der Mobilität aufgezählt: selbstständiges Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen und das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung. Im vorliegenden Fall geht es um keinen dieser Sachverhalte. Realistischerweise ist im vorliegenden Fall auch keine dieser Einrichtungen in irgendeiner Form Ziel der Maßnahme. Eine Leistung der Pflegeversicherung liegt also nicht vor.

Zusammenhang mit SGB XI-Leistungen prüfen

Zwar können, wie das bayerische Landessozialgericht in Anlehnung an die ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes feststellt, auch Leistungen, die nicht in den engen Bereich der Pflegeversicherung gehören, in die Finanzierungsverantwortung der Pflegekasse übergehen. Allerdings sind hierbei strenge Voraussetzungen zu beachten. So müssen die beiden Leistungen nicht nur zeitgleich erbracht werden, sondern auch in einem zwangsläufigen Zusammenhang stehen. Dies kann auch im vorliegenden Fall eine Rolle spielen. So etwa, wenn das Durchbewegen der Gelenke im Rahmen der Körperwäsche vollzogen wird. Hierbei wird, um die Körperpflege sachgemäß durchführen zu können, zumindest auch ein Teil der Gelenke bewegt werden müssen. Bei solchen Fallgestaltungen ging zumindest bisher das Bundessozialgericht davon aus, dass die Leistung der Pflegeversicherung das behandlungspflegerische Tun dermaßen überformt, dass es angemessen ist, diese Leistung auch dem Finanzbereich der Pflegeversicherung zuzuordnen. Allerdings sind diese Zeiten dann auch bei der Berechnung der

► Praxis-Tipp

Eine Ablehnung einer ärztlichen Verordnung, weil eine Leistung nicht in den Richtlinien verzeichnet ist, muss nicht zutreffend sein. **Eine Gegenwehr kann erfolgreich sein.** Dies gilt besonders dann, wenn die Maßnahme krankheitsbedingt verordnet wird und eine Krankheit heilt, ihre Verschlimmerung verhütet oder Beschwerden lindert.

Pflegestufe zu berücksichtigen. Sofern also eine Krankenkasse ausgiebige Zeiten der Mobilisation nicht bezahlen möchte, sondern im Bereich der Pflegeversicherung verortet, sollte im Gutachten geprüft werden, ob diese Zeiten dort Berücksichtigung gefunden haben. Sind die Zeiten nicht berücksichtigt, obwohl sie zum Zeitpunkt der Einstufung bereits bekannt waren, ist dies bereits ein Indiz, dass es sich nicht um SGB XI-Leistungen handelt. Die Betroffenen (nicht der Pflegedienst) haben einen Rechtsanspruch auf die Übersendung des MDK-Gutachtens. Sobald aber Übungen losgelöst von der eigentlichen Grundpflege erbracht werden, können die Zeiten nicht mehr bei der Errechnung der Pflegestufe verwandt werden, sondern gehen in den Bereich der Behandlungspflege über, wenn sie nicht ein ungesichertes Risiko der allgemeinen Lebensführung darstellen.

Mobilisation – ein ungesichertes Risiko?

Grundsätzlich wäre denkbar, wenn die Mobilisation, wie aufgezeigt, nicht in die Pflegeversicherung gehört, dass es sich hierbei um ein unversichertes Risiko handelt. Immerhin, so könnte man argumentieren, ist diese Leistung nicht in den Richtlinien Häusliche Krankenpflege verzeichnet. In diesem Fall müsste die Betroffene die Rechnung aus eigener Tasche zahlen. Nachrangig wäre an eine Leistungspflicht des Sozialhilfeträgers zu denken. Hier käme allerdings nicht § 48 XII in Frage, da die Leistungsbeschreibung dort an das SGB V gebunden ist, sondern wären die Leis-

Betroffene haben Anspruch auf Übersendung des MDK-Gutachtens.

► www.uw-b.de

Rückfragen und Kontakt zum Autor über www.uw-b.de

tungen nach § 61 SGB XII einschlägig. Ein unversichertes Risiko wären diese Leistungen faktisch auch, wenn sie dem SGB XI zugeordnet werden würden. Besonders in den Pflegestufen I und II wird schon bereits jetzt in der Regel die Sachleistung voll ausgeschöpft. Die oftmals aufwändigen und auch in häufiger Frequenz zu erbringenden Leistungen können einen durchschnittlichen Geldbeutel leicht überfordern. Auch in diesen Fällen lägen dann die Kosten letztlich beim Sozialhilfeträger. Zwar ist bei der Abfassung des Pflegeversicherungsgesetzes der Teilkaskocharakter der Versicherung bewusst gewesen. Allerdings war damit nicht beabsichtigt, Krankheiten nicht mehr angemessen zu behandeln. Vielmehr war eher die Vorstellung maßgeblich, dass nicht ausreichend erbrachte grundpflegerische Leistungen unangenehm sind, jedoch nicht gesundheitsgefährdend. Der Bereich Gesundheit aber ist der Krankenversicherung zugeordnet.

Gericht: Behandlungspflege ist, was nicht Grundpflege ist

Der Gesetzgeber hat zwar einen Anspruch der Versicherten auf Behandlungspflege festgeschrieben (§ 37 SGB V) allerdings darauf verzichtet zu definieren, was genau unter Behandlungspflege zu verstehen ist. Das Bayerische Landessozialgericht folgert hieraus, dass sich in der Regel die Behandlungspflege aus dem Gegensatz zur Grundpflege des SGB XI versteht. Da die Grundpflege relativ deutlich und abschließend in § 14 SGB XI festgelegt wurde, soll, was dort nicht aufgeführt ist, der Behandlungspflege zugeordnet werden, wenn es die allgemeinen Regelungen des SGB V erfüllt. Hiernach haben Versicherte Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn die Behandlung krankheitsbedingt erfolgt und darauf zielt, die Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder die Krankheitsbeschwerden zu lindern (vgl. § 27 SGB V) und darüber hinaus dem Wirtschaftlichkeitsgebot entspricht (§ 12 SGB V). Diese Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall erfüllt. Fragt sich nur, wie das Fehlen dieser Leistung in den Richt-

linien zu bewerten ist?

Grundsätzlich bezweifelt das Landessozialgericht Bayern die Gültigkeit der Richtlinien nicht. Doch können die Richtlinien nach Ansicht der bayerischen Sozialrichter nicht als abschließend betrachtet werden. Sofern Leistungen verordnet werden, die nicht in den Richtlinien verzeichnet sind, können diese nur dann abgewiesen werden, wenn sie den Rahmen der §§ 27 und 12 SGB V verlassen. Das Gesetz also korrigiert die Richtlinien und nicht umgekehrt. Die Mobilisation gehört also im vorliegenden Fall eindeutig in den Bereich der Behandlungspflege und ist damit Finanzaufgabe der Krankenkassen. Eindeutig formuliert das Urteil:

„Die HKP-Richtlinien können Leistungen, die sich im Rahmen von §§ 27 und 12 halten, nicht aus dem von § 37 Abs.2 Satz 1 SGB V abzudeckenden Spektrum ausschließen.“

Das Bayerische Landessozialgericht hat zwar die Revision zugelassen, allerdings nicht, weil es Zweifel an der Zuordnung zur Krankenkasse hat, sondern weil es die Klärung ermöglichen möchte, ob diese Leistungen dann von Krankengymnasten ausgeführt werden müssen oder von Pflegediensten vollzogen werden können.

Dieses Urteil geht in seiner Bedeutung weit über die reine Frage der Mobilisation hinaus. Schon im Vorfeld des Verfahrens nahm nämlich die beklagte AOK ihre Ablehnung der Dekubitusverhütung zurück. Auch bei dieser Leistung, erst recht aber bei einer Versorgung eines Dekubitus 1. Grades, dürfte es sich in der Regel um eine behandlungspflegerische Maßnahme handeln.

Das Verfahren liegt nun dem Bundessozialgericht (BSG) zur Entscheidung vor. Man darf gespannt sein, ob das höchste Sozialgericht erneut die Rechte der Versicherten deutlich erweitern wird oder sich dem Druck der leeren Kassen beugt. Angesichts der Leitschnur der Auslegung des Sozialgesetzbuches, wonach „die sozialen Rechte möglichst weitgehend verwirklicht werden“ sollen (§ 2 Abs.2 SGB I), ist ersteres zu erhoffen und eigentlich auch zu erwarten. ■