

Titel:

Außerklinische Intensivpflege

Normenkette:

SGB V § 37c

Leitsatz:

Zu den Voraussetzungen für den Erlass einer einstweiligen Anordnung hinsichtlich außerklinischer Intensivpflege für Beatmung und Sekretabsaugung bei ALS und Schlaganfall.

Schlagwort:

außerklinische Intensivpflege

Fundstelle:

BeckRS 2026, 1195

Tenor

I. Die Antragsgegnerin wird im Wege der einstweiligen Anordnung verpflichtet, dem Antragsteller über die bewilligten 8 Nachtstunden hinaus vorläufig Leistungen der außerklinischen Intensivpflege ab 06.02.2026 bis 19.03.2026, längstens jedoch bis zum Eintritt der Bestandskraft der Hauptsache, in Form von Bedienung und Überwachung des Beatmungsgeräts, Anwendung des Cough Assist, Absaugen der oberen Atemwege und Interventionsbereitschaft im Umfang von weiteren 14 Stunden 16 Minuten täglich an 7 Tagen wöchentlich gemäß der ärztlichen Verordnung des F. vom 18.11.2025 zu gewähren.

II. Im Übrigen wird der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung abgelehnt.

III. Die Antragsgegnerin hat dem Antragsteller dessen notwendige außergerichtliche Kosten zu erstatten.

Gründe

I.

1

Gegenstand des Antragsverfahrens ist ein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V).

2

Der am 1964 geborene Antragsteller leidet seit 2024 an der Motoneuronerkrankung Amyotrophe Lateralsklerose (kurz: „ALS“; ICD-10: G 12.2 G) mit immer rascher fortschreitender Progredienz und zunehmender Atemnot und Kurzatmigkeit (Dyspnoe), Lähmungen an Armen und Beinen sowie nachlassender Muskelkraft, Atempumpenschwäche, progredienter Schluckstörung (Dysphagie) und abgeschwächtem Hustenstoß. Der Antragsteller ist im Besitz eines NIV-Beatmungsgeräts (Maskenbeatmung), das durchgehend nachts und intermittierend tagsüber zum Einsatz kommt.

3

Darüber hinaus besteht COPD, eine Lungenerkrankung, mit Stadium III/A-c nach Gold (ICD-10: J 44.99) sowie insulinpflichtiger Diabetes mellitus. Es bestehen eine Harn- und partielle Stuhlinkontinenz.

4

Der Antragsteller erlitt im Juli 2024 einen Schlaganfall durch Aneurysma. Die Arme kann er nicht mehr bewegen, die Hände nur noch in minimalem Umfang.

5

Aufgrund der sich entwickelnden Immobilität ist der Antragsteller seit geraumer Zeit nahezu ausschließlich bettlägerig.

6

Der Antragsteller ist in den Pflegegrad 4 eingestuft.

7

Der Antragsteller kann nicht mehr von selbst abhusten, wenn sich Schleim in seinem Mund- und Rachenraum ansammelt. Diese Situationen führen bei dem Antragsteller zu schweren Angst- und Panikattacken. Die Gefahr des jederzeit möglichen Erstickens, wenn nicht unmittelbar durch eine geschulte Pflegefachkraft eingegriffen wird, ist hoch, denn der Antragsteller verschleimt in unregelmäßigen Abständen zu nicht planbaren Zeiten sowohl tagsüber als auch nachts.

8

Im Juli 2025 wurde am Krankenhaus M. M-Stadt, Klinik für Innere Medizin/ Pneumologie, die Beatmung des Antragstellers mittels NIV eingeleitet, also einer Maske, die sowohl das Ein- als auch das Ausatmen mit unterschiedlichen Druckniveaus unterstützt. Bei einem zweiten stationären Aufenthalt im Krankenhaus M. vom 13.10. bis zum 15.10.2025 wurde die NIV-Beatmung kontrolliert und in ihren Einstellungen optimiert. Im vorläufigen Entlassungsbericht der Klinik wurde als aktuelle Diagnose angegeben: „Dyspnoe bei beginnender respiratorischer Insuffizienz im Rahmen der Motoneuronerkrankung“.

9

Der Internist und Pneumologe F. verordnete am 18.11.2025 außerklinische Intensivpflege für die Zeit vom 16.11. bis zum 15.05.2026 für Beatmung (begonnen am 01.07.2025), nichtinvasiv, Maskentyp Mund-Nase, Beatmungsdauer 3h pro Tag und 4h pro Nacht, im erforderlichen Leistungsumfang von 24h pro Tag. Eine Mitwirkung bei der Pflege sei nicht möglich, die Kommunikation und Verständigung seien eingeschränkt, Orientierung sei nicht vorhanden.

10

Ebenso erstellte F. am 18.11.2025 einen Behandlungsplan, der folgende Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege beschrieb:

- Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter: „RR, Puls, SpO₂, Temp“
- Sekretmanagement: Absauggerät bei Bedarf, Inhalationsgerät bei Bedarf mit NaCl
- Dysphagiemanagement: Hustenassistent
- Bedienung und Überwachung des Beatmungsgeräts, Beatmungsgrundlagen: APCV
- Sauerstoffinsufflation: nein

11

Der ambulante Intensivpflegedienst A. aus A-Stadt. übernahm die Versorgung des Antragstellers „rund um die Uhr“.

12

Der Medizinische Dienst (MD) Bayern stellte in seinem Gutachten vom 17.12.2025 aufgrund einer persönlichen Begutachtung des Antragstellers, die am 15.02.2025 stattgefunden habe, Folgendes fest: der Versicherte leide unter einer respiratorischen Teilinsuffizienz bei Atempumpenschwäche aufgrund einer Motoneuron-Krankheit, wegen der im zeitlich begrenzten Umfang von einigen Stunden pro Nacht eine nichtinvasive Beatmung über eine Nasenmaske, Mund-Nasen-Maske, notwendig sei. Aufgrund der fortgeschrittenen motorischen Einschränkungen könne der Versicherte das Beatmungsgerät nicht selbst bedienen und benötige eine geschulte Person zum Anlegen und Abnehmen sowie gegebenenfalls Korrigieren des Sitzes der Beatmungsmaske. Der Versicherte sei nicht in der Lage, auf etwaige Fehlfunktionen des Beatmungsgeräts selbst aufmerksam zu machen. Lebensbedrohliche Situationen mit nicht planbarem Interventionsbedarf aus vitaler Indikation träten bislang nicht täglich bzw. nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit auf. Dennoch könne anhand der vorliegenden Informationen festgestellt werden, dass die nächtliche Beatmung aus medizinischer Indikation erforderlich sei. Bei dem Versicherten seien zusätzliche Maßnahmen zum Sekretmanagement intermittierend erforderlich. Diese seien derzeit jedoch in der Regel planbar zu den Mahlzeiten/zur Flüssigkeitsaufnahme. Zur Sicherstellung der aufwändigen Versorgung entsprechend Pflegegrad 4 müsse eine in der speziellen Pflegesituation geschulte Person zeitnah im Wohnumfeld verfügbar sein. Die Person müsse in den Umgang mit dem Beatmungsgerät sowie dem mechanischen Hustenassistenten eingewiesen sein. Sie müsse die korrekte Funktion des Beatmungsgeräts sowie den korrekten Sitz der Atemmaske während der Einsatzzeiten wiederholt prüfen und auf Gerätealarme adäquat reagieren können.

13

Eine Beurteilung bezüglich der Einsatzmöglichkeiten von Angehörigen sei sozialmedizinisch nicht möglich.

14

Die Voraussetzungen für außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V seien für die Dauer der nächtlichen Beatmung erfüllt. Tagsüber werde auf geeignete Versorgungs- und Betreuungsstrukturen entsprechend SGB XI/SGB XII mit den Schwerpunkten Erhalt der Mobilität, Ernährung, Körperpflege, Ausscheidungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte sowie Einzelleistungen der HKP-Richtlinie verwiesen.

15

Die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die außerklinische Intensivpflege seien derzeit für die Dauer der nächtlichen Beatmung erfüllt, tagsüber sei eine durchgehende pflegerische Versorgung entsprechend Pflegegrad 4 ausreichend.

16

Mit Bescheid vom 18.12.2025 bewilligte die Antragsgegnerin dem Antragsteller außerklinische Intensivpflege für den Zeitraum vom 01.01. bis zum 15.05.2026 im Umfang von lediglich 8 Stunden täglich.

17

Dagegen legte der Antragsteller am 19.01.2026 (einem Montag) Widerspruch ein.

18

Der Pflegedienst A. nahm die Pflege trotz der Ablehnung höherer Leistungen auch über den 31.12.2025 hinaus im Umfang von 24h täglich wahr. Mit Schreiben vom 03.02.2026 kündigte er jedoch an, „die 1:1 Intensivversorgung zum 06.02.2026 um 13:00 Uhr einzustellen“, da die Kostenübernahme seitens der Krankenkasse nicht geklärt sei.

19

Am 03.02.2026 hat der Antragsteller beim Sozialgericht München den Erlass einer einstweiligen Anordnung beantragt.

20

Der Antragsteller macht geltend, die Zeiten, zu denen er der Beatmung durch die NIVMaske sowie der Sekretabsaugung mittels Cough Assist und Absauggerät bedürfe, träten mehrmals in der Nacht und tagsüber zu nicht planbaren und jeweils unterschiedlichen Uhrzeiten auf.

21

Der Antragsteller könne aufgrund seiner motorischen Fähigkeitseinschränkungen, die auch der MD in seinem Gutachten vom 17.12.2025 beschreibe, und der Atemnotpanik nicht selbst reagieren. Bei nicht rechtzeitiger, rascher Hilfe drohe der Antragsteller zu ersticken. Aufgrund der Paresen an Armen und Beinen sei der Antragsteller nicht in der Lage, in einer akuten Notsituation, auf die er panisch reagiere, die Beatmungsmaske zu korrigieren, das Beatmungsgerät einzustellen oder den Cough Assist anzuwenden oder sich selbst abzusaugen, um einen Erstickungszustand durch Verschleimung oder Verschlucken abzuwenden.

22

Die gegenteilige Auffassung der Antragsgegnerin sei abwegig und stelle für der Antragsteller eine nicht hinnehmbare Zumutung dar. Der Antragsteller drohe jedes Mal zu ersticken, wenn sich Schleim entwickle und er diesen aus eigener Kraft nicht abhusten könne, was täglich mehrmals und zu nicht vorhersehbaren Zeiten vorkomme. Es bestehe Lebensgefahr für den Antragsteller. Allein könne er in einer Paniksituation nicht selbst reagieren, er sei gelähmt und könne das Absauggerät und den Cough Assist nicht selbst bedienen.

23

Eine 24-stündige Pflegebereitschaft, die die Vitalwerte des Antragstellers kontrolliert und jederzeit im Falle eines Aspirationsereignisses verfügbar ist, sei aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.

24

Zur Glaubhaftmachung seines Vorbringens hat der Antragsteller die im Zeitraum vom 16.12. bis zum 28.12.2025 geführten Pflegeprotokolle exemplarisch vorgelegt.

25

Der Antragsteller verlangt eine Entscheidung bis zum 06.02.2026 um 10.00 Uhr. Dies ergebe sich daraus, dass der Pflegedienst angekündigt habe, am 06.02.2026 um 13.00 Uhr seine Leistungen einzustellen, sofern bis dahin keine Entscheidung vorliege, die sicherstelle, dass die Antragsgegnerin seine Kosten übernehme.

26

Der Antragsteller beantragt,

die Antragsgegnerin im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, dem Antragsteller über die bewilligten 8 Nachtstunden hinaus vorläufig Leistungen der außerklinischen Intensivpflege ab 06.02.2026 bis 15.05.2026, längstens jedoch bis zum Eintritt der Bestandskraft der Hauptsache, in Form von Bedienung und Überwachung des Beatmungsgeräts, Anwendung des Cough Assist, Absaugen der oberen Atemwege und Interventionsbereitschaft im Umfang von weiteren 14 Stunden 16 Minuten täglich an 7 Tagen wöchentlich gemäß der ärztlichen Verordnung des Herrn F. vom 18.11.2025 zu gewähren.

27

Die Antragsgegnerin hat sich zu dem Antrag nicht geäußert. Ihr wurde der am 03.02.2026 um 11:49 Uhr elektronisch eingegangene Antrag umgehend gegen elektronisches Empfangsbekenntnis an ihr besonderes elektronisches Behördenpostfach zugeleitet mit der Bitte um Äußerung bis 04.02.2026 und unter optischer Kennzeichnung als besonders eilig. Ein Zustellprotokoll für diese erste Zustellung liegt aufgrund der Besonderheiten des in der bayerischen Sozialgerichtsbarkeit eingesetzten Systems nicht vor, weil die Versendung im Interesse der besonderen Schnelligkeit noch vor „Veraktung“ vorgenommen wurde. Am 04.02.2026 wurde der Versand des Schreibens auf „regulärem“ elektronischen Wege wiederholt und der Eingang auf dem Server der Antragsgegnerin um 11:09 Uhr bestätigt, zeitgleich wurde ein Mahnschreiben versandt, das mit besonderen EilVermerken auf die Dringlichkeit hinwies und auch die Rücksendung der elektronischen Empfangsbekenntnisse anmahnte (Eingang ebenfalls um 11:09 Uhr auf dem Server der Antragsgegnerin). Trotzdem erfolgte bis zum Abend des 05.02.2026 keine Reaktion der Antragsgegnerin, nicht einmal eine Rücksendung der elektronischen Empfangsbekenntnisse.

28

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Gerichtsakte und die Behördenakte Bezug genommen.

II.

29

Das Sozialgericht München war zur Entscheidung in dem Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes als das Gericht der Hauptsache sachlich und örtlich zuständig (§ 86b Sozialgerichtsgesetz – SGG – in Verbindung mit §§ 8 und 57 SGG).

30

Der Antrag war in dem aus dem Tenor ersichtlichen Umfang zulässig und begründet. Lediglich hinsichtlich der Dauer der vorläufig bewilligten Maßnahme hat das Gericht in Ausübung seines insoweit bestehenden Ermessens Abstriche gemacht; darauf bezieht sich die teilweise Ablehnung des Antrags.

31

Die Regelungsanordnung setzt das Vorliegen eines Anordnungsgrundes – das ist in der Regel die Eilbedürftigkeit – und das Vorliegen eines Anordnungsanspruches – das ist der materiellrechtliche Anspruch, auf den der Antragsteller sein Begehren stützt – voraus. Die Angaben hierzu hat der Antragsteller glaubhaft zu machen (§ 86b Abs. 2 Sätze 2 und 4 SGG i.V.m. § 920 Abs. 2, § 294 Zivilprozessordnung; Keller in Meyer-Ladewig/ Keller/ Leitherer/ Schmidt, SGG, 12. Auflage 2017, § 86b Rdnr. 41). Glaubhaftmachung bedeutet überwiegende Wahrscheinlichkeit, d. h. dass mehr dafür als dagegen spricht (Keller in Meyer-Ladewig/ Keller/ Leitherer/ Schmidt, a. a. O., Rdnr. 16b).

32

Zwischen Anordnungsgrund und Anordnungsanspruch besteht dabei eine Wechselbeziehung. An das Vorliegen des Anordnungsgrundes sind dann weniger strenge Anforderungen zu stellen, wenn bei der Prüfung der Sach- und Rechtslage das Obsiegen in der Hauptsache sehr wahrscheinlich ist. Ist bzw. wäre eine in der Hauptsache erhobene Klage offensichtlich unzulässig oder unbegründet, so ist wegen des

fehlenden Anordnungsanspruches der Erlass einer einstweiligen Anordnung abzulehnen. Sind die Erfolgsaussichten in der Hauptsache offen, kommt dem Anordnungsgrund entscheidende Bedeutung zu. Soweit existenzsichernde Leistungen in Frage stehen, sind die Anforderungen an den Anordnungsgrund und den Anordnungsanspruch weniger streng zu beurteilen. In diesem Fall ist ggf. anhand einer Folgenabwägung unter Berücksichtigung der grundrechtlichen Belange des Antragstellers zu entscheiden (BVerfG vom 12.05.2005, a.a.O., und vom 22.11.2002, a.a.O.).

33

Da es vorliegend um Leistungen geht, von denen das Überleben des Antragstellers abhängt, sind die Anforderungen an die Glaubhaftmachung des Anordnungsanspruchs sehr niedrig anzusetzen.

34

Gemäß § 37c Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB V i.V.m. § 4 Abs. 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie/ AKI-RL) in der seit dem 01.01.2025 geltenden Fassung ist die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft notwendig ist, weil eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich ist, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können. Das Gericht hält es aufgrund des Vorbringens des Antragstellers für glaubhaft, dass die Voraussetzungen für einen Anspruch auf außerklinische Intensivpflege „rund um die Uhr“ vorliegen. Die Dauer von insgesamt 22 h 16 min täglich errechnet sich aus dem Abzug von 104 Minuten täglich aufgrund der Leistungen der Pflegeversicherung nach dem Pflegegrad 4 gemäß der aufgrund § 17 Abs. 1b SGB XI erlassenen Kostenabgrenzungsrichtlinie.

35

Insbesondere hält es das Gericht für glaubhaft, dass der Hilfebedarf des Antragstellers hinsichtlich NIV-Beatmung und Sekretmanagement mittels Cough Assist (einem Gerät, das zunächst einen Überdruck und dann plötzlich einen massiven Unterdruck erzeugt, und so bei geschwächter Atemmuskulatur den Effekt des Abhustens erzeugt) und Absauggeräts mehrfach täglich sowohl tagsüber als auch nachts zu unterschiedlichen Zeiten auftritt und somit nicht planbar ist. Dies ergibt sich aus den vorgelegten Pflegeprotokollen, die einen Zeitraum von 13 Tagen im Dezember 2025 exemplarisch abdecken und täglich die Zeiten der Beatmung und der Sekretabsaugung (inkl. Hustenhilfe) ausweisen.

36

Demgegenüber erscheinen die Feststellungen im Gutachten des MD Bayern vom 17.12.2025 fragwürdig. Dies beginnt schon damit, dass sich das Gutachten maßgeblich auf eine „persönliche Begutachtung des Versicherten mit Befragung, Befunderhebung und Auswertung der schriftlichen Unterlagen vor Ort am 15.02.2025 von 9:02 Uhr bis 10:36 Uhr“ stützt. Diese persönliche Begutachtung hatte also 10 Monate vor dem schriftlichen Gutachten stattgefunden, noch dazu zu einem Zeitpunkt, in dem die respiratorische Insuffizienz noch gar nicht oder jedenfalls in wesentlich milderer Form vorgelegen hatte, da diese erst ab Juli 2025 eintrat bzw. wesentlich schlimmer wurde. Es ist auch nicht nachvollziehbar, wie der MD zu seiner Einschätzung kam, Maßnahmen zum Sekretmanagement seien zwar „intermittierend erforderlich“, diese seien „derzeit jedoch in der Regel planbar zu den Mahlzeiten/Flüssigkeitsaufnahme“.

37

Der Anordnungsgrund, also die besondere Dringlichkeit, ergibt sich aus der Androhung des Pflegedienstes, seine Leistungen ohne weitere Kostenzusage einzustellen.

38

Die teilweise Ablehnung des Antrags bezieht sich darauf, dass der Antragsteller vorläufige Leistungen bis einschließlich 15.05.2026 (entsprechend der Geltungsdauer der ärztlichen Verordnung) beantragt, das Gericht aber vorläufige Leistungen nur bis zum 19.03.2026 zugesprochen hat.

39

Der Grund für diese zeitliche Beschränkung liegt darin, dass das Gericht in Ausübung des ihm hinsichtlich des Inhalts der einstweiligen Anordnung zustehenden freien Ermessens (§ 86b Abs. 2 Satz 4 SGG i.V.m. § 938 Abs. 1 ZPO) die vorläufige Verpflichtung der Antragsgegnerin auf einen Zeitraum von 6 Wochen – ab

dem 06.02.2026 gerechnet – begrenzt. Ein solcher Zeitraum erscheint angemessen angesichts der Tatsache, dass das Gericht durch den Druck, vor dem 06.02.2026 eine Entscheidung treffen zu müssen, praktisch keine Ermittlungsmöglichkeiten hatte, und die Leistungen, die zugesprochen werden, für die Antragsgegnerin finanziell sehr stark ins Gewicht fallen.

III.

40

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG analog.

41

Die teilweise Ablehnung des Antrags führt nicht zu einer Kostenbeteiligung des Antragstellers, weil die Unmöglichkeit jeglicher Ermittlungen des Gerichts in erster Linie auf das Verhalten der Antragsgegnerin zurückzuführen ist, die sich in dem Verfahren nicht geäußert hat.