

BUNDESSOZIALGERICHT Urteil vom 28.1.1999, B 3 KR 4/98 R

Krankenversicherung - Umfang der häuslichen Krankenpflege - Zusammenhang zwischen Begriffen "geboten" und "erforderlich" - Voraussetzung für Krankenhausbehandlung - Vermeidung - Kostenvergleich mit Spezialklinik - zweckmäßige und wirtschaftliche Aufgabenerfüllung - Vereinbarung - Krankenkasse - Pflegekasse - Feststellungsinteresse des Versicherten

Leitsätze

1. Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs 1 S 1 SGB 5 (Krankenhausersatzpflege) umfaßt Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nicht bei dauernder Pflegebedürftigkeit.
2. Der Anspruch eines Pflegebedürftigen auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs 2 S 1 SGB 5 (Behandlungssicherungspflege) umfaßt auch dann nicht die Grundpflege, wenn die Behandlungspflege ununterbrochen rund um die Uhr geleistet werden muß.

Tatbestand

Der Kläger begehrt von der beklagten Krankenkasse die Leistung häuslicher Krankenpflege nach § 37 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in Form der Behandlungspflege rund um die Uhr, der Grundpflege und erforderlichenfalls auch der hauswirtschaftlichen Versorgung. Dabei geht es für die Zukunft um Sachleistungsansprüche und für die Vergangenheit um einen Kostenerstattungsanspruch.

Der 1959 geborene Kläger ist im Mai 1989 beim Drachenfliegen verunglückt und seitdem halsabwärts querschnittgelähmt. Er kann ohne technische Hilfe nicht atmen. Die Beatmung erfolgt durch einen implantierten Zwerchfellschrittmacher und durch ein Beatmungsgerät. Dabei müssen die Atemwege regelmäßig, auch nachts, abgesaugt werden, um sie von Sekretansammlungen freizuhalten. Nach zweijährigem Aufenthalt in einer Spezialklinik für Querschnittgelähmte befindet sich der Kläger seit Juli 1991 im elterlichen Haushalt, wo er durch einen ambulanten Pflegedienst, der die Behandlungspflege und die Grundpflege leistet, rund um die Uhr betreut wird, während er von seinen Eltern hauswirtschaftlich versorgt wird. Bis zum 8. November 1993 gewährte die Beklagte die Betreuung durch den Pflegedienst im Wege der Sachleistung auf der Grundlage der Regelung des § 37 Abs 1 SGB V ("Krankenhausersatzpflege"). Der monatliche Kostenaufwand für die häusliche Krankenpflege belief sich auf mehr als 26.000 DM. Sie war damit teurer als die stationäre Versorgung in der Spezialklinik, die monatlich nur rund 22.000 DM gekostet hätte. Ab 9. November 1993 ging die Beklagte von der Sachleistung zur Kostenerstattung über. Sie verneinte auch die Voraussetzungen der Krankenhausersatzpflege und gewährte nur noch "Behandlungssicherungspflege" nach § 37 Abs 2 SGB V, die grundsätzlich auf die Behandlungspflege beschränkt ist. Die Kostenerstattung begrenzte sie dabei auf den Pflegesatz der Spezialklinik, der damals 740,29 DM pro Tag betrug (Bescheid vom 5. November 1993, Widerspruchsbescheid vom 12. April 1994). Den Antrag des Klägers, den Differenzbetrag von monatlich etwa 4.000 DM als Hilfe zur Pflege nach § 68 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) zu übernehmen, lehnte die beigeladene Stadt ab

(Bescheid vom 14. Dezember 1993). Zum 1. September 1994 übernahm ein anderer Pflegedienst die Betreuung des Klägers. Dieser Pflegedienst war bereit, die Behandlungs- und Grundpflege zu dem Pflegesatz der Spezialklinik durchzuführen, der sich seinerzeit auf täglich 785,95 DM belief. Die Beklagte reduzierte daraufhin die Kostenerstattung ab 1. September 1994 auf 70 % dieses Betrags (550,16 DM), weil die Krankenversicherung im Rahmen der Behandlungssicherungspflege nach § 37 Abs 2 SGB V nur die Kosten der Behandlungspflege, nicht aber die im Pflegesatz enthaltene Grundpflege zu leisten habe (Bescheid vom 30. August 1994). Zum 1. November 1994 verringerte die Beklagte die monatliche Kostenerstattung auf 4.816,67 DM. Sie berief sich auf ein Gutachten des Medizinischen Dienstes, wonach die tägliche Pflege des Klägers nur zu einem Sechstel (4 Stunden) aus Behandlungspflege, zu fünf Sechsteln (20 Stunden) aber aus Grundpflege bestehe, für die sie nicht aufzukommen habe. Ein Sechstel des vom Kläger für Ende 1994 angegebenen monatlichen Pflegeaufwands von 28.900 DM, also 4.816,67 DM, sei demnach nur erstattungsfähig. Die Beklagte erklärte sich zudem bereit, dem Kläger in Zukunft als Leistung wegen Schwerpflegebedürftigkeit häusliche Pflegehilfe nach § 55 SGB V im Wert von monatlich 750 DM zu gewähren (Bescheid vom 7. November 1994). Tatsächlich bezog der Kläger ab 1. November 1994 weiterhin einen täglichen Kostenerstattungsbetrag von 550,16 DM, nachdem das Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen die Beklagte im Wege der einstweiligen Anordnung verpflichtet hatte, dem Kläger vorläufig die Kosten entsprechend ihrem Bescheid vom 30. August 1994 weiterzuzahlen (Beschluss vom 25. Januar 1995). Daneben bezieht der Kläger als Schwerstpflegebedürftiger (Pflegestufe III) ab 1. April 1995 von der Pflegekasse der Beklagten ein monatliches Pflegegeld in Höhe von 1.300 DM aus der sozialen Pflegeversicherung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI).

Mit seiner Klage verfolgt der Kläger das Ziel, die Beklagte für die Vergangenheit zu einer vollen Erstattung der von ihm aufgebrachten Kosten für die Behandlungs- und Grundpflege zu verpflichten. Für die Zukunft soll sie die Behandlungs- und Grundpflege als Sachleistung erbringen, und zwar ergänzt um die hauswirtschaftliche Versorgung für den Fall, daß seine Eltern hierzu nicht mehr in der Lage sind. Der Kläger ist der Ansicht, er erfülle über den 8. November 1993 hinaus die Voraussetzungen der Krankenhausersatzpflege nach § 37 Abs 1 SGB V. Hilfsweise stützt er sich auf einen Anspruch auf Behandlungssicherungspflege nach § 37 Abs 2 SGB V, der auch die Grundpflege umfasse, weil in seinem Fall die Grundpflege mit der rund um die Uhr zu leistenden Behandlungspflege untrennbar verbunden sei.

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 6. Oktober 1994). Das LSG hat den nach Erlaß dieses Urteils ergangenen Bescheid der Beklagten vom 7. November 1994 in seine Entscheidung nach § 96 Sozialgerichtsgesetz (SGG) einbezogen, das Urteil des SG geändert und die Beklagte verurteilt, "die ab 9. November 1993 entstandenen Kosten für Pflegekräfte in voller Höhe zu übernehmen abzüglich bereits geleisteter Zahlungen und ausgenommen für die Zeiträume, in denen sich der Kläger im Krankenhaus befunden hat". Es hat die Beklagte ferner verpflichtet, "dem Kläger künftig 24 Stunden täglich Behandlungspflege gemäß § 37 Abs 2 SGB V zu gewähren", wobei diese Sachleistung die Grundpflege einschließe. Wegen des auf die Zuerkennung der Krankenhausersatzpflege nach § 37 Abs 1 SGB V gerichteten Hauptantrags hat es die Berufung zurückgewiesen (Urteil vom 18. Februar 1998). Das LSG ist der Auffassung, daß mit Blick auf die Notwendigkeit einer vierundzwanzigstündigen Überwachung des Klägers durch fachlich geschultes Personal die Behandlungspflege ganz im Vordergrund stehe, während die

Grundpflege demgegenüber zurücktrete und zeitlich davon nicht getrennt werden könne. Auf die Möglichkeit einer kostengünstigeren stationären Versorgung könne der Kläger in zumutbarer Weise nicht verwiesen werden.

Gegen das Urteil haben sowohl der Kläger als auch die Beklagte Revision eingelegt. Der Kläger rügt die Verletzung des § 37 Abs 1 SGB V. Er verlangt die zusätzliche Feststellung der Verpflichtung der Beklagten zur Übernahme auch der hauswirtschaftlichen Versorgung für den Fall, daß seine Eltern dies nicht mehr leisten können. Die Beklagte rügt die Verletzung des § 37 Abs 2 SGB V. Sie wendet sich gegen die Verurteilung zur Erbringung auch der Grundpflege; diese Leistung falle in die Zuständigkeit der Pflegekasse. Sie ist ferner der Ansicht, dem Kläger stehe ein über die ausgezahlten Beträge hinausgehender Kostenerstattungsanspruch nicht zu. Die Kosten seien nur für die Behandlungspflege zu erstatten, und hierzu gehöre nicht die Überwachung der Atmung des Klägers; dies sei Teil der Grundpflege. Die Begrenzung der Kostenerstattung auf die Kosten einer stationären Behandlung in einer Spezialklinik sei sachgerecht, weil die häusliche Krankenpflege im Regelfall die kostengünstigere Behandlungsform sein sollte. Die Verpflichtung zur künftigen Erbringung der Behandlungspflege als Sachleistung statt der bisher praktizierten Kostenerstattung hat die Beklagte im Revisionsverfahren anerkannt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des LSG Niedersachsen vom 18. Februar 1998 zu ändern und die Beklagte über das zuerkannte Maß hinaus zu verurteilen, auch die hauswirtschaftliche Versorgung sicherzustellen, soweit dies nicht durch familiäre Hilfe erfolgt, sowie die Revision der Beklagten zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt,

die Revision des Klägers zurückzuweisen, das Urteil des LSG Niedersachsen vom 18. Februar 1998 zu ändern und die Berufung des Klägers gegen das Urteil des SG Osnabrück vom 6. Oktober 1994 zurückzuweisen, soweit es um die Kostenerstattung für die Vergangenheit und die Verpflichtung zur künftigen Gewährung auch der Grundpflege als Sachleistung geht.

Die Beigeladene, die bisher keine Leistungen für den Kläger erbringen mußte, schließt sich dem Antrag des Klägers und seinen Rechtsausführungen an.

Entscheidungsgründe

Die Revision des Klägers ist unbegründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Sicherstellung seiner hauswirtschaftlichen Versorgung durch die Beklagte. Die Revision der Beklagten ist insoweit begründet, als sie sich gegen ihre Verurteilung auch zur Übernahme der Grundpflege richtet. Hinsichtlich des Kostenerstattungsanspruchs für die Vergangenheit führt die Revision der Beklagten zur Aufhebung des Berufungsurteils und zur Zurückverweisung der Sache an das LSG. Die bisherigen Feststellungen reichen nicht aus, abschließend darüber zu befinden, ob und in welcher Höhe dem Kläger ein solcher Kostenerstattungsanspruch zusteht.

1. Das LSG hat zu Recht entschieden, daß dem Kläger kein Anspruch auf künftige Gewährung der hauswirtschaftlichen Versorgung durch die Beklagte zusteht. Die Voraussetzungen des für diesen Anspruch allein in Betracht kommenden § 37 Abs 1 SGB V liegen nicht vor.

a) Die Klage ist insoweit zulässig. Sie erfüllt die notwendigen Prozeßvoraussetzungen. Insbesondere kann dem Kläger das Rechtsschutzinteresse nicht abgesprochen werden. Zwar wird er seit seiner Rückkehr in den elterlichen Haushalt im Jahre 1991 von seinen Eltern hauswirtschaftlich versorgt, und dies soll nach Möglichkeit auch weiterhin geschehen. Derzeit besteht also kein Anspruch gegen die Beklagte auf Gewährung der hauswirtschaftlichen Versorgung (§ 37 Abs 3 SGB V). Das Fehlen einer aktuellen Bedarfslage schließt das Rechtsschutzinteresse an einer auf Feststellung der Verpflichtung zur Gewährung dieser Versorgung für den Fall, daß die familiäre Hilfe nicht mehr möglich ist, gerichteten Feststellungsklage (§ 55 Abs 1 Nrn 1, 2 SGG) nicht aus. Denn die Bedarfslage kann - vorübergehend oder auch auf Dauer - jederzeit eintreten, so zB durch einen krankheitsbedingten Ausfall der elterlichen Hilfe, aber auch durch einen Erholungsurlaub der Eltern. Der Kläger kann nicht darauf verwiesen werden, eine solche Situation erst abzuwarten. Es muß möglichst frühzeitig geklärt werden, welcher Sozialversicherungsträger in einem solchen Fall eintrittspflichtig ist, um im Bedarfsfall sofort die weitere hauswirtschaftliche Versorgung gewährleisten zu können.

Das Rechtsschutzinteresse entfällt auch nicht wegen der Feststellung der Pflegekasse der Beklagten, daß der Kläger schwerstpflegebedürftig ist und ihm deshalb Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach der Pflegestufe III zustehen, also Sachleistungen im Wert von 2.800 DM (§ 36 Abs 2 Nr 3 SGB XI) bzw im Härtefall von 3.750 DM (§ 36 Abs 4 SGB XI) oder ein - bisher gewähltes - Pflegegeld von 1.300 DM (§ 37 Abs 1 Satz 3 Nr 3 SGB XI). Mit den Pflegesachleistungen kann ein Schwerstpflegebedürftiger zwar die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung sicherstellen (§ 36 Abs 1 Satz 1 SGB XI), jedoch insgesamt nur bis zum Höchstbetrag von 3.750 DM. Dieser Betrag kann von der Pflegekasse nicht erhöht werden, auch wenn der tatsächliche Bedarf größer ist, der Versicherte also auf eigenes Einkommen oder Vermögen zurückgreifen oder Sozialhilfe in Anspruch nehmen muß. Eine wertmäßige Begrenzung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege kennt die gesetzliche Krankenversicherung (§ 37 SGB V) hingegen nicht. Sie ist daher für den Betroffenen insoweit günstiger.

Es fehlt auch nicht am notwendigen Vorverfahren (§ 78 SGG). Dem steht nicht entgegen, daß der Kläger vorprozessual keinen Antrag gestellt hat, die Eintrittspflicht der Beklagten bezüglich seiner hauswirtschaftlichen Versorgung ausdrücklich feststellen zu lassen, und ein auf diese Frage zugeschnittener Bescheid der Beklagten nicht vorhanden ist. An einem solchen Antrag bestand zunächst kein Interesse, weil die Beklagte dem Kläger bis Anfang November 1993 häusliche Krankenpflege auf der Grundlage des § 37 Abs 1 SGB V gewährt hat, die bei Ausfall der familiären Hilfe (§ 37 Abs 3 SGB V) die hauswirtschaftliche Versorgung einschließt, der Kläger also insoweit gesichert war. Durch den Bescheid vom 5. November 1993 und den Widerspruchsbescheid vom 12. April 1994 hat die Beklagte die - bis dahin nicht durch einen entsprechenden Verfügungssatz festgestellte - Leistungspflicht nach § 37 Abs 1 SGB V für die Zeit ab 9. November 1993 ausdrücklich verneint und nur noch eine Leistungspflicht nach § 37 Abs 2 SGB V angenommen, die auf die Behandlungspflege beschränkt ist. Obgleich die Frage der

hauswirtschaftlichen Versorgung des Klägers wegen deren Sicherstellung durch die Eltern seinerzeit keine Rolle spielte, ist sie durch die genannten Bescheide von der Beklagten mitentschieden worden. Dies genügt den Anforderungen des § 78 SGG.

b) Der vom Kläger erhobene Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs 1 SGB V, der neben der im Einzelfall erforderlichen Grund- und Behandlungspflege auch die hauswirtschaftliche Versorgung umfaßt (Satz 2) und im Regelfall auf vier Wochen je Krankheitsfall begrenzt ist (Satz 3), in begründeten Ausnahmefällen aber auch für einen längeren Zeitraum gewährt werden kann (Satz 4), ist nicht begründet. Nach Satz 1 dieser Vorschrift erhalten Versicherte in ihrem Haushalt oder in ihrer Familie neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist (1. Alternative), oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird (2. Alternative).

(1) Die Beteiligten gehen - allerdings mit unterschiedlicher Argumentation - davon aus, daß die 1. Alternative der hier geregelten "Krankenhausersatzpflege" im vorliegenden Fall nicht in Betracht kommt. Das trifft im Ergebnis zu. Diese Alternative erfaßt Fälle, in denen die Krankenhausbehandlung zwar erforderlich ist und deshalb rechtlich auch ein Anspruch auf stationäre Versorgung in einem Krankenhaus nach § 39 Abs 1 SGB V besteht, dieser Anspruch aber aus tatsächlichen Gründen, zB wegen Bettenmangels, nicht erfüllt werden kann. In solchen Fällen ist die Versorgung durch ambulante Behandlung und häusliche Krankenpflege aus medizinischer Sicht zwar nicht ausreichend und die weniger zweckmäßige und geeignete Form der Versorgung, was in der Regel zur Folge hätte, daß sie von den Krankenkassen nicht gewährt werden dürfte (§§ 2 Abs 1 Satz 1, 12 Abs 1 SGB V). Da es sich jedoch um einen auf andere Weise nicht behebbaren Mangel in einer Notfallsituation handelt, wollte der Gesetzgeber eine Rechtsgrundlage zur Gewährung dieser "notdürftigen", medizinisch nicht ausreichenden und nur für eine Übergangszeit akzeptablen Versorgung schaffen. Dies ist mit der 1. Alternative des § 37 Abs 1 Satz 1 SGB V geschehen. Sie entspricht der Regelung des zum 31. Dezember 1988 außer Kraft getretenen § 185 Abs 1 Satz 1, 1. Alternative der Reichsversicherungsordnung (RVO). In beiden Regelungen hat der Gesetzgeber den Anspruch auf häusliche Krankenpflege daran geknüpft, daß die Krankenhausbehandlung zwar "geboten", aber nicht ausführbar ist. Er verwendet hier nicht den Begriff "erforderlich", obgleich nach § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V die Krankenhausbehandlung "erforderlich" sein muß, um einen Anspruch des Versicherten auf stationäre Versorgung zu begründen. Die unterschiedlichen Formulierungen haben dazu geführt, daß in einem Teil der Literatur die Auffassung vertreten wird, die Begriffe "geboten" und "erforderlich" seien inhaltlich nicht gleichzusetzen, und dem Begriff "geboten" sei eine Bedeutung unterhalb der Schwelle der Erforderlichkeit beizulegen (Schneider in: Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1, Krankenversicherungsrecht, § 22 RdNr 318; Mengert in: Peters, Krankenversicherung, Stand September 1998, § 37 RdNr 41; Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Stand April 1998, § 37 RdNr 5). Diese Differenzierung kann jedoch nicht überzeugen. Die Verwendung der unterschiedlichen Begriffe beruht allein auf einer redaktionellen Nachlässigkeit im Gesetzgebungsverfahren. Der Begriff "geboten" iS des § 37 Abs 1 Satz 1 SGB V entspricht dem Begriff "erforderlich" iS des § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V (so bereits BSGE 30, 144, 146 = SozR § 185 RVO Nr 1; BSGE 44, 139, 140 = SozR 2200 § 185 Nr 1; BSGE 63, 140, 141 = SozR 2200 § 185 Nr 5; Höfler in: KassKomm, Stand Dezember 1998, § 37 RdNr 6). Diese Auslegung entspricht auch der Vorstellung des

Gesetzgebers bei der Konzeption des § 37 Abs 1 Satz 1 SGB V. So heißt es in den Gesetzesmaterialien (BT-Drucks 11/2237 S 176), die Vorschrift sehe, wie schon im geltenden Recht (§ 185 RVO), häusliche Krankenpflege vor, wenn eine an sich "erforderliche" Krankenhausbehandlung nicht durchgeführt werden kann. Der Senat stimmt dem zu. Nur wenn ein Anspruch auf stationäre Versorgung in einem Krankenhaus nicht erfüllt werden kann, ergibt die Regelung des § 37 Abs 1 Satz 1, 1. Alternative SGB V einen Sinn, und dieser Anspruch setzt die Erforderlichkeit einer stationären Behandlung voraus. Wenn bereits kein Anspruch auf Krankenhausbehandlung besteht, weil es an der Erforderlichkeit fehlt, eine ambulante Versorgung also medizinisch ausreicht, läuft eine Regelung leer, die davon abhängig ist, daß die Krankenhausbehandlung nicht ausführbar ist.

Der Kläger kann sich auf die 1. Alternative des § 37 Abs 1 Satz 1 SGB V nicht stützen, weil er keiner Krankenhausbehandlung (mehr) bedarf. Eine Krankenhausbehandlung ist dann erforderlich, wenn die notwendige medizinische Versorgung nur mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses durchgeführt werden kann. Hierzu zählen die spezielle apparative Ausstattung, das geschulte Pflegepersonal sowie die Rufbereitschaft und jederzeitige Eingriffsmöglichkeit eines Arztes (BSGE 49, 216, 217 = SozR 2200 § 184 Nr 15; BSGE 59, 116, 117 = SozR 2200 § 184 Nr 27). Die ausreichende medizinische Versorgung des Klägers kann auch ohne dessen stationäre Aufnahme in einem Krankenhaus gewährleistet werden (anders noch der medizinisch-technische Stand vor zwanzig Jahren, vgl Urteil vom 28. Februar 1985 - 8 RK 37/84 - zu einem vergleichbaren Fall aus dem Jahre 1974). Er ist nicht krankenhausbearbeitungsbedürftig, weil er - wie auch die Vergangenheit gezeigt hat - durch die ambulante Behandlung und die häusliche Krankenpflege ausreichend versorgt werden kann.

(2) Der Kläger kann den Anspruch auf Gewährung der hauswirtschaftlichen Versorgung durch die Beklagte auch nicht auf die 2. Alternative des § 37 Abs 1 Satz 1 SGB V stützen, wonach häusliche Krankenpflege gewährt wird, wenn "sie (die Krankenhausbehandlung) durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird". Mit dieser Regelung hat der Gesetzgeber die 2. Alternative des früheren § 185 Abs 1 Satz 1 RVO ersetzt, nach der häusliche Krankenpflege gewährt wurde, wenn Krankenhauspflege dadurch nicht erforderlich wird (zur Geschichte von Grund- und Behandlungspflege in der gesetzlichen Krankenversicherung nach RVO und SGB vgl auch Igl, SGB 1999, 111, 112). Ob und in welchem Umfang beide Regelungen trotz der unterschiedlichen Formulierungen materiell übereinstimmen, bedarf an dieser Stelle keiner Entscheidung. Bereits die frühere Gesetzesfassung, die auf einem Kompromiß im Vermittlungsausschuß beruht, hatte zu Unklarheiten geführt (vgl auch BSGE 63, 140 = SozR 2200 § 185 Nr 5; Wenig, Die Krankenversicherung 1978, 116 ff). Auch die hier anzuwendende Regelung der 2. Alternative des § 37 Abs 1 Satz 1 SGB V ist dem Wortlaut nach zu weitgehend und deshalb einschränkend auszulegen. Die Vermeidung und - als Unterfall der Vermeidung und von daher an sich nicht gesondert zu erwähnen - die Verkürzung der Krankenhausbehandlung als Voraussetzung für die Gewährung der häuslichen Krankenpflege ist allein kein taugliches Abgrenzungskriterium, weil auch durch die häusliche Krankenpflege als "Behandlungssicherungspflege" nach § 37 Abs 2 SGB V und ebenso durch medizinisch ausreichende ambulante Behandlung ganz allgemein letztlich Krankenhausbehandlung "vermieden" wird (so zutreffend Mengert, aaO, RdNr 19). Der Gesetzgeber hatte hier die Absicht, mit der Schaffung des umfassenden Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege,

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung) es "dem Versicherten zu ermöglichen, frühzeitig in den häuslichen Bereich zurückzukehren" (oder diesen gar nicht erst zu verlassen) und ihm "einen Anreiz zu geben, die teure Krankenhausbehandlung soweit wie möglich abzukürzen oder zu vermeiden" (vgl Regierungsentwurf BT-Drucks 11/2237 S 176). Die ursprünglich zeitlich unbegrenzt vorgesehene Leistung ist aufgrund der Ausschlußberatung im Hinblick auf die neu eingeführten Leistungen bei Pflegebedürftigkeit auf vier Wochen beschränkt worden mit der Möglichkeit, in begründeten Ausnahmefällen diese Dauer zu verlängern (vgl BT-Drucks 11/3480 S 54). Der gesetzgeberische Wille läßt sich somit in der Weise zusammenfassen, daß - so problematisch diese Abgrenzung sein mag - häusliche Krankenpflege auch dann angeboten werden sollte, wenn Krankenhausbehandlung medizinisch nicht (mehr) zweifelsfrei geboten ist, eine ambulante Behandlung vielmehr auch (noch oder nunmehr) vertretbar erscheint. In jedem Fall war nur an akute Behandlungsfälle gedacht, nicht aber an Fälle einer dauerhaften Pflegebedürftigkeit, für die erstmals die eigenständigen Leistungen der häuslichen Pflegehilfe (§§ 53 ff SGB V aF) eingeführt worden sind, die die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung umfassen. Mit Einführung der Pflegeversicherung ist den Krankenkassen durch Einfügung des Satzes 4 in § 37 Abs 2 SGB V ausdrücklich untersagt worden, Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu gewähren. Die Vorschrift bezieht sich zwar nur auf die sog Behandlungssicherungspflege, die in diesem Absatz geregelt ist, während sich in Abs 1 des § 37 SGB V diese Einschränkung nicht findet. Das läßt sich aber zwanglos damit erklären, daß hier von vornherein nur akute Behandlungsfälle erfaßt werden sollten. Die Möglichkeit, in Ausnahmefällen die Leistungsdauer von vier Wochen zu verlängern, läßt nicht darauf schließen, daß auch Leistungen auf Dauer zulässig sein sollen. Beim Kläger ist aber der Fall der Schwerpflegebedürftigkeit iS des § 53 SGB V aF bzw der Pflegebedürftigkeit iS des SGB XI seit seiner Entlassung aus der Klinik eingetreten, weil er seitdem in sehr hohem Maße für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer der Hilfe bedarf.

(3) Das LSG hat zutreffend entschieden, daß dem Kläger ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege nur nach § 37 Abs 2 SGB V zusteht. Versicherte erhalten nach dieser Vorschrift in ihrem Haushalt oder in ihrer Familie als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Diese Voraussetzungen liegen unstreitig und unzweifelhaft vor. Der daraus folgende Pflegeanspruch ist jedoch auf die Pflichtleistung der Behandlungspflege beschränkt (Satz 1). Die Krankenkassen können zwar zusätzlich Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Satzungsleistungen gewähren (Satz 2, 3), dies allerdings nicht bei Versicherten, die Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) beanspruchen können (Satz 4). Dieser Personenkreis wird insoweit auf die soziale Pflegeversicherung verwiesen, in deren Aufgabenbereich die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung Pflegebedürftiger fällt. Da der Kläger zum Kreis der Schwerpflegebedürftigen gehört und Pflegegeld nach der Pflegestufe III von der Pflegekasse der Beklagten bezieht, scheidet schon aus diesem Grunde ein Anspruch auf Gewährung hauswirtschaftlicher Versorgung gegen die Beklagte aus, ohne daß es darauf ankommt festzustellen, ob die Beklagte diese Leistung in ihrer Satzung vorgesehen hat.

Die Revision des Klägers ist nach allem unbegründet.

2. Die Revision der Beklagten führt zur Wiederherstellung des erstinstanzlichen Urteils, das die Klage auf Gewährung der Grundpflege durch die Beklagte abgewiesen hat. Ein solcher Anspruch steht dem Kläger nicht zu. Er hat nur einen Anspruch auf Behandlungspflege als Sachleistung, und zwar rund um die Uhr.

a) Der dem Kläger zustehende Anspruch auf Behandlungssicherungspflege nach § 37 Abs 2 SGB V beschränkt sich, wie ausgeführt, auf die Behandlungspflege. Hierzu gehören alle Pflegemaßnahmen, die nur durch eine bestimmte Erkrankung 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 (vgl dazu Urteile des Senats vom 19. Februar 1998 - B 3 P 3/97 R - BSGE 82, 27 = SozR 3-3300 § 14 Nr 2 und B 3 P 11/97 R = SozVers 1998, 253). Im vorliegenden Fall führt dies zu einem Anspruch auf Behandlungspflege rund um die Uhr, weil der Kläger zur Sicherstellung seiner Atmung 24 Stunden lang ununterbrochen beobachtet werden muß und in regelmäßigen Abständen, auch nachts, Sekretabsonderungen abgesaugt werden müssen, um die Atemwege freizuhalten. Die Ansicht der Beklagten, die reine Beobachtung der Atmung des Pflegebedürftigen und der technischen Apparaturen sei der Grundpflege zuzuordnen, geht fehl. Es handelt sich um eine krankheitsspezifische Beaufsichtigung und schon damit um einen Bestandteil der Behandlungspflege. Das Absaugen der Schleimabsonderungen, das die Beklagte nicht berücksichtigt hat, ist aber in jedem Fall Behandlungspflege.

Die Beklagte hat in der mündlichen Verhandlung vom 28. Januar 1999 anerkannt, daß dem Kläger die Behandlungspflege in der Zukunft als Sachleistung zu gewähren ist. Sie hat mit diesem Anerkenntnis der gesetzlichen Regelung entsprochen, nach der die Versicherten die Leistungen als Sachleistungen erhalten, soweit im SGB V nichts Abweichendes vorgesehen ist (§ 2 Abs 2 Satz 1 SGB V). Eine solche Abweichung ist zwar in § 37 Abs 4 SGB V enthalten, wonach dem Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten sind, wenn die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen kann oder Grund besteht, davon abzusehen. Die Voraussetzungen dieser Ausnahmenvorschrift sind jedoch ersichtlich nicht erfüllt. Es gab und gibt keinen Mangel an geeigneten Pflegediensten bzw Pflegekräften. Es ist auch kein Umstand ersichtlich, der eine Beauftragung der vom Kläger bisher selbst engagierten Pflegekräfte durch die Beklagte als unzweckmäßig oder untunlich erscheinen lassen könnte.

b) Die praktischen Schwierigkeiten, im vorliegenden Fall die Behandlungspflege und die Grundpflege zu trennen, weil schon die Behandlungspflege rund um die Uhr die Anwesenheit einer Pflegeperson erfordert und diese, wie die Vergangenheit gezeigt hat, zeitlich in der Lage ist, neben der Behandlungspflege auch die erforderliche Grundpflege durchzuführen, sind entgegen der Ansicht des LSG kein Grund, die Krankenkasse in solchen Fällen auch zur Übernahme der Grundpflege zu verpflichten. Die Sicherstellung der Grundpflege bleibt auch in derartigen Konstellationen Aufgabe der Pflegekasse, zumal die Krankenkasse hierfür nicht einmal aufgrund ihrer Satzung eintreten darf (§ 37 Abs 2 Satz 2 bis 4 SGB V). Die Erledigung beider Aufgaben durch ein und dieselbe Pflegekraft entspricht zwar dem Gebot der Wirtschaftlichkeit (§ 2 Abs 4 und § 12 SGB V, § 4 Abs 3 und § 29 Abs 1 SGB XI). Dies rechtfertigt es aber nicht, die Krankenkasse mit den gesamten Kosten zu belasten. Eine zweckmäßige und wirtschaftliche Aufgabenerfüllung im Bereich der

Behandlungspflege einerseits und im Bereich der Grundpflege nebst hauswirtschaftlicher Versorgung andererseits läßt sich ohne weiteres durch entsprechende Vereinbarungen zwischen Krankenkasse und Pflegekasse, die ohnehin unter einem Dach angesiedelt sind (§ 46 SGB XI), erreichen. Die Art der Hilfeleistungen läßt sich unterscheiden und dem jeweiligen Bereich zuordnen. Es kann ermittelt werden, welchen täglichen Zeitbedarf an Grundpflege und an hauswirtschaftlicher Versorgung der Pflegebedürftige hat und welche Kosten hierfür anfielen, wenn die Pflegekasse eine gesonderte Kraft mit der Erledigung dieser Aufgaben beauftragen müßte. Diese Kosten müssen von der Pflegekasse getragen werden, wobei sich diese Verpflichtung jedoch auf den dem Pflegebedürftigen zustehenden Wert der Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) beschränkt. Soweit die monatlichen Pflegesachleistungen diesen Wert überschreiten, hat sie der Versicherte aus eigenen Mitteln zu finanzieren; erforderlichenfalls ist die Sozialhilfe eintrittspflichtig. Zur Verdeutlichung kann folgendes Beispiel dienen: Benötigt ein Schwerstpflegebedürftiger rund um die Uhr Behandlungspflege bei einem Stundensatz von 30 DM, so hat die Krankenkasse eine monatliche Vergütung von 21.600 DM zu zahlen (24 Stunden x 30 Tage x 30 DM). Werden durch den Pflegedienst zugleich täglich 4 Stunden nicht von der Krankenversicherung zu tragende Pflegesachleistungen erbracht, die ansonsten ebenfalls zu einem Stundensatz von 30 DM erbracht werden müßten, ist insoweit die Pflegekasse in Höhe von 3.600 DM kostenpflichtig (4 Stunden x 30 Tage x 30 DM). Bei einem Pflegesachleistungsanspruch nach der Pflegestufe III von 2.800 DM (§ 36 Abs 3 Nr 3 SGB XI) müßte der Versicherte aus eigenen Mitteln 800 DM aufbringen, bei Anerkennung als Härtefall bliebe hingegen kein Restbetrag offen, da sich der Sachleistungsanspruch dort auf 3.750 DM beläuft (§ 36 Abs 4 SGB XI). Dieser Berechnungsweise kann nicht entgegengehalten werden, der Krankenkasse entstünden durch die gleichzeitige Erledigung von Pflegeleistungen der sozialen Pflegeversicherung keine Mehrkosten, da sie für die Bereitstellung der Behandlungspflege ohnehin 21.600 DM aufzubringen hätte. Während der Erbringung der Hilfe bei der Grundpflege tritt die Behandlungspflege im Regelfall in den Hintergrund, so daß es gerechtfertigt ist, den Kostenaufwand für diese Zeiten allein der sozialen Pflegeversicherung zuzurechnen. Es bleibt allerdings den Krankenkassen und Pflegekassen überlassen, hierzu Abweichendes zu vereinbaren. Wegen der von dem Pflegedienst bisher miterledigten Grundpflege muß sich der Kläger daher an die Pflegekasse der Beklagten wenden; ein Anspruch gegen die Beklagte besteht nicht.

3. Die Revision der Beklagten führt zur Aufhebung des Berufungsurteils und zur Zurückverweisung der Sache zwecks erneuter Verhandlung und Entscheidung durch das LSG (§ 170 SGG), soweit es um den für die Vergangenheit geltend gemachten Anspruch auf Kostenerstattung geht. Dort sind die unterbliebenen Feststellungen zur Höhe dieses Anspruchs nachzuholen.

a) Es bestehen Bedenken gegen die Zulässigkeit der Klage, soweit sie den Kostenerstattungsanspruch betrifft. Ein Kostenerstattungsanspruch hat stets die Zahlung eines bestimmten Geldbetrags zum Inhalt. Es muß daher grundsätzlich ein bezifferter Zahlungsantrag gestellt und in der Klageschrift dargelegt werden, wie sich dieser Betrag im einzelnen zusammensetzt. Beides ist hier nicht geschehen. Der Kläger hat lediglich beantragt, "ihm über den 8. November 1993 hinaus häusliche Krankenpflege gemäß § 37 Abs 1 SGB V, hilfsweise Behandlungspflege gemäß § 37 Abs 2 SGB V in Höhe der tatsächlich anfallenden Pflegekosten abzüglich bereits

geleisteter Zahlungen zu gewähren". Darin kommt der für die Vergangenheit geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch nur unzureichend zum Ausdruck. Der Kläger hat auch im Sachvortrag nicht dargelegt, welchen Betrag er verlangt und wie sich dieser errechnet. Es hätte im einzelnen aufgeschlüsselt werden müssen, welche "Pflegekosten" er aufgebracht hat (Vergütung für die Pflegekräfte; Aufwendungen für Pflegehilfsmittel), worauf sie sich beziehen (Behandlungspflege, Grundpflege) und welche Zahlungen er von der Beklagten und der Pflegekasse in den entsprechenden Zeiträumen erhalten hat. Dies gilt um so mehr, als die Beklagte ihre Eintrittspflicht für die Grundpflege insgesamt und für die Behandlungspflege der Höhe nach bestreitet und auch bei einem Kostenerstattungsanspruch die aufgewendeten Kosten auf ihre Erforderlichkeit und Wirtschaftlichkeit hin (§§ 12 Abs 1 und 13 Abs 3 SGB V) geprüft werden müssen. Da es sich hier nicht um einen abgeschlossenen Vorgang, sondern um eine über die Klageerhebung hinaus fortlaufende monatliche Kostenerstattung der Beklagten handelt, hätte es zudem auch nicht ausgereicht, den Anspruch nur in der Klageschrift einmalig zu beziffern, sondern er hätte zumindest bis zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung in der Tatsacheninstanz aktualisiert werden müssen. Nur ein so bezifferter Antrag und eine derartige Substantiierung des Sachvortrags bieten eine hinreichende Grundlage für die notwendigen gerichtlichen Tatsachenfeststellungen (§ 103 SGG) und für eine abschließende, einen weiteren Streit vermeidende Erledigung des Rechtsstreits. Es fehlt somit an einem sachdienlichen (bestimmten) Klageantrag sowie an hinreichendem Tatsachenvortrag (§§ 92, 106 Abs 1, 112 Abs 2 SGG). Im vorliegenden Fall steht überdies nicht einmal fest, ob es überhaupt noch einen offenen Restbetrag gibt oder ob die von der Beklagten und der Pflegekasse überwiesenen Mittel ausgereicht haben, alle Aufwendungen für die Pflege abzudecken; der Kläger mußte dies auf Befragen offenlassen. Damit stellt sich - ungeachtet der Tatsache, daß ein Teil der Zahlungen nur auf einer einstweiligen Anordnung beruht - schon die Frage, ob überhaupt ein Kostenerstattungsanspruch dem Grunde nach besteht.

Der Senat hat trotz dieser Bedenken davon abgesehen, die Klage in diesem Punkt für unzulässig zu erachten, weil es den Tatsacheninstanzen oblegen hätte, auf die Konkretisierung des Antrags und die Ergänzung des Tatsachenvortrags hinzuwirken (§§ 106 Abs 1, 112 Abs 2, 153 Abs 1 SGG). Dieser Verfahrensmangel kann nicht zu Lasten des Klägers gehen. Er muß in der nunmehr erneut durchzuführenden Berufungsverhandlung behoben werden.

b) Als Rechtsgrundlage des Kostenerstattungsanspruchs kommt hier allein § 13 Abs 3 SGB V in Betracht. Die vom LSG herangezogene Vorschrift des § 37 Abs 4 SGB V ist, wie erwähnt, nicht einschlägig.

(1) Nach § 13 Abs 3 SGB V hat die Krankenkasse dem Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte notwendige Leistung in der entstandenen Höhe zu erstatten, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Diese Voraussetzungen sind für die hier streitige Zeit ab 9. November 1993 erfüllt. Zu diesem Zeitpunkt ist die Beklagte von der Sachleistung zur Kostenerstattung übergegangen, ohne hierzu berechtigt gewesen zu sein. Der Wechsel der Leistungsform war rechtswidrig. Der Kläger hatte weiterhin Anspruch auf Gewährung der Behandlungspflege nach § 37 Abs 2 SGB V als Sachleistung (§ 2 Abs 2 Satz 1 SGB V). Zwar traf die Ansicht der Beklagten zu, sie habe zumindest ab diesem Zeitpunkt nur noch Behandlungspflege und nicht auch Grundpflege zu leisten, weil der Kläger lediglich einen Anspruch auf

Behandlungssicherungspflege nach § 37 Abs 2 SGB V hatte, der auf die Behandlungspflege beschränkt ist. Die Frage, ob die bis dahin geleistete kombinierte Behandlungs- und Grundpflege nach § 37 Abs 1 SGB V der Rechtslage entsprach oder auch vor dem 9. November 1993 nur die Voraussetzungen des § 37 Abs 2 SGB V vorgelegen hatten, kann dabei offenbleiben. Die Beklagte unterlag beim Übergang auf § 37 Abs 2 SGB V auch nicht den Beschränkungen der §§ 45 bzw 48 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X), weil sie den Anspruch auf Krankenhausersatzpflege nach § 37 Abs 1 SGB V bis dahin nicht formell festgestellt hatte. Unzutreffend waren jedoch die Annahmen der Beklagten, die häusliche Krankenpflege dürfe nicht teurer sein als die stationäre Versorgung in einer Spezialklinik und die Behandlungspflege umfasse tatsächlich nur einen Anteil von einem Sechstel der rund um die Uhr zu leistenden Pflege. Es ist bereits ausgeführt worden, daß der Kläger täglich 24 Stunden lang der ununterbrochenen Beobachtung bedarf und in regelmäßigen Abständen, auch nachts, Sekretabsonderungen abgesaugt werden müssen, um die Atemwege freizuhalten. Er benötigt also Behandlungspflege rund um die Uhr. Aber auch der Kostenvergleich ist nicht gerechtfertigt. Die häusliche Versorgung und Pflege des Klägers ist "notwendig" iS des § 2 Abs 4 SGB V (allgemeine Leistungsgrundsätze) und § 12 Abs 1 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot). Im Vergleich mit einer Krankenhausbehandlung ist die Versorgung und Pflege in der Familie und in der vertrauten Umgebung, die ihm auch einen größeren persönlichen Freiraum verschafft, für die körperliche und psychische Verfassung des Klägers vorteilhaft. Die Krankenhausbehandlung wäre die weniger geeignete Behandlungsform. Dann stellt sich die Frage der Wirtschaftlichkeit nicht.

Ferner ist zu berücksichtigen, daß der Kläger zwar keinen Anspruch auf Gewährung der Grundpflege nach § 37 Abs 2 SGB V hatte, wohl aber einen Anspruch auf "Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit" nach den §§ 53 ff SGB V in der bis zum 31. März 1995 geltenden Fassung. Der Vorbehalt des § 53 Abs 2 SGB V aF, wonach der Anspruch entfiel, soweit ein Anspruch nach § 37 SGB V gegeben ist, trifft hier nicht zu, weil der Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung gerichtet ist (§ 55 Abs 1 SGB V aF), der von § 37 Abs 2 SGB V gerade nicht umfaßt wird. Auch die häusliche Pflegehilfe nach den §§ 53 ff SGB V, die bis zum 31. März 1995 zu gewähren war, mußte grundsätzlich als Sachleistung geleistet werden (§ 55 SGB V aF). Es konnten monatlich bis zu 25 Pflegeeinsätze zu je einer Stunde in Anspruch genommen werden, wobei die Leistung einen Wert von insgesamt 750 DM nicht übersteigen durfte. Daraus folgt, daß die Beklagte erst mit der Einführung des Leistungsrechts der sozialen Pflegeversicherung zum 1. April 1995 von der Pflicht zur Erbringung der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung gänzlich befreit wurde, bis dahin aber monatliche Sachleistungen dieser Art bis zum Wert von 750 DM zu erbringen waren. Diesen Anspruch hat die Beklagte für die Zeit ab November 1994 zwar - zumindest im Sinne einer verbindlichen Zusicherung nach § 34 SGB X - "zugesagt" (Bescheid vom 7. November 1994), aber weder in der zugesagten Form (Sachleistung) noch in Form der Kostenerstattung (als Zusatzleistung neben der vom LSG einstweilen angeordneten Zahlung von täglich 550,16 DM) erbracht.

Durch die rechtswidrige Verweigerung der Behandlungspflege als unbeschränkte Sachleistung nach § 37 Abs 2 SGB V und die Nichterbringung der Grundpflege als auf 750 DM begrenzte Sachleistung nach § 55 SGB V aF war der Kläger gezwungen, beide Leistungen ab 9. November 1993 auf eigene Kosten

sicherzustellen. Ihm steht deshalb ein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 3 SGB V grundsätzlich zu.

(2) Über diesen Anspruch kann das Revisionsgericht jedoch nicht abschließend entscheiden. Es fehlen die notwendigen Feststellungen zur Höhe der Aufwendungen des Klägers und zu ihrem Verwendungszweck (Behandlungspflege, Grundpflege, Pflegehilfsmittel) sowie zu den von der Beklagten für die Behandlungspflege erbrachten Leistungen und zu den von der Pflegekasse ab 1. April 1995 erbrachten Leistungen, wobei zu berücksichtigen ist, daß das Pflegegeld allein auf die Grundpflege anzurechnen ist und ein etwaiger Einsatz zur Abdeckung der Kosten der Behandlungspflege die Beklagte nicht entlasten kann. Diese Feststellungen müssen nachgeholt werden. Deshalb war der Rechtsstreit insoweit an das LSG zurückzuverweisen.

Das LSG wird auch über die Kosten des Revisionsverfahrens zu befinden haben.