

Bundestagung Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e.V.

Frankfurt am Main

Thema: Aktuelle Rechtsprechung zur Verordnung Häuslicher
Krankenpflege nach dem SGB V

Teil A

Rechtsgrundlage des Sachleistungsanspruchs auf häusliche Krankenpflege (HKP) ist § 37 SGB V.

Sinn der Norm ist es, eine stationäre Behandlung im Krankenhaus zu ersetzen oder das Ziel der ärztlichen Behandlung zu sichern. Häusliche Krankenpflege ist eine Leistung der Krankenbehandlung i.S.d. § 27 SGB V, auf die ein Rechtsanspruch besteht.

Zu unterscheiden sind

- **Krankenhausersatzpflege** (Abs. 1), die neben Behandlungspflege im Einzelfall auch notwendige Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfasst, sowie
- **Sicherungspflege** (Abs. 2), die im Regelfall nur einen Anspruch auf Behandlungspflege gibt und voraussetzt, dass diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.

Der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI zu berücksichtigen ist.

Dabei handelt es sich um Maßnahmen, die aus medizinisch-pflegerischen Gründen untrennbarer Bestandteil der Hilfe bei den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Einrichtungen der Grundpflege sind oder objektiv notwendig im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit diesen Einrichtungen vorgenommen werden müssen (vgl. Begutachtungs-Richtlinien zur Pflegebedürftigkeit).

Häusliche Krankenpflege wird im Haushalt der oder des Versicherten oder ihrer oder seiner Familie erbracht. Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten.

Daneben eröffnet Abs. 2 Satz 3 (eingefügt durch das GKV-WSG) unter besonderen Voraussetzungen einen Anspruch auf Sicherungspflege auch für Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen. Und Abs. 2 Satz 7 erweitert den Anspruchsrahmen für Wohnungslose.

Dem Anspruch auf häusliche Krankenpflege darf der Ausschlussbestand des § 37 Abs. 3 SGB V nicht entgegenstehen. Danach besteht der Anspruch nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken nicht pflegen und versorgen kann.

Die nähere Ausgestaltung des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege erfolgt durch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie = Rili).

Die Generalermächtigung zum Erlass der Rili findet sich in § 92 Abs.1 Satz 1 SGB V.

Danach beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss (bis zum 31.12.2003 waren es vier Ausschüsse auf Bundesebene) die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Rili über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten.

§ 92 Abs.1 Satz 2 und eine Reihe von Einzelbestimmungen konkretisieren die Richtlinienbefugnis.

Gem. § 92 Abs. 7 soll in den Rili geregelt sein

- 1) deren VO und deren ärztliche Zielsetzung (§§ 1, 2 Rili),
- 2) Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Vertragsarztes mit dem jeweiligen Leistungserbringer und dem Krankenhaus (§ 7 Rili),
- 3) die Voraussetzungen für die VO häuslicher Krankenpflege und für die Mitgabe von Arzneimitteln im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt (§ 3 Rili).

Weiterhin bestimmt § 37 Abs. 6 SGB V, dass der G-BA in Rili festlegt,

- 1) an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können
- 2) das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Abs.2 Satz 1.

Aufgrund dieser Ermächtigungen hat der G-BA die HKP-Richtlinie mit einem Leistungsverzeichnis erlassen.

So enthält die Rili z.B.

- 1) die Aufzählung der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Abs.2 Satz 1
- 2) an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen außerhalb des Haushalts erbracht werden können
- 3) dass der Anspruch in Werkstätten für behinderte Menschen nur besteht, wenn die Werkstatt nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.
- 4) die Beschränkung der Behandlungspflege in Pflegeheimen auf Bewohner mit Intensivpflegebedarf, wenn
 - a. behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität oder Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
 - b. die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage (Leistungsverzeichnis) am Tag und in der Nacht erforderlich ist.

Die Rili sind für Ärzte, Versicherte, KK und nichtärztliche Leistungserbringer gleichermaßen verbindlich.

Nach ständiger Rechtsprechung und Literatur besitzen die Rili die Qualität untergesetzlicher Rechtsnormen.

Die HKP-Rili regelt in § 1 Abs 4 Satz 2, dass die verordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege dem dieser Richtlinie als Anlage beigefügten Leistungsverzeichnis zu entnehmen sind und dort nicht aufgeführte Maßnahmen grundsätzlich nicht als häusliche Krankenpflege verordnungs- und genehmigungsfähig sind.

Die typischen und regelmäßig von den Gerichten zu entscheidenden Streitfälle haben daher zum Gegenstand, dass die KKen eine VO mit der Begründung ablehnen, die HKP-RL sähe die hier streitige Leistung nicht vor.

Da es sich bei den Rili. um untergesetzliche Rechtsnormen handelt, sind sie von den Gerichten "voll" überprüfbar.

Die anlässlich der anhängig gemachten Klagen schon seit 2003 ergangene Rechtsprechung hat keinen Zweifel daran gelassen, dass ein Ausschluss einer im Einzelfall medizinisch gebotenen Behandlungspflegemaßnahme gegen höherrangiges Recht verstößt.

Ebenso wenig wie der G-BA ermächtigt sei, den Begriff der Krankheit in § 27 Abs. 1 SGB V hinsichtlich seines Inhalts und seiner Grenzen zu bestimmen, ist er befugt, medizinisch notwendige Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege aus der Verordnungsfähigkeit nach § 37 SGB V auszunehmen.

LSG NRW Beschluss vom 08.12.2003, L 5 B 77/03 KR ER und BSG vom 10.11.2005, B 3 KR 38/04 R, Urteil vom 17. März 2005 - B 3 KR 35/04 R

Teilweise sind diese Entscheidungen unmittelbar eingearbeitet worden. Beispielhaft kann auf Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses verwiesen werden.

Weiterhin hat der G-BA aufgrund dieser Rechtsprechung zur Verordnungsfähigkeit der im Einzelfall medizinisch gebotenen Behandlungspflegemaßnahmen, obwohl diese nicht in den Rili aufgeführt sind, durch Beschluss vom 15.03.2007 §1 Abs 4 Satz 3 um eine "Öffnungsklausel" für Einzelfälle ergänzt.

Teil B

Im Folgenden möchte ich Ihnen eine Reihe von einzelnen Fällen vorstellen. An diesen Fällen wird deutlich, dass weder die dazu ergangene Rechtsprechung noch die Öffnungsklausel in der Rili eine Gewähr dafür ist, dass die KK die verordnete Leistung genehmigen.

1.

Verabreichung nicht
verschreibungspflichtiger
Medikamente

Streitig ist ein Anspruch des Klägers gegen die beklagte KK auf Erstattung der Kosten der Inanspruchnahme eines Pflegedienstes für die Verabreichung nicht verschreibungspflichtiger Medikamente (hier Vitaminpräparate) mittels intramuskulärer Injektion.

Die Beklagte lehnte den Antrag mit der Begründung ab, die KK dürften seit dem 1.01.2004 die Kosten eines Pflegedienstes nur noch dann übernehmen, wenn die Medikamente verschreibungspflichtig und damit auch von der Leistungspflicht der GKV umfasst seien.

Das BSG hält den Anspruch wie die Vorinstanz für begründet. Die häusliche Krankenpflege ist im Gesetz eigenständig geregelt und stellt nicht lediglich einen Annex zu den §§ 31 und 34 SGB V dar.

BSG 25.8.2009 B 3 KR 25/08 R

2.

HKP in Form von Blasenspülungen auch bei
Fremdkörpern im Urogenitaltrakt

Der in einer Wohneinrichtung lebende Ast. begehrt Leistungen der HKP in Form von Blasenspülungen zwei Mal pro Woche.

Die Antragsgegnerin lehnt die Leistung unter Hinweis auf die fehlende Auflistung in Ziff. 9 des Leistungsverzeichnisses ab. Sie hat davon abgesehen, die Leistungsverweigerung unter medizinischen Gesichtspunkten prüfen zu lassen.

Das Gericht betont, dass dem Anspruch die fehlende Auflistung der Blasenspülung im Leistungsverzeichnis der Rili über die VO von häuslicher Krankenpflege im Zusammenhang mit den im konkreten Fall diagnostizierten Krankheiten nicht entgegensteht.

Das Leistungsverzeichnis sei nicht im Sinne eines Ausschlusses abschließend und das BSG habe mit Urteil vom 10.11.2005 mit Bezug auf die HKP-Rili ausgeführt, "...dass der G-BA nicht befugt sei, medizinisch notwendige Maßnahmen der HKP auszunehmen..."

Im einstweiligen Rechtsschutz unterstellt das Gericht die medizinische Notwendigkeit vor dem Hintergrund der ärztlichen VO und der Schilderung der Betreuerin.

SG Neuruppin 11.04.2011 S 20 KR 29/11 ER

3.

Kompressionsstrümpfe - wer hat sie anzuziehen?

Die Lebensgefährtin als pflegefähige

Haushaltsangehörige ?

Die Beteiligten streiten über den Anspruch auf Erstattung der Kosten für selbstbeschaffte häusliche Krankenpflege in Form von Anziehen von Kompressionsstrümpfen der Klasse II.

Der Kläger lebt im gemeinsamen Haushalt mit seiner Lebensgefährtin. Der Kläger war aus verschiedenen Gründen nicht bereit, diesbzgl. Leistungen der Lebensgefährtin anzunehmen.

Die Beklagte lehnte die Leistungen ab. Zur Begründung verwies sie auf die Stellungnahme des MDK, der eine Kompressionstherapie bei allenfalls bestehender minimaler Ödeme für nicht erforderlich hält. Außerdem könne die Lebensgefährtin die Leistung erbringen.

Das Gericht hat der Klage stattgegeben.

Die beantragte Leistung wird im Leistungsverzeichnis zur HKP-Rili. unter der laufenden Nr. 31 beschrieben. Die Kompressionstherapie ist nicht nur indiziert, wenn die aufgelisteten Befunde bereits eingetreten sind.

Vorliegend kam ein Ausschluss auch nicht nach § 37 Abs. 3 SGB V in Betracht.

Der Umstand des gemeinsamen Haushaltes mit der Lebensgefährtin und des in der Lage seins, begründet jedoch keinen Ausschluss.

Ein Leistungsausschluss besteht nur, wenn sowohl der zu Pflegenden bereit ist, sich von dem Angehörigen pflegen zu lassen, als auch der Angehörige mit der Durchführung der Pflege einverstanden ist. Allerdings kann ein missbräuchliches Verhalten von Pflegebedürftigen und Haushaltsangehörigen zur Anwendbarkeit des § 37 Abs.3 SGB V führen." Das Gericht hat die vorgetragene Lebenssituation als nachvollziehbaren Grund anerkannt.

SG Aachen S 13 KN 277/11 KR, Urteil vom 04.09.2012

4.

Verordnungsfähigkeit eines Verbandwechsels
Auslegung der Rili durch die Rechtsprechung.

Der Kläger begehrt die Erstattung von Kosten für die Versorgung eines suprapubischen Katheters bei nicht entzündeter Katheteraustrittsstelle.

Die Beklagte vertritt die Auffassung, dass der Verbandwechsel bei unauffälligem Befund in den Bereich der Grundpflege falle. Zwingende Voraussetzung des Anspruchs auf HKP sei, dass die Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztl. Behandlung erforderlich sei. Nur bei einem Verbandwechsel einer Wunde dürfte diese Voraussetzung erfüllt sein. Darum sei die Indikation bei Ziff. 28 auf entzündliche Veränderungen der Haut und Läsionen beschränkt. Einer Klarstellung in den Rili hätte es nicht bedurft.

Die Beklagte wurde zur Übernahme der Kosten verurteilt. Es handelt sich um eine Leistung der Behandlungspflege. In Nr. 22 sei auch der Pflasterverband dem Verbandwechsel zugeordnet. Eine einschränkende Auslegung, dass der Verbandwechsel nur bei akut entzündlichen Veränderungen dazugehört, ergebe sich aus dem Wortlaut nicht.

LSG Niedersachsen-Bremen Urteil vom 22.12.2010 L 1 KR 81/10

5.

Das Anlegen eines Stützkorsetts ist nicht immer nur
Grundpflege!

Die Klägerin lebt allein in ihrer Wohnung. Bei Zustand nach mehreren Wirbelfrakturen, wurde sie mit einem Stützkorsett versorgt.

Der Hausarzt verordnete der Klägerin häusliche Krankenpflege in Form von "Anlegen eines Stützkorsetts

Die Beklagte lehnte den Antrag durch Bescheid ab mit dem Hinweis, es handele sich beim Anlegen des Stützkorsetts um Grundpflege, die keinen Anspruch auf HKP begründe.

Der Klage auf Erstattung der verauslagten Kosten wurde stattgegeben.

Das Stützkorsett diene dazu, die Verschlimmerung des Beschwerdebildes der Klägerin zu verhüten und zu lindern.

Im Lichte der Rechtsprechung des BSG vom 17.3.2005 - B 3 KR 9/04 R und der vom Willen des Gesetzgebers getragenen Bestimmung des § 37 Abs 1 S 1 SGB 5 ist das Anlegen eines orthopädischen Stützkorsetts zur Sicherung des Erfolgs der ärztlichen Behandlung einer schweren Osteoporose und zur Vorbeugung in erster Linie eine Maßnahme der Behandlungspflege.

Allein der sich aus einem Pflegegutachten ergebende Umstand, dass der Hilfebedarf beim Anziehen eines Stützkorsetts bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach §§ 14, 15 SGB 11 zu berücksichtigen ist und auch berücksichtigt worden ist, steht einem Anspruch auf häusliche Krankenpflege für diese Verrichtung nicht entgegen.

SG Aachen Urteil vom 13.09.2011, S 13 KN70/11 KR

6.

Abgrenzung Sicherungspflege - Eingliederungshilfe
--

1. Die Sicherungspflege gem § 37 Abs 2 SGB 5 ist nach dem für Sozialhilfeleistungen geltenden Subsidiaritätsprinzip vorrangig vor Leistungen der Eingliederungshilfe nach den §§ 53, 54 SGB 12
2. Die Abgrenzung zwischen Eingliederungshilfe als medizinischer Rehabilitation **und** (Behandlungs-)Sicherungspflege hat nach der Zielrichtung der Leistung zu erfolgen. Dient die Leistung der Bewältigung von Anforderungen des Schulalltags (Integrationshelfer), ist der Bedarf der Eingliederungshilfe zuzuordnen. Handelt es sich um die Notwendigkeit, in medizinisch-pflegerischer Hinsicht zu intervenieren, so handelt es sich um Sicherungspflege nach § 37 SGB 5.

Hessisches LSG Urteil vom 29.06.2011, L 6 S0 57/11 B ER

7.

Keine Anrechnung auf Zeiten der Behandlungspflege!

Die Umsetzung der Abkehr vom Drachenfliegerurteil

Zur Erinnerung:

In seiner Entscheidung vom 17. Juni 2010 hat der Senat mit Blick auf die dargestellten Rechtsänderungen des § 37 Abs 2 Satz 1 SGB V durch das GMG und das GKV-WSG und unter Berücksichtigung des Leistungsverbots in § 37 Abs 2 Satz 6 SGB V zur Kostenverteilung zwischen Krankenkasse und Pflegekasse bei einer rund um die Uhr erforderlichen häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs 2 SGB V Stellung genommen. Der Entscheidung, den Anspruch auf den Anspruch aus § 37 Abs 2 SGB V bei gleichzeitiger Durchführung von Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI durch dieselbe Pflegekraft dem Umfang nach zu beschränken, liegt zugrunde, dass der Pflegebedürftige nämlich auch in solchen Fällen die freie Wahl zwischen Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) und dem Pflegegeld (§ 37 SGB XI) hat; er ist nicht verpflichtet, mit Rücksicht auf das Wirtschaftlichkeitsgebot Pflegesachleistungen in Anspruch zu nehmen, nur weil er die gleichzeitig erforderliche Behandlungspflege (§ 37 Abs 2 SGB V) als Sachleistung erhält und deshalb eine Fachkraft bereit steht, die auch die Pflegesachleistungen erbringen könnte.

Diesen Vorgaben entsprechend hat das Hessische LSG Urteil vom 09.12.2010, L 1 KR 189/10 entschieden, dass bei Beatmungspflegepatienten, die einer 24-stündigen Beatmungspflege durch qualifiziertes Pflegepersonal bedürfen, eine Anrechnung auf die Zeiten der Behandlungspflege nicht in Betracht kommt, wenn Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch Angehörige erbracht werden.

Der Entscheidung lag zugrunde, dass zur Sicherstellung der ärztlichen Behandlung der 1999 geborenen und beatmungspflichtigen Klägerin die kontinuierliche Anwesenheit einer qualifizierten Krankenpflegefachkraft erforderlich war. Die Eltern des Kindes erbrachten die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung.

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege und Pflegegeld stehen insoweit nach Leistungserbringung und Zuständigkeit getrennt uneingeschränkt nebeneinander.

Hessische LSG Urteil vom 09.12.2010, L 1 KR 189/10

8.

Nochmals zu den Voraussetzungen einer häuslichen
Krankenpflege!

Die 1925 geb. Ast. begehrt HKP im Umfang von 24 Stunden. Sie leidet u. a. an organisch affektiven Störungen, einem leichten kognitiven Defizit, Blindheit beider Augen, Herzinsuffizienz und peripherer arterieller Verschlusskrankheit und wird mittels PEG ernährt.

Streitgegenstand ist allein die Behandlungspflege in Form der Krankenbeobachtung. Die Ag hat sich zur Übernahme der behandlungspflegerischen Einzelmaßnahmen bereit erklärt.

Das Gericht hält nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens die ständige Anwesenheit einer qualifizierten PP für nicht erforderlich. Diese könne nur dann bejaht werden, wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit eine sofortige pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Umständen täglich erforderlich ist und nur die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können (Nr. 24 des Leistungsverzeichnisses, BSG, Urteil vom 10.11.2005).

Die von der Ast. vorgetragene zwei Notfalleinsätze begründen die 24 Std.-Pflege nicht. Wegen der Aspirationsgefahr sei mit der Anlage einer Ernährungssonde die einzig richtige ärztliche Maßnahme ergriffen worden.

Landessozialgericht NRW L 11 KR 179/12 B, Beschluss vom 18.09.2012

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!