

# Aktuelle sozialrechtliche Entwicklungen

Kongress für Außerklinische Intensivpflege  
19.11.2011

Rechtsanwältin Anja Hoffmann, LL.M.Eur.  
bpa, Landesbeauftragte Berlin/Brandenburg

# 1. Themenkomplex

**Wie kommt der Versicherte zu seinem Anspruch nach § 37 Abs. 2 SGB V bzw. unter welchen gesetzlichen Voraussetzungen wird eine Genehmigung der Krankenkasse für die ärztlich verordneten Leistungen der häuslichen Krankenpflege (insbesondere außerklinische Intensivversorgung) erteilt?**

# Gesetzeswortlaut § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V

„Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheits-spezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist ... .“

# Voraussetzungen

- § 37 Abs. 2 SGB V
- Haushalt oder sonst geeigneter Ort
- Häusliche Krankenpflege-Richtlinie
- Konkretisierung des Anspruchs auf Leistungen häuslicher Krankenpflege in Bezug auf Dauer, Art und Inhalt der Verordnung etc.
- Adressat der HKP-RiL sind vorrangig die Vertragsärzte (vgl. § 7 Abs. 1)
- koordiniert werden soll aber auch die Zusammenarbeit von Arzt, ambulantem Pflegedienst und Krankenkasse

# Inhalte und Strukturen der HKP-RiL

- die verordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege sind grds. der Anlage (Leistungsverzeichnis) zu entnehmen
- (P) Gehört außerklinische Intensivversorgung dazu? JA! (z.B. Nr. 24)
- dort nicht aufgeführte Maßnahmen sind grds. nicht verordnungs- und genehmigungsfähig

aber: nicht im Leistungsverzeichnis aufgeführte Maßnahmen sind in medizinisch begründeten Ausnahmefällen dann verordnungs- und genehmigungsfähig, wenn sie Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans und im Einzelfall erforderlich und wirtschaftlich sind und von geeigneten Pflegekräften erbracht werden sollen (§ 1 Abs. 4)

aberaber: Maßnahmen der ärztlichen Diagnostik und Therapie sind nicht als HKP verordnungsfähig und dürfen von KK nicht genehmigt werden

# Inhalte und Strukturen der HKP-RiL

- Behandlungspflege kann (und darf nur) verordnet werden, wenn die ambulante ärztliche Versorgung nur mit Unterstützung durch Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege durchgeführt werden kann (§ 2 Abs. 3)
- das ist bei Maßnahmen der außerklinischen Intensivversorgung immer der Fall!

# Inhalte und Strukturen der HKP-RiL

- Voraussetzung der Verordnung der häuslichen Krankenpflege
  - Arzt muss sich von Notwendigkeit überzeugt haben oder diese muss ihm aus laufender Behandlung bekannt sein (Krankenhausarzt darf auch verordnen, § 7 Abs. 5, (P) grds. keine rückwirkenden VO)
  - Verwendung des vereinbarten Vordrucks (Angabe von Diagnose, zu erbringende Leistung, Beginn etc.)
  - Änderungen und Ergänzungen bedürfen erneuter Unterschrift mit Stempel und Datumsangabe
  - kein § 37 Abs. 3 SGB V (Person, die im Haushalt lebt)

# Genehmigung von häuslicher Krankenpflege

- jede VO bedarf der Genehmigung, sog. Genehmigungsvorbehalt (vgl. 6 Abs. 1 HKP-RiL), d.h. trotz VO, die die medizinische Notwendigkeit der Maßnahme indiziert, darf die KK prüfen
- Prüfung ausschließlich durch den MDK
- Nachfragen, des MDK die sich aus der VO ergeben, sind idR an den Arzt zu richten
- Unklarheiten auf der VO begründen kein Recht zur Ablehnung der Maßnahmen



# Genehmigung von häuslicher Krankenpflege

Frage: Darf die KK die Genehmigung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege davon abhängig machen, dass zunächst Leitungen der Grundpflege nach SGB XI beantragt werden?

NEIN!

- § 13 Abs. 2 SGB XI regelt ausdrücklich, dass Leistungen der HKP trotz Pflegebedürftigkeit und Anspruch auf Leistungen der Grundpflege davon unberührt bleiben
- die KK darf lediglich GPf und hwV nicht mehr bezahlen, wenn Leistungen nach SGB XI bewilligt wurden (zuständig ist dann PK), auf dieser Regelung basiert auch die Rechtsprechung des BSG zur Finanzierung von 24h Intensivversorgung

# Genehmigung von häuslicher Krankenpflege

## § 6 Abs. 6 HKP-RiL , sog. Vertrauensgrundsatz!

- die KK übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die verordneten und erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung, wenn die VO spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der KK vorgelegt wird
- (P) Vereinbarte Vergütung für Leistungen der außerklinischen Intensivversorgung?

## 2. Themenkomplex: wichtige Entscheidungen 2010/2011

Keine Zusatzvereinbarung für die Erbringung von außerklinischer Intensivpflege notwendig (SG Dresden, Beschluss vom 01.11.2010, Az. S 18KR 490/10 ER, bestandskräftig)

- KK dürfen gegenüber ambulanten PD bei der Erbringung von Leistungen der häuslichen Intensivpflege nach § 132a Abs. 2 SGB nicht auf den Abschluss von Zusatzvereinbarungen (zu Preis, qualitativen, fachlichen und personellen Anforderungen) bestehen
- Begriff der „Intensivpflege“ ist nicht gesetzlich definiert
- alle Vergütungsvereinbarungen sehen dazu Einzelfallentscheidung vor, d.h. Vertrag nach § 132a Abs. 2 SGB V erstreckt sich dem Grunde nach auch auf diese Leistungen

# Fragen zum Betreuten Wohnen

- Abgrenzung Heim von Betreutem Wohnen
- es kommt auf den Zweck an, dem die Einrichtung wirklich dient, nicht auf den Zweck, den der Träger nach außen verfolgt, (z.B. sächliche/personelle Ausstattung, erbrachte Leistungen etc.), (OVG Niedersachsen, 25.05.2011, Az.: 4 LA 306/08)
- wenn Immobilie und Pflegeleistung aus einer Hand kommen, ist keine ambulante Versorgung möglich, (VG Hannover, Urteil vom 21.09.2011, Az. 11 A 913/19, Wachkoma-WG ist Heim, nicht rechtskräftig)

Hintergrund der Prüfungen: Heimaufsicht nimmt sog. Zuordnungsprüfungen vor (oft auf Anregung der KK)

# Kriterien zur Abgrenzung Betreutes Wohnen von stationäre Einrichtung

- Hat das Wohnmodell einen Einrichtungscharakter?
- Wie ist die objektive Zwecksetzung der Einrichtung?
- Entspricht das Gesamtbild einer „Vollversorgung mit Versorgungsgarantie“?
- Ist ein selbstbestimmtes Leben und Selbstorganisation der Gemeinschaft möglich?

## irrelevant:

- Leistungsverhältnis Wohnen/Betreuung und Pflege
- rechtliche Gestaltung der Träger
- subjektiver „Betreiberzweck“

# BSG, Urteil vom 17.06.2010, B 3 KR 7/09 R – Umsetzung in die Praxis

- KK müssen danach im Rahmen einer 24-stündigen Intensivversorgung für den Versicherten grds. mehr Leistungen nach SGB V bezahlen

arg.:

- umfasst sind auch verrichtungsbezogene, krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen, selbst, wenn sie auch bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu berücksichtigen sind (§ 37 Abs. 2, Satz 1 SGB V)
- Grundpflege verdrängt nicht mehr Behandlungspflege,
- beide Leistungsbereiche stehen gleichberechtigt neben einander

# Konsequenz

- Je geringer der zeitliche Umfang vom festgestellten Grundpflegebedarf und je höher der zeitliche Anteil für verrichtungsbezogene, krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen ist, desto wahrscheinlicher ist, dass ein vom Versicherter zu tragender Eigenanteil vermieden wird.

# Antrag auf Neubescheidung für zurückliegende Ansprüche

- Antrag auf Neubescheidung (Rücknahme) der vormaligen und bestandskräftigen (falsch berechneten) Genehmigung iVm Neuberechnung des Anspruch nach § 44 SGB X (und ggfs. Nachzahlung)
- Anspruch ist auf die letzten vier Jahre nach Antragstellung auf Rücknahme der vormaligen Genehmigung beschränkt (§ 45 SGB I)
- antragsberechtigt ist allein der Versicherte



# laufende Genehmigungsverfahren und neue Anträge für zukünftige Leistungen

- soweit die neue Rechtsprechung des BSG nicht angewendet wird, Hinweis darauf an KK
- wenn keine Berücksichtigung, Widerspruch gegen Genehmigung innerhalb der Widerspruchsfrist
- antragsberechtigt ist allein der Versicherte

# **LSG Hessen, Urteile vom 09.12.2010, Az.: L 1 KR 187/10 und 189/10**

- wird die 24-stündige Behandlungspflege von einer anderen Pflegefachkraft erbracht als die Grundpflege, sind die Kosten für die Behandlungspflege in vollem Umfang von der KK zu übernehmen
- weder Zeitaufwand für GPf noch Pflegegeld darf in Abzug gebracht werden (Leistungen stehen uneingeschränkt nebeneinander)
- dies gilt sowohl für andere Pflegefachkräfte oder Angehörige, die GPf oder hwV selbst erbringen

# Berücksichtigung hauswirtschaftliche Versorgung?

- in welcher Weise die hwV zeitlich zu berücksichtigen ist, hat das BSG offen gelassen, weil diese ausschließlich von Ehefrau erbracht wurde (keine Erbringung durch dieselbe Pflegekraft)
- soweit hwV ebenfalls von derselben Pflegekraft, die die BPf sicherstellt, mit erbracht wird, ist auch diese Zeit vor Abzug von der verordneten Behandlungspflegezeit zu halbieren

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

Anja Hoffmann, bpa  
Landesbeauftragte Berlin/Brandenburg  
Nürnberger Straße 49  
10623 Berlin  
[hoffmann@bpa.de](mailto:hoffmann@bpa.de)