



24-Stunden-Intensivpflege: Muss die Krankenkasse Kosten voll übernehmen?

## Beide Kostenträger sind in der Pflicht

*Bei Versicherten mit 24-stündigem Intensivpflegebedarf haben mehrere Sozialgerichte entschieden: Die Krankenkasse muss die Kosten der Behandlungspflege voll übernehmen; diese dürfen nicht der Pflegeversicherung zugeschoben werden. Laut Gesetz sind Kranken- und Pflegekasse parallel in der Leistungspflicht.*

*Von Johannes Groß*

**Bundes-  
sozialge-  
richt, Urteil  
vom 28. Ja-  
nuar 1999,  
Az.: B 3 KR  
4/98 R**

Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts aus dem Jahre 1999 (Urteil vom 28. Januar 1999, Az.: B 3 KR 4/98 R), wonach beim Zusammentreffen von Krankenbeobachtung und Grundpflege die Behandlungspflege grundsätzlich in den Hintergrund trete, so dass insoweit nur die Leistungspflicht der Pflegekasse bestehe, stößt in der Rechtsprechung der Sozial- und Landessozialgerichte – zuletzt Sozialgericht Stuttgart, Beschluss vom 27. Juli 2007, Az.: S 8 KR 4681/07 ER – zunehmend auf Kritik.

So hatte das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen in seinem Urteil vom 14. November 2006 (L 2 KN 108/06 KR) den Fall eines querschnittsgelähmten Versicherten zu entscheiden, der wegen respiratorischer Insuffizienz über 24 Stunden täglich beatmet werden musste. Insbesondere aufgrund der dauerhaften Beatmung und der Notwendigkeit wiederholten trachealen Absaugens wurde Behandlungspflege rund um die Uhr durch eine Pflegefachkraft verordnet. Außerdem wurde wegen des außergewöhnlich hohen Pflegeaufwands von der Pflegekasse Leistungen

wegen Schwerstpflegebedürftigkeit nach Härtefallregelung („Pflegestufe IV“) gewährt. Die beklagte Krankenkasse kürzte daraufhin die Kostenübernahme für die Behandlungspflege auf 16 Stunden täglich. Für die übrigen 8 Stunden täglich sei die Pflegeversicherung zuständig.

Der Versicherte klagte zunächst auf eine weitere Stunde Behandlungspflege täglich, da er die hauswirtschaftliche Versorgung nicht durch den Pflegedienst, sondern durch seine Ehefrau erbringen lasse. Dieser Zeitaufwand sei daher nicht bei der Kostenübernahme für die Behandlungspflege abzuziehen. Das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen hat die beklagte Krankenkasse daraufhin zur weiteren Kostenübernahme verurteilt und festgestellt, dass sich dem über 24 Stunden bestehenden Sachleistungsanspruch gegenüber der Krankenversicherung nicht entgegenhalten lässt, der Kläger erhalte zugleich Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung. Das LSG führte aus: Soweit die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts diesen Einwand mit der Begründung zuzulassen scheine, dass während der Erbringung der Leistungen der

Grundpflege die Behandlungspflege grundsätzlich in den Hintergrund trete, so dass dann nur die Leistungspflicht der Pflegekasse bestehe, sei nicht erkennbar, welche Rechtsnorm damit zur Anwendung kommen solle. Auch bei Grundpflege sei parallel weiter Behandlungspflege zu erbringen, trete diese nun in den Hintergrund oder nicht. Die möglichst weitgehende Erledigung beider Aufgaben durch ein und dieselbe Pflegekraft entspreche zwar dem Gebot der Wirtschaftlichkeit, dies rechtfertige es aber nicht ohne weiteres, die Krankenkasse von den gesamten Kosten zu entlasten. Eine wirtschaftliche Aufgabenerfüllung könne allenfalls durch Vereinbarungen zwischen Pflege- und Krankenkasse erzielt werden. Die grundsätzlich nebeneinander bestehenden Sachleistungsansprüche des Versicherten blieben davon unberührt. Ein Zurücktreten der Behandlungspflegeleistungen hinter die Leistungen der Pflegeversicherung komme im Übrigen dann nicht in Betracht, wenn der Kläger sich diese im Rahmen seines Wahlrechts gemäß §§ 36 – 38 SGB XI entweder vollständig von einer privaten Pflegeperson im Rahmen der Geldleistung oder im Rahmen einer Kombination aus Sach- und Geldleistung teilweise von einer privaten Pflegeperson erbringen lässt.

### Kassen können eine Erstattungsvereinbarung treffen

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen die Entscheidungen des Bayerischen Landessozialgerichts vom 17. November 2006 (L 4 B 817/06 KR ER) sowie des Sozialgerichts Würzburg vom 9. Mai 2007 (S 6 KR 123/07 ER). Diesen Entscheidungen liegen zwar Intensivpflegen von Kindern zugrunde, sie sind jedoch allgemein übertragbar. In beiden Fällen bestand Ateminsuffizienz mit 24-stündiger Beatmungspflicht, wobei die Beatmung zum Teil ma-



**Dr. Johannes Groß,**  
Rechtsanwalt,  
Fachanwalt für  
Sozialrecht,  
Sozius der Kanzlei  
Berger Groß  
Höhmann in  
Berlin,  
[www.Pflege-rechtsberater.de](http://www.Pflege-rechtsberater.de)

schinell, zum Teil manuell ausgeführt werden musste. Die Krankenkassen hatten die Kostenübernahme wieder mit dem Argument eingeschränkt, die restliche Zeit übernehme bei bestehender Pflegebedürftigkeit die soziale Pflegeversicherung. Dem widersprachen die Sozialgerichte. Selbst wenn man die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zugrunde lege, führe dies nicht zu einer Einschränkung der Leistungspflicht der Krankenkasse. Denn zum einen gehe es bei der Behandlungssicherungs- und Pflege nicht vorrangig um Krankenbeobachtung, sondern um die Notwendigkeit der unter Umständen manuellen Beatmung. Und zum anderen sei nach den ärztlichen Bescheinigungen die ständige pflegerische Betreuung einer zumindest versierten Fachkraft erforderlich. Im Übrigen scheide eine Anrechnung aus, sofern der Pflegedienst selbst keine grundpflegerischen Leistungen verrichte, sondern diese von einer Pflegeperson übernommen werden.

Dieser Rechtsprechung ist uneingeschränkt zuzustimmen. Eine Einschränkung der Leistungspflicht der Krankenkasse ergibt sich weder aus dem Gesetz noch aus der BSG-Rechtsprechung des Jahres 1999. Das Bundessozialgericht hat damals ausgeführt, dass sich eine zweckmäßige und wirtschaftliche Aufgabenerfüllung im Bereich der Behandlungspflege einerseits und im Bereich der Grundpflege nebst hauswirtschaftlicher Versorgung andererseits nur durch entsprechende Vereinbarungen zwischen Krankenkasse und Pflegekasse erreichen lasse.

Benötige etwa ein schwerst Pflegebedürftiger rund um die Uhr Behandlungspflege und würden durch den Pflegedienst zugleich täglich Pflegesachleistungen erbracht, so sei die Krankenkasse nicht auch für die Erbringung der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung zuständig. Hierfür bleibe weiterhin die Pflegekasse zuständig. Die Zuständigkeit der Krankenkassen zur Erbringung der Behandlungspflege – auch bei Erforderlichkeit rund um die Uhr – wurde vom Bundessozialgericht jedoch nie in Frage gestellt. Eine Kostenaufteilung zwischen Krankenkasse und Pflegekasse erfolgt dann, wenn der

Versicherte beide Leistungen von der gleichen Pflegeperson erbringen lässt. Dies ändert jedoch nichts daran, dass die Krankenkasse für die Erbringung der Behandlungspflege rund um die Uhr zuständig ist; sie hat lediglich die Möglichkeit, sich einen Teil der Kosten durch Vereinbarung mit der Pflegekasse von dieser erstatten zu lassen. Auf den Anspruch des Versicherten gegen die Krankenkasse hat dies jedoch keinen Einfluss.

### Laut Gesetz: Kostenträger sind parallel zuständig

Im Übrigen dürfte sich eine Aufteilung der Kosten zwischen Krankenkasse und Pflegekasse aufgrund der zum 1. April 2007 geänderten Gesetzeslage verbieten. Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ist § 37 Abs. 2 SGB V dahingehend geändert worden, dass alle verrichtungsbezogenen medizinischen Pflegemaßnahmen vom Anspruch auf Behandlungspflege auch dann umfasst sind, wenn sie beim Grundpflegebedarf berücksichtigt worden sind. Das Gesetz sieht somit ausdrücklich die parallele Zuständigkeit beider Kostenträger vor. Ausnahmslos alle Maßnahmen der Behandlungspflege sind somit von der Krankenkasse zu finanzieren, auch dann, wenn sie in einem untrennbaren oder objektiv notwendig in einem zeitlich engen Zusammenhang mit der Grundpflege stehen, was bei einer 24-stündigen Intensivpflege der Fall ist. Eine Verschiebung von Leistungen der Krankenversicherung in den Bereich der Pflegeversicherung soll nach dem Willen des Gesetzgebers ausdrücklich vermieden werden.

Sofern sich Versicherte im Übrigen dafür entscheiden, die Grundpflegeleistungen nicht vollständig bzw. gar nicht von einem Pflegedienst als Sachleistung erbringen zu lassen, sondern durch private Pflegepersonen, kommt eine Einschränkung m. E. überhaupt nicht in Frage. Denn insoweit erbringen verschiedene Personen die Leistungen der Behandlungspflege einerseits und die Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung andererseits. Unwirtschaftlichkeit wird man den Versicherten insoweit nicht vorhal-

### ► Praxis-Tipp

Prüfen Sie, wieviel Zeit die Krankenkasse von der verordneten 24-Stunden-Behandlungspflege abzieht. Die von einer **privaten Pflegeperson erbrachten Leistungen** dürfen nicht von der Behandlungspflege abgezogen werden. **Vorsicht bei** der Unterzeichnung von **Ergänzungsvereinbarungen zur Intensivpflege**: Lassen Sie diese vor Unterzeichnung unbedingt von einem Rechtsanwalt überprüfen!

Häusliche Pflege

ten können, da sie lediglich ihr im Gesetz vorgesehenes Wahl- und Gestaltungsrecht ausüben, das auch grundgesetzlich durch Art. 2 Abs. 1 GG geschützt ist. Dem Wirtschaftlichkeitsgebot kann in solchen Fällen nur durch Vereinbarungen zwischen Krankenkasse und Pflegekasse Rechnung getragen werden, die aber nicht zu Lasten der Versicherten gehen können.

Für diese Betrachtungsweise spricht letztlich auch die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, das in seinem Grundsatzurteil zu noch nicht anerkannten Behandlungsmethoden für schwerst- und kritisch kranke Menschen vom 6. Dezember 2005 ausführte: „Es ist mit Art. 2 Abs. 1 GG (allgemeine Handlungsfreiheit) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip nicht vereinbar, den Einzelnen unter bestimmten Voraussetzungen einer Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung zu unterwerfen und für seine Beiträge die notwendige Krankheitsbehandlung gesetzlich zuzusagen, ihn andererseits aber, wenn er an einer lebensbedrohlichen oder sogar regelmäßig tödlichen Erkrankung leidet, (...) von der Leistung (...) auszuschließen und ihn auf eine Finanzierung der Behandlung außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zu verweisen.“

Es bleibt abzuwarten, ob sich die Tendenz in der sozialgerichtlichen Rechtsprechung – gegebenenfalls unter Berufung auf die neue Rechtslage seit 1. April 2007 – verfestigt, oder ob der Gesetzgeber erneut klarstellend eingreifen muss. ■

Abwarten, ob sich die Tendenz der sozialgerichtlichen Rechtsprechung verfestigt