



Refinanzierung von 24-Stunden-Intensivpflege: Alternative Lösungsmöglichkeit zeichnet sich ab

Die Versorgung vollständig finanzieren

In der Frage der Finanzierung von 24-stündiger Intensivpflege weisen neuere Urteile nicht mehr darauf, auch Eigenmittel des Versicherten heranzuziehen. Vielmehr seien Kranken- und Pflegekasse verpflichtet, die Versorgung vollständig zu finanzieren – wobei die Krankenkasse ihren Anteil um den Satz der Pflegekasse kürzen soll.

Von Johannes Groß

SG Ulm,
Urteil vom
28. August
2007, S 1 KR
3988 und
SG Aachen,
Urteile vom
15. Januar
2008, S 13
KR 61/07
und S 13 KR
65/06



Dr. Johannes Groß,
Rechtsanwalt,
Fachanwalt für
Sozialrecht,
Sozius der
Kanzlei Berger
Groß Höhmann
in Berlin (www.danziger56.de),
www.Pflege-rechtsberater.de

Das Bundessozialgericht hat in seinem „Drachenfliegerurteil“ aus dem Jahre 1999 (BSG, Urteil vom 28. Januar 1999 – B 3 KR 4/98 R) zur Finanzierung von 24-stündiger Intensivpflege ein zeitbezogenes Lösungsmodell zur Aufteilung der Finanzierung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung vorgeschlagen. Dieses Modell ist vielfach kritisiert worden, weil es den Versicherten auf Eigenanteile verweist. Immer mehr Sozialgerichte weichen deshalb vom Lösungsmodell des BSG ab. Hierbei zeichnet sich eine neue Lösungsmöglichkeit ab. Vorreiter sind die Sozialgerichte Ulm (Urteil vom 28. August 2007 – S 1 KR 3988) und das SG Aachen (Urteile vom 15. Januar 2008 – S 13 KR 61/07 und S 13 KR 65/06).

Kasse: Behandlungspflege tritt in den Hintergrund

Das Sozialgericht Aachen hatte den Fall einer Frau zu entscheiden, die aufgrund eines Verkehrsunfalls – insbesondere wegen der Notwendigkeit der künstlichen Beatmung

– auf Behandlungspflege rund um die Uhr angewiesen ist. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) stellte bei der Frau im Jahre 1999 einen Grundpflegebedarf von 488 Minuten fest. In einem späteren Gutachten aus dem Jahre 2004 stellte der MDK einen Grundpflegebedarf von 581 Minuten fest. Deshalb erkannte die Pflegekasse Schwerstpflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III Härtefall an. Entsprechend zahlte die Pflegekasse SGB XI-Leistungen im Wert von monatlich 1 918 Euro. Parallel hierzu hat die Krankenkasse Behandlungspflege rund um die Uhr (1 440 Minuten pro Tag) erbracht.

Ausgehend von den im Pflegegutachten festgestellten Zeitanteilen für den täglichen Grundpflegebedarf kürzte die Krankenkasse allerdings die Leistungen der Häuslichen Krankenpflege um den zeitlichen Anteil der Grundpflege; sie berief sich dabei auf das Drachenfliegerurteil des Bundessozialgerichts, nach dem während der Grundpflege die Behandlungspflege „in den Hintergrund trete“.

Die Klägerin erwirkte hiergegen zunächst im Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes eine einstweilige Anordnung, die ihre 24-Stunden-Behandlungspflege ohne Anrechnung von Grundpflegeleistungen sicherstellte. Im Hauptsacheverfahren hat das Sozialgericht Aachen die Beteiligten dann darauf hingewiesen, dass zwar grundsätzlich eine Anrechnung der Leistungen zu erfolgen habe. Eine Aufteilung des Kostenanteils nach den jeweiligen Zeitanteilen von Grund- und Behandlungspflege aber mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden sei, da der Aufwand für die Grundpflege ständig schwanke.

Das Bundessozialgericht habe im Drachenfliegerurteil lediglich entschieden, dass bei einer 24-Stunden-Pflege, die sowohl Behandlungspflegeleistungen der Krankenversicherung als auch häusliche Pflegeleistungen der Pflegeversicherung umfasse, die Leistungen der Pflegekasse auf die der Krankenkasse anzurechnen seien. Dabei habe das BSG aber nicht verbindlich festgelegt, nach welchem Modell eine Anrechnung von Pflegeversicherungsleistungen auf die Krankenversicherungsleistungen zu erfolgen habe. Auch nach Ansicht des BSG sei es nicht darum gegangen sei, die von der Krankenkasse zu erbringende Behandlungspflegeleistung über 24 Stunden am Tag in Frage zu stellen. Es sei lediglich um die rechnerische Anrechnung des Werts von Pflegeversicherungsleistungen auf den Wert der Leistungen der Krankenversicherung gegangen. Wenn ein und dieselbe Behandlungspflegefachkraft neben der Häuslichen Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung zeitgleich erbringe, sei es gerechtfertigt, diese Leistungen der Pflegeversicherung bei den Leistungen der Krankenversicherung in Ansatz zu bringen. Dies ge-

biete der Wirtschaftlichkeitsgrundsatz aus § 12 SGB V.

Gericht: Wert der Leistung der Pflegekasse abziehen

Für diese Anrechnung bieten sich jedoch verschiedene Möglichkeiten an. Das vom BSG im Drachenfliegerurteil vorgeschlagene Modell, den jeweiligen Zeitanteil der Grundpflege auf die Behandlungspflege anzurechnen, sei mit erheblichen Unsicherheiten und Schwankungen verbunden. Zwar wäre es möglich, den auf Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung jeweils entfallenden Zeitanteil genau und ständig neu zu ermitteln, allerdings nur mit einem kaum zu realisierbaren Aufwand, der zudem die Gefahr erheblicher Unsicherheiten mit sich brächte.

Das Sozialgericht Aachen schlägt daher einen alternativen Lösungsweg vor: Es sei zweckmäßig und sachlich gerechtfertigt, dass die Krankenkasse den Wert der Leistungen der Pflegekasse, die die Versicherte erhalten hat, vom Wert der Behandlungspflegeleistungen in Abzug zu bringen. Dies bedeute, dass die Krankenkasse im vollen Umfang die notwendige Behandlungspflege zu den mit einem Pflegedienst vereinbarten Kostensätzen erbringt und hiervon monatlich den Wert der Leistungen der Pflegekasse (Pflegegeld, Kombinationsleistung oder Pflegesachleistung) in jeweiliger Höhe in Abzug bringt. Der monatliche Kürzungsbetrag im Falle der Klägerin (Pflegestufe III Härtefall) war also demnach auf 1 918 Euro begrenzt.

Die vom Sozialgericht Aachen aufgezeigte Lösungsmöglichkeit hat einiges für sich. Sie vermeidet die (gesetzeswidrige) Verweisung des Versicherten auf die Inanspruchnahme von Eigenmitteln bzw. von Sozialhilfe für die Finanzierung von Krankenkassenleistungen aus dem SGB V. Denn der Anspruch auf Behandlungssicherungspflege besteht gemäß § 13 Abs. 2 SGB XI neben dem Anspruch auf Leistungen bei Häuslicher Pflege aus der sozialen Pflegeversicherung. Die Behandlungssicherungspflege tritt bei den parallel dazu zu erbringenden Maßnahmen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nicht in den Hintergrund, sondern

sie steht zur Aufrechterhaltung aller vitalen Funktionen naturgemäß im Vordergrund. Würden Maßnahmen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ohne die gleichzeitig notwendige Behandlungssicherungspflege (Beatmungskontrolle) stattfinden, hätte dies fatale Folgen für den Versicherten. Die Maßnahmen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung können daher Maßnahmen der Behandlungssicherungspflege weder ersetzen, noch verdrängen. Der insoweit oft zitierte Grundsatz, nach dem angeblich die Behandlungspflege während der Erbringung der Grundpflege „in den Hintergrund trete“, war jedenfalls hinsichtlich der Finanzierung dieser Ansprüche nie zutreffend. Er ist daher seit jeher in der Literatur und in der Rechtsprechung kritisiert worden. Es handelt sich eben nicht um eine „unzulässige Doppelversorgung“, sondern um eine medizinisch notwendige parallele Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege und Grundpflege sowie hauswirtschaftlicher Versorgung.

Krankenkasse könnte sich Leistungspflicht entziehen

Berücksichtigt man hierbei den Wirtschaftlichkeitsgrundsatz aus § 12 SGB V dürfte die Lösung des Sozialgerichts Aachen die sachgerechteste Lösung der Problematik sein. Denn anderenfalls könnte sich die Krankenkasse zu Lasten der Versicherten ihrer Leistungsverpflichtung entziehen und ihn auf die ergänzende Inanspruchnahme eigener finanzieller Mittel bzw. erforderlichenfalls auf Sozialhilfe verweisen, obwohl er als krankenversicherte Person doch unstrittig einen Rechtsanspruch hat, der die Leistungspflicht der Krankenversicherung vollumfänglich begründet.

Das Bundesverfassungsgericht hat hierzu in seiner Entscheidung vom 6. Dezember 2005 (Az.: 1 BvR 347/98) ausgeführt, dass es mit Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip nicht vereinbar sei, den Einzelnen unter bestimmten Voraussetzungen einer Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung zu unterwerfen und für seine Beiträge die notwendige Krankheitsbehandlung

Praxis-Tipp

- Schließen Sie für den Fall einer 24-Stunden-Intensivpflege unbedingt **einen Pflegevertrag** mit dem Patienten ab, der sowohl den Wert der Behandlungspflegeleistungen (pro Stunde) als auch den Wert der Grundpflegeleistungen beinhaltet.
- Prüfen Sie, wie viel Zeit die Krankenkasse von der verordneten 24-Stunden-Behandlungspflege wegen **Anrechnung von Grundpflegezeiten abzieht**. Der Abzug eines Zeitanteils ist nicht gerechtfertigt, der Versicherte sollte hiergegen Widerspruch einlegen. Ein Eigenanteil bzw. vom Sozialhilfeträger zu finanzierender Anteil darf nicht bestehen.

Das SG Aachen erachtet die Aufteilung nach Zeitanteilen als schwierig

Häusliche Pflege

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. Dies bedeutet, dass es bei Notwendigkeit einer 24-stündigen Behandlungssicherungspflege und gleichzeitigem Grundpflegebedarf aus verfassungsrechtlichen Gründen keine Finanzierungslücke geben kann. Die Leistung muss vollständig seitens der Kranken- und Pflegeversicherung finanziert sein. ■

Urteile+ ++ Urteile +++ Urteile +++

Pflegekasse muss Deckenlifter bezuschussen

Der 1993 geborene Kläger leidet an mehrfachen schweren körperlichen und geistigen Behinderungen. Ihm wurde die Pflegestufe III zuerkannt. Unter Vorlage einer ärztlichen Verordnung beantragte der Kläger im Jahr 2003 die Gewährung einer Decken-Litftanlage mit umhängbarem Deckenlifter für drei Räume (Bad, Toilette und Kinderzimmer) mit Decken-