



Krankenkasse oder Eingliederungshilfe?

*Abwägungen zum Leistungsanspruch bei
medizinischem Interventionsbedarf*



A. Orientierung

1. Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)
2. Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)
3. Eingliederungshilfe (SGB XII)



1. Gesetzliche Krankenversicherung GKV

Die GKV schuldet grundsätzlich als Leistung „Behandlungspflege“. Bei der Feststellung des Umfangs können unterschiedliche Interpretationen zwischen

- a. den Krankenkassen und
- b. der Sozialgerichtsbarkeit
erkannt werden.

a. Gesetzliche Krankenversicherung GKV

Die Krankenkassen bestimmen ihren Leistungsumfang anhand des Leistungskatalogs der Richtlinie zur Häuslichen Krankenpflege (HKP-RL)

- sofern Leistungen nicht im Katalog der HKP-RL beschrieben sind, lehnen die Krankenkassen eine Leistungspflicht regelmäßig ab.

b. Sozialgerichtsbarkeit

Das BSG definiert die Behandlungspflege als „alle krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen“.

„Krankheitsspezifisch“ sind alle Pflegemaßnahmen die unmittelbar auf eine Erkrankung zurückzuführen sind oder untrennbar mit ihr verbunden sind.

Die Sozialgerichtsbarkeit betont, dass sie nicht durch die HKP-RL gebunden ist. Sie leitet den jeweiligen Anspruch direkt aus dem Gesetz ab.

c. Festlegung des Umfangs der Behandlungspflege

Der Leistungskatalog der HKP-RL stellt eine Einschränkung der Behandlungspflege dar.

Krankenkassen können Leistungen außerhalb des Leistungskatalogs im Rahmen von Einzelfallentscheidungen zusprechen.

Betroffene müssen für Leistungen außerhalb des Leistungskatalogs der HKP-RL fast immer die Sozialgerichte anrufen.

d. Einschränkung der Leistungspflicht durch die Form der Haushaltsführung

Die Leistungspflicht der Krankenkassen besteht wegen der Regelung des § 43 SGB XI nur außerhalb von vollstationären Pflegeeinrichtungen.

In vollstationären Pflegeeinrichtungen müssen die Krankenkassen keine Behandlungspflege leisten.

Sofern jedoch eine vollstationäre Pflegeeinrichtung Leistungen der Außerklinischen Intensivpflege erbringt und der Versicherte gem. § 37c SGB V anspruchsberechtigt ist, übernimmt die Krankenkasse sämtliche Kosten.

e. Zwischenfazit

Sofern aufgrund der Schwere der Erkrankung des Versicherten ein Anspruch auf Außerklinische Intensivpflege gem. § 37c SGB V besteht. Hat der Versicherte umfängliche Leistungsansprüche gegen die Krankenversicherung die auch bei einer vollstationären Versorgung bestehen.

Unterhalb der Schwelle zur Außerklinischen Intensivpflege bestehen Ansprüche des Versicherten auf Behandlungspflege nur außerhalb von vollstationären Pflegeeinrichtungen.

2. Soziale Pflegeversicherung PV

Die pflegerischen Leistungen der PV treten hinter der Behandlungspflege der GKV weitgehend zurück.

Dies wird auch in der Rechtsprechung des BSG deutlich, dass im Zweifel bei Pflegemaßnahmen eine Leistungspflicht der GKV annimmt, um den Leistungsanspruch gegen die Pflegeversicherung möglichst ungeschmälert für den Pflegebedürftigen zu erhalten.

Leistungen der PV werden dementsprechend vornehmlich, in der Haushaltsführung realisiert.

3. Eingliederungshilfe

Leistungen der Eingliederungshilfe treten vor allem als ergänzende Leistungen auf.

Im Bereich der Bildung sind zum Beispiel ergänzende pädagogische Leistungen zur Vermittlung von Unterrichtsstoff oder zur Unterstützung der Alltagsgestaltung möglich.



B. Abgrenzungen

Leistungsüberschneidungen und Leistungskonkurrenz können auf zwei Ebenen entstehen

1. zwischen den Leistungsbereichen
2. innerhalb eines Leistungsbereich



1. Leistungsüberschneidungen zwischen den Leistungsbereichen

a. Allgemeines
Leistungsüberschneidungen zwischen den Leistungsbereichen sind zumeist von untergeordneter Bedeutung. Dies liegt vor allem daran, dass die Leistungen der Behandlungspflege bei der Versorgung schwerst-erkrankter Menschen die dominierenden Leistungen darstellen und die übrigen Leistungen in ihrer wirtschaftlichen Dimension eher einen ergänzenden Charakter haben.



1. Leistungsüberschneidungen zwischen den Leistungsbereichen

b. Leistungsüberschneidungen zwischen GKV und PV

Leistungsüberschneidungen zwischen diesen Leistungsbereichen können vornehmlich im Bereich der Behandlungspflege (GKV) und körperbezogenen Pflegemaßnahmen (PV) auftreten.

Die einzelne Pflegemaßnahme kann in ihrer Ausführung nicht unterschieden werden, ob es sich um eine Maßnahme der Behandlungspflege oder eine körperbezogene Pflegemaßnahme handelt.

Die Abgrenzung erfolgt aufgrund der Definition der Behandlungspflege des BSGs erfolgen. Die Pflegemaßnahme ist demnach eine Leistung der Behandlungspflege, wenn sie durch die Erkrankung begründet ist. Die Behandlungspflege ist der Pflegebedarf nach Eintritt der Erkrankung abzüglich des Pflegebedarfs, der vor der Erkrankung bestand.

1. Leistungsüberschneidungen zwischen den Leistungsbereichen

c. Leistungsüberschneidungen zwischen GKV und Eingliederungshilfe

Leistungsüberschneidungen zwischen diesen Leistungsbereichen sind vor allem von Krankenkassen bei zwei Tatbeständen angenommen worden. Zum einen bei der Leistungserbringung von Außerklinischer Intensivpflege durch Pflegehelfer. Zum anderen bei der Schulbegleitung an Diabetes erkrankter Kinder. Die Sozialgerichtsbarkeit hat diese Leistungsverchiebungen aus dem Bereich der GKV in den Bereich der Eingliederungshilfe nicht nachvollzogen. Die Sozialgerichtsbarkeit bestätigte beide Leistungen entweder als Behandlungspflege oder als Leistungen der Außerklinische Intensivpflege.

1. Leistungsüberschneidungen zwischen den Leistungsbereichen

d. Leistungsüberschneidungen zwischen PV und Eingliederungshilfe

Leistungsüberschneidungen zwischen diesen Leistungsbereichen können im Bereich der Betreuungsleistungen auftreten. Tatsächlich ist eine echte Anspruchskonkurrenz anzunehmen. Diese kann jedoch über das Wahlrecht des Betroffenen gelöst werden. Insbesondere unterliegen die Betreuungsleistungen der PV keiner Prüfung, ob eine anderweitige Leistungspflicht eines anderen Leistungsträgers besteht.

2. Leistungskonkurrenz im Leistungsbereich der GKV

a. Allgemeines

Mit der Regelung des § 37c SGB V wurde die Leistungsziffer 24. der HKP-RL („Spezielle Krankenbeobachtung“) in eine eigenständige gesetzliche Regelung überführt. Die Frage die sich an diesen Vorgang anschließt ist, ob es außerhalb der Regelung des § 37c SGB V noch weitere Krankenbeobachtungstatbestände im Rahmen der Behandlungspflege nach § 37 II SGB V gibt, oder ob die Regelung des § 37c SGB V keine weiteren Krankenbeobachtungstatbestände zulässt.

2. Leistungskonkurrenz im Leistungsbereich der GKV

b. Unterschiedliche Formen der Krankenbeobachtung
Es können drei unterschiedlichen Formen der Krankenbeobachtung identifiziert werden:

1. Die spezielle Krankenbeobachtung § 37c SGB V
2. Die qualifizierte Krankenbeobachtung § 37 II SGB V
3. Die einfache bzw. allgemeine Krankenbeobachtung / Beobachtungsassistenz § 37 II SGB V



2. Leistungskonkurrenz im Leistungsbereich der GKV

Die drei Formen können anhand der pflegefachlichen Qualifikation der leistungserbringenden Person unterschieden werden:

1. Die geeignete Pflegefachkraft. Eine examinierte Pflegefachkraft mit besonderen Kompetenzen insbesondere in der Beatmungspflege für die spezielle Krankenbeobachtung gem. § 37c SGB V
2. Die examinierte Pflegefachkraft für die qualifizierte Krankenbeobachtung gem. § 37 II SGB V
3. Pflegelaien und Pflegehilfskräfte für Leistungen der einfachen bzw. allgemeinen Krankenbeobachtung oder Beobachtungsassistenz § 37 II SGB V



2. Leistungskonkurrenz im Leistungsbereich der GKV

c. Anspruchsvoraussetzungen Krankenbeobachtung

- Ärztlich diagnostizierte Erkrankung
- Aufgrund der Erkrankung können unplanmäßig lebensbedrohliche Situationen oder Gefahren erheblicher Gesundheitsschäden eintreten (Interventionsbedarf)
- Zur Abwehr der lebensbedrohlichen Situation oder Abwendung der Gesundheitsgefährdung müssen Maßnahmen ergriffen werden (Intervention).

2. Leistungskonkurrenz im Leistungsbereich der GKV

d. Bestimmung der Form der Krankenbeobachtung

Für die Feststellung um welche Form der Krankenbeobachtung es sich handelt, ist die Interventionsqualität maßgeblich.

- Eine spezielle Krankenbeobachtung ist grundsätzlich bei Interventionen bei beatmeten oder tracheotomierten Patienten gegeben, weil hier bei der leistungserbringenden Person Kompetenzen der Beatmungspflege erforderlich sind. (§ 37c SGB V)
- Sofern eine medikamentöse Intervention genügt und keine Beatmung oder ein Tracheostoma vorliegt, handelt es sich um eine qualifizierten Krankenbeobachtung. (§ 37 II SGB V)
- Ist eine lediglich physische Intervention z.B. zur Abwehr eines Sturzes vor ist eine einfache oder allgemeine Krankenbeobachtung bzw. eine Beobachtungsassistenz gegeben. (§ 37 II SGB V)

2. Leistungskonkurrenz im Leistungsbereich der GKV

e. Verordnung

- Für die spezielle Krankenbeobachtung müssen die Assessments des § 37c SGB V erfüllt sein sowie eine entsprechende Verordnungsbefugnis des verordnenden Arztes vorliegen.
- Die Verordnung qualifizierter Krankenbeobachtung sowie einfacher, allgemeiner Krankenbeobachtung kann durch den Hausarzt erfolgen

2. Leistungskonkurrenz im Leistungsbereich der GKV

f. Realisierung des Anspruchs

- Der Anspruch einer speziellen Krankenbeobachtung kann sowohl vollstationär als auch ambulant realisiert werden.
- Der Anspruch einer qualifizierten Krankenbeobachtung sowie einer einfachen, allgemeinen Krankenbeobachtung kann nur ambulant realisiert werden.



C. Fazit

Die intendierten Leistungsverlagerungen aus dem Bereich der GKV in die Eingliederungshilfe sind von den Sozialgerichten nicht bestätigt worden. Mit der Streichung der Ziffer 24. aus dem Leistungskatalog der HKP-RL sind die qualifizierte sowie die einfache, allgemeine Krankenbeobachtung als verordnungsfähige Leistungen der Häuslichen Krankpflege gem. § 37 SGB V nicht ausgeschlossen worden.

Dadurch können Versorgungsbedarfe die in ihrer Interventionsqualität keiner besonderen Kenntnisse der Beatmungspflege bedürfen bedarfsgerecht versorgt werden.

D. Ausblick

- aktuelle Initiative zur Erweiterung des Leistungskatalogs der HKP-RL
- Entsprechende Anfrage des G-BA bei Selbsthilfeorganisationen
- Ausdifferenzierung der Phase F in „beatmet“ (AKI § 37c SGB V) und „neurologische Fachpflege“ (nicht-beatmet, vollstationär SGB XI)



Fortsetzung folgt!

Neuregelung der außerklinischen Intensivpflege wird die Länder jährlich bis zu 2 Mrd. € kosten

In Deutschland gibt es rund 20.000 Menschen die anstatt auf einer klinischen Intensivstation in ihren eigenen vier Wänden versorgt werden. Mit der Neuregelung der außerklinischen Intensivpflege wollten die Krankenkassen etwa ein Drittel der dabei anfallenden Kosten einsparen.

In dem ersten Gesetzentwurf der Bundesregierung, dem Rehabilitations- und Intensivpflegestärkungsgesetz (RISG), sollte dieses Sparziel über die Verweisung von Betroffenen aus dem eigenen Zuhause in Pflegeheime erreicht werden. Nach breiten, bundesweiten Protesten wurde auf die Zwangsverweisung verzichtet.

An dem Sparziel halten die Gesetzlichen Krankenkassen aber weiterhin fest. In dem von der Bundesregierung eingebrachten GKV-Intensivpflege und Rehabilitations-Stärkungsgesetz (IPReG) sollen die Einsparungen nunmehr durch Einschränkungen des Leistungsbereichs der Krankenkassen erreicht werden. Die dadurch entstehenden Versorgungslücken sollen durch die Kommunen und die Angehörigen geschlossen werden.

Wegen des Fachkräftemangels kommen die Krankenkassen besonders im ländlichen Raum Ihrer Leistungspflicht nicht nach. Deshalb müssen dort viele Betroffene akzeptieren, dass Leistungen, die eigentlich von examinierten Pflegefachkräften ausgeführt werden müssten, nur von Pflegehelfern ausgeführt werden. Der Einsatz von Pflegehelfern war bislang möglich, weil die Unterstützung der Betroffenen auch durch Laien erfolgen konnte und dementsprechend von den Krankenkassen erstattet wurde. Mit der Neuregelung können die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nur durch examinierte Pflegefachkräfte erbracht werden. Es zeichnet sich ab, dass die Krankenkassen zukünftig nur diese Leistungen erstatten werden. Die Leistungen der Pflegehelfer sollen dann von den Sozialämtern übernommen werden. Nach Einschätzung des SelbstHilfeVerband – FORUM GEHIRN e.V. werden die Kommunen dabei jährlich mit 600 – 750 Mio. € belastet.

Darüber hinaus steht zu befürchten, dass in absehbarer Zeit die Kosten für die Grundpflege der schwerst Betroffenen nicht mehr durch die Krankenkassen getragen werden. Bislang waren die Krankenkassen gesetzlich dazu verpflichtet alle durch die schwere Krankheit verursachten Pflegebedarfe abzudecken und zu erstatten. Zukünftig können die Krankenkassen über den Gemeinsamen Bundesausschuss selbstständig beschließen, welche Leistungen im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege erstattet werden. Wenn die Leistungen der Grundpflege zukünftig nicht mehr von den Krankenkassen erstattet werden, müssen die Kommunen mit weiteren Belastungen von jährlich 1,5 Mrd. € im Bereich „Hilfe zur Pflege“ rechnen.