

Die Kassenleistung ausschöpfen

Bei rund um die Uhr notwendiger Intensivpflege entstehen wegen der ständigen Anwesenheit einer Pflegefachkraft schnell relativ hohe Kosten. Die Kranken- und Pflegekasse des Patienten übernimmt jeweils nur bestimmte Teilbeträge. Der Pflegedienst sollte wissen, welcher Kostenträger für welchen Teil der Gesamtkosten zur Leistung verpflichtet ist – hierzu hat das BSG grundlegend neu Recht gesprochen.

Von Henning Sauer

Bei einem intensivpflegebedürftigen Patienten sind sowohl behandlungs- als auch grundpflegerische Leistungen zu erbringen. In der Vergangenheit war mitunter unklar, ob und wie die Grundpflege bei rund um die Uhr notwendiger Behandlungspflege zu berücksichtigen ist. Das Bundessozialgericht (BSG) hatte im Jahr 1999 im sogenannten Drachenflieger-Urteil entschieden, dass der auf die Grundpflege täglich entfallende Zeitanteil voll von den 24 Stunden

abzuziehen sei, da die Behandlungspflege während dieser Zeit in den Hintergrund trete.

Nachdem in der Folgezeit einige Sozialgerichte sehr unterschiedliche Kostenaufteilungen vorgenommen haben, hat das Bundessozialgericht in seinem wegweisenden Urteil vom 17. Juni 2010 (Az. B KR 7/09) die Finanzierungszuständigkeiten grundlegend neu geregelt: Es hat entschieden, dass der Zeitaufwand der Grundpflege bei der ambulanten Intensivpflege nicht in

vollem Umfang, sondern nur noch anteilig abgezogen werden darf. Die Krankenkasse muss also mehr Leistungen bezahlen, die Patienten werden finanziell erheblich entlastet.

Umfassender Anspruch auf Häusliche Krankenpflege

Nach der Entscheidung des BSG haben die Versicherten einen umfassenden Anspruch auf häusliche Krankenpflege, der durch den Anspruch gegenüber der Pflegekasse lediglich ergänzt wird, soweit er die „reine“ Grundpflege beinhaltet. Da die Krankenkassen bereits nach § 37 Absatz 2 SGB V für die im Grundpflegeaufwand berücksichtigten verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen zuständig sind, kann der hierauf entfallende Zeitanteil nicht von den 24 Stunden abgezogen werden. Die Kasseler Richter haben in diesem Zusammenhang auch deutlich hervorgehoben, dass bei gleichzeitiger Grund- und Behandlungspflege keine dieser Leistungen in den Hintergrund tritt, sondern beide Leistungsbereiche gleichberechtigt nebeneinander stehen. Da auch während der Durchführung der Grundpflege weiterhin Behand-

lungspflege geleistet werde, sei der übrige Zeitaufwand für die um die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen bereinigte Grundpflege nur zur Hälfte von den 24 Stunden in Abzug zu bringen, so das BSG. Damit setzt sich der Anspruch gegen die Krankenkasse wie folgt zusammen:

1. Der rund um die Uhr intensivpflegebedürftige Patient hat grundsätzlich einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege im Umfang von 24 Stunden pro Tag.
2. Der im MDK-Gutachten ausgewiesene aktuelle Zeitbedarf für die Grundpflege ist zunächst um den Zeitanteil der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen zu kürzen.
3. Der hierdurch ermittelte Zeitbedarf der bereinigten Grundpflege ist zu halbieren.
4. Dieser Zeitwert ist von dem Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach Ziffer 1 in Abzug zu bringen.

Dabei ist berücksichtigt, dass der Anspruch auf häusliche Krankenpflege die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen auch dann umfasst, wenn dieser Hilfebedarf bereits bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt wurde.

Betroffene werden finanziell entlastet

Das nun vom BSG vorgegebene Schema betrifft die in der Praxis häufigen Fälle, dass Grund- und Behandlungspflege vollständig von einem Pflegedienst ausgeführt werden, die hauswirtschaftliche Versorgung jedoch von den Angehörigen oder anderen Personen geleistet wird. Das spart den Betroffenen bares Geld, weil die über den Sachleistungsbetrag hinausgehenden Eigenanteile in der Pflegeversicherung erheblich reduziert werden. In den meisten Fällen werden vom Patienten wegen der gedeckelten Leistungen der Pflegeversicherung noch Eigenanteile zu zahlen sein. Diese lassen sich auch nicht dadurch vermeiden, dass der Patient auf die Beantragung von Pflegesachleistungen verzich-



tet oder den entsprechenden Leistungsantrag wieder zurücknimmt. In Ausnahmefällen ist aber sogar denkbar, dass dem Patienten noch Pflegegeld im Rahmen der Kombinationsleistung verbleibt.

Anders ist es, wenn die Angehörigen auch die Grundpflege vollständig übernehmen und der Pflegedienst ausschließlich behandlungspflegerische Leistungen erbringt. Zu einer parallelen Zuständigkeit der Kranken- und Pflegekasse kann es dann nicht kommen, weil die Leistungen nicht von ein- und derselben Pflegekraft durchgeführt werden. Nach § 13 Absatz 2 SGB XI bleiben die Leistungen der Häuslichen Krankenpflege von den Pflegeversicherungsleistungen unberührt. § 37 SGB V ist demnach so anzuwenden, als ob es die Leistungen der Pflegeversicherung nicht gäbe. Das Hessische Landessozialgericht (LSG) hat diese Konstellation mit Urteilen vom 9. Dezember 2010 auch bereits entschieden. Die Krankenkasse hat den Anspruch aus § 37 Absatz 2 SGB V in diesem Fall ohne Abzüge zu erfüllen. Nach Auffassung der Darmstädter Richter steht einem Versicherten dann zusätzlich das volle Pflegegeld nach § 37 SGB XI zu. Der Pflegebedürftige ist insbesondere nicht verpflichtet, mit Rücksicht auf das Wirtschaftlichkeitsgebot Pflegesachleistungen in

Laut BSG-Urteil darf in der Häuslichen Intensivpflege der Zeitaufwand für Grundpflege nur noch anteilig von der Krankenpflege abgezogen werden.

Foto: imago/biky



Henning Sauer, Rechtsanwalt, Fachanwalt für Sozialrecht in der Kanzlei Iffland & Wischnewski in Darmstadt (www.iffland-wischnewski.de)

Anspruch zu nehmen, nur weil er die gleichzeitig erforderliche Behandlungspflege als Sachleistung erhält und deshalb eine Fachkraft bereitsteht, die theoretisch auch die Pflegesachleistungen erbringen könnte.

Die Umsetzung der Entscheidung des BSG vom 17. Juni 2010 stößt bei einigen Kostenträgern nach wie vor auf Widerstand. Sie hat aber für alle ambulanten Intensivpflegedienste und deren Patienten erhebliche Bedeutung. Der Pflegedienst sollte daher wissen, welchen Anteil der Gesamtkosten die Krankenkasse zu übernehmen hat und welche finanzielle Belastung auf den Patienten zukommt. In laufenden Behandlungsfällen sollte geprüft werden, ob die Genehmigung der Krankenkasse der aktuellen Rechtslage entspricht. Außerdem sollte darauf geachtet werden, dass vom MDK bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit alle verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen auch erfasst und im Gutachten ausgewiesen werden.

Rechtsprechung

Kommentare zur aktuellen Rechtsprechung finden Sie auch im **Web-TV** auf HÄUSLICHE PFLEGE Online: www.haesuliche-pflege.vincentz.net/webtv/