

HKP-Leistungen in der stationären Behindertenhilfe: Neue Chancen für Pflegedienste

Nicht gesprochenes Urteil gibt wichtige Hinweise



Foto: Susanne El-Nawab

Fallen stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe unter die „sonstigen geeigneten Orte“ im Sinne des § 37 SGB V? Krankenkassen streiten seit Langem mit Trägern und Bewohnern über diese Frage. Eine jüngst erwartete Grundsatzentscheidung des Bundessozialgerichts blieb zwar aus, liefert aber dennoch neue und relevante Erkenntnisse.

Von Jasmin Fischer

Gericht hat rechtliche Erwägungen offengelegt

Auch viele ambulante Pflegedienste haben die Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) herbeigesehnt. Bislang warten sie oft bis zur gerichtlichen Klärung für den jeweiligen Einzelfall auf die Vergütung ihrer Leistungen aus Einsätzen in der stationären Behindertenhilfe. Und das kann häufig Jahre dauern. Anfang November 2011 sollte das BSG nun endlich eine Grundsatzentscheidung treffen, inwieweit Leistungen der HKP von Pflegediensten gegenüber den Krankenkassen abgerechnet werden können. Diese ist zwar von der beteiligten Krankenkasse verhindert worden. Das BSG hat aber in der Gerichtsverhandlung wichtige Hinweise gegeben. Einrichtungen der stationären Behindertenhilfe können demnach erreichen, dass sie künftig Behandlungspflege nicht mehr selbst erbringen oder bezahlen müssen.

Seit dem 1. April 2007 gilt die neue Fassung des § 37 SGB V, der

die Voraussetzungen der Häuslichen Krankenpflege regelt. Bis dahin konnten den Versicherten Leistungen der Behandlungspflege nur im eigenen Haushalt oder in der Familie zulasten der Krankenkasse verordnet werden. Mit der Neuregelung durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) wurde der Anwendungsbereich auf sonstige geeignete Orte erweitert. Daraufhin änderte auch der Gemeinsame Bundesausschuss im Frühjahr 2008 seine Richtlinie über die Verordnung Häuslicher Krankenpflege. Ein sonstiger geeigneter Ort liegt seither vor, wenn

- sich der Versicherte dort regelmäßig wiederkehrend aufhält,
- die verordnete Maßnahme dort unter geeigneten räumlichen Verhältnissen zuverlässig durchgeführt werden kann und
- die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist.

Winkelzug der Kostenträger verhindert Klärung

Kaum war die Gesetzesänderung da, entbrannte auch schon der juristische Streit, ob auch stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe sonstige geeignete Orte sind. Selbst verschiedene Landessozialgerichte haben diese Frage unterschiedlich beantwortet. Die ablehnende Entscheidung des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen sollte nun vom BSG überprüft werden. Urteil und Entscheidungsgründe wurden von Einrichtungen und Fachjuristen mit Spannung erwartet. Endlich stand eine bundesweit einheitliche höchstrichterliche Rechtsprechung konkret in Aussicht. Nach der Entscheidung des BSG hätten sich zukünftig Krankenkassen wie Sozialhilfeträger richten müssen.

Ein Winkelzug der Kostenträger aber verhinderte genau diese notwendige Klärung. In der Verhandlung erkannte der beklagte Sozialhilfeträger den Anspruch an. Die eingeladene Krankenkasse erklärte

sich bereit, die seit April 2007 entstandenen Kosten der HKP in dem konkreten Einzelfall zu übernehmen. Das Verfahren wurde dadurch erledigt, das BSG konnte kein Urteil mehr fällen. Das Motiv der Krankenkasse liegt dabei auf der Hand: Ergeht keine Grundsatzentscheidung, kann in jedem Einzelfall die Genehmigung der ärztlichen Verordnung auch weiterhin erst einmal abgelehnt werden. Klagen erheben die wenigsten Betroffenen. Das spart den Krankenkassen Geld. Und die weiter bestehende Rechtsunsicherheit führt dazu, dass Pflegedienste oft nicht bereit sind, die Versorgung zu übernehmen, es sei denn, der Bewohner oder Einrichtungsträger zahlt. Die Sozialhilfeträger können die stationären Einrichtungen weiter unter Druck setzen, die Behandlungspflege selbst zu übernehmen.

BSG entlässt Krankenkassen nicht aus ihrer Pflicht

Dennoch haben die Behinderteneinrichtungen wichtige Hinweise bekommen, wie die Behandlungspflege ambulant erbracht und gegenüber den Krankenkassen abgerechnet werden kann. Das Gericht hat in der mündlichen Verhandlung seine rechtlichen Erwägungen offengelegt. Nach Auffassung des BSG hängt der Anspruch auf Häusliche Krankenpflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe gegen die Krankenkassen davon ab, dass kein Anspruch des Versicherten auf Erbringung von Behandlungspflegeleistungen aus dem Heimvertrag besteht. Ob das der Fall ist, müsse zukünftig für jeden Einzelfall separat geprüft werden. Aus den Aussagen des Gerichts ergibt sich eindeutig, dass auch das BSG in Einrichtungen der Behindertenhilfe einen sonsti-



Jasmin Fischer,
Rechtsanwältin,
Kanzlei Iffland
& Wischniewski,
Darmstadt

gen geeigneten Ort erkennt und die Krankenkassen prinzipiell nicht aus ihrer Pflicht entlässt. Die Leistungspflicht der Krankenversicherung soll nur dann ausgeschlossen sein, wenn die stationäre Behinderteneinrichtung ihrerseits vertraglich verpflichtet ist, die Behandlungspflege selbst zu erbringen.

Es ist ärgerlich, dass die Krankenkassen einmal mehr eine Grundsatzentscheidung und damit eine allgemeine und dauerhafte Klärung der Rechtslage verhindert haben. Trotzdem sind die Einrichtungen der Behindertenhilfe und ambulante Pflegedienste nicht machtlos. Die Kostenübernahme setzt voraus, dass die Einrichtung

- weder durch den für sie geltenden Landesrahmenvertrag noch
- durch die Leistungsvereinbarung mit dem Sozialhilfeträger noch
- noch durch den mit dem Bewohner abgeschlossenen Heimvertrag zur Leistung der Behandlungspflege verpflichtet ist. Die pauschale Vergütung der Pflegekasse gemäß § 43 a SGB XI steht dem Anspruch nicht entgegen. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sind davon Behandlungs- pflegeleistungen, die in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe erbracht werden, nicht erfasst.

Krankenkassen zur Leistung anhalten

Wenn Behinderteneinrichtungen selbst keine Behandlungspflege erbringen möchten, sollten sie ihren Bewohnern also raten, sich die Leistungen ärztlich verordnen zu lassen, einen ambulanten Pflegedienst zu beauftragen und die Genehmigung bei ihrer Krankenkasse zu beantragen. Lehnt die Krankenkasse den Antrag ab, sollte der Bewohner Widerspruch gegen den Ablehnungsbescheid einlegen und seinen Anspruch, soweit erforderlich, einklagen. Nur so können die Kassen zur Leistung angehalten werden. Eine enge Zusammenarbeit mit einem ambulanten Pflegedienst, der die Verordnungsmöglichkeiten kennt und dem Arzt vermitteln kann, ist dabei wichtig. Denn oft verordnen Ärzte aus Unkenntnis der Rechtslage oder von den Krankenkassen verunsichert Häusliche Krankenpflege nicht.

Die Einrichtungsträger müssen ihre Heimverträge dahingehend überprüfen, ob sie zur Erbringung von Behandlungspflege verpflichtet sind. Sofern mit dem Landesrahmenvertrag vereinbar, ist zu empfehlen, diese Verpflichtung zukünftig im Heimvertrag ausdrücklich auszuschließen und die Leistungsvereinbarungen gegebenenfalls neu mit dem Leistungsträger zu verhandeln. Auch den Sozialhilfeträgern sollte daran gelegen sein, Regelungen zu finden, die zu einer Leistungspflicht der Krankenkassen führen. Sie müssen dann nicht selbst die Kosten der Behandlungspflege als Leistung der Eingliederungshilfe tragen. Für Einrichtungsträger kann es zu zeitlicher und finanzieller Entlastung führen, wenn die Leistungen zulasten der Krankenkassen durch einen Pflegedienst erbracht werden. Dadurch, dass die Leistungen von Pflege(fach)kräften erbracht werden, ist die Pflegequalität sichergestellt und zusätzlich der Einrichtungsträger haftungsrechtlich besser gestellt.

Sozialhilfeträger muss ggf. Leistungen vorfinanzieren

Pflegedienste können nach Aussagen des BSG auch weiterhin Leistungen der Behandlungspflege in stationären Behindertenwohnheimen erbringen. Sofern die Krankenkasse die Genehmigung als Sachleistung abgelehnt hat und ein Rechtsstreit geführt werden muss, sollten sie klären, wer die anfallenden Kosten zumindest vorläufig übernimmt. Da die Bewohner in der Regel nicht in der Lage sind, die Leistungen vorzufinanzieren, muss gegebenenfalls der Sozialhilfeträger vorläufig einspringen. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass die Einrichtung dem Bewohner ein zinsloses Darlehen gewährt oder der Pflegedienst seine Forderungen bis zum Abschluss des Rechtsstreits nicht geltend macht. ■

Mehr zum Thema

Im Beitrag „Mehr Freiraum für faire Verhandlungen“ erörtert *Sascha Iffland* ein aktuelles BSG-Urteil zu neuen Möglichkeiten in den Vergütungsverhandlungen der HKP.

► Problem + Lösung

Problem: Pflegedienste können nach Aussagen des BSG weiterhin Leistungen in stationären Behinderteneinrichtungen erbringen. Rechtsstreitigkeiten mit den Krankenkassen können jedoch zu verzögerten Leistungszahlungen führen.

Lösung: Die Kosten muss zumindest vorläufig der Sozialhilfeträger übernehmen, wenn der Bewohner selber nicht dazu in der Lage ist. Es ist aber ebenso möglich, dass die Einrichtung dem Bewohner ein zinsloses Darlehen gewährt.