

Anlage 1

Die Versorgung der Versicherten der Gesetzlichen Krankenkasse mit "**häuslicher Krankenpflege**" gemäß **§ 37 SGB V** ist in den **Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Versorgung von "häuslicher Krankenpflege" nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V vom 16.2.2000** geregelt worden.

Demnach wird häusliche Krankenpflege im Haushalt des Versicherten oder seiner Familie erbracht.

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen

- die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann und
- für die Erbringung der einzelnen Maßnahmen geeignete räumliche Verhältnisse vorliegen (z.B. im Hinblick auf hygienische Voraussetzungen, Wahrung der Intimsphäre, Beleuchtung), wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. Orte im Sinne des Satz 2 können insbesondere Schulen, Kindergärten, betreute Wohnformen oder Arbeitsstätten sein.

Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht auch in Behindertenwerkstätten, wenn die Intensität oder Häufigkeit der in der Werkstatt zu erbringenden Pflege so hoch ist, dass nur durch den Einsatz einer (zusätzlichen) Pflegefachkraft

Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit (§ 37 Abs. 1 SGB V) vermieden oder das Ziel der ärztlichen Behandlung gesichert werden kann und die Werkstatt für behinderte Menschen nicht auf Grund des § 10 der Werkstättenverordnung verpflichtet ist, die Leistung selbst zu erbringen.

Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht für Versicherte in Pflegeheimen, die auf Dauer voraussichtlich für mindestens 6 Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist, insbesondere weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität oder Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder
- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist und umfasst:
 - a) Maßnahmen als Bestandteil der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (**Behandlungspflege**),
 - b) Grundverrichtungen des täglichen Lebens (**Grundpflege**) und
 - c) Maßnahmen die zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung allgemein notwendig sind (**hauswirtschaftliche Versorgung**).

Die Verordnung häuslicher Krankenpflege ist nur zulässig, wenn der Versicherte wegen einer Krankheit der ärztlichen Behandlung bedarf und die häusliche Krankenpflege Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplanes ist. Häusliche Krankenpflege ist dann eine Unterstützung der ärztlichen Behandlung mit dem Ziel,

- dem Versicherten das Verbleiben und die möglichst frühzeitige Rückkehr in seinen häuslichen Bereich zu erlauben (**Krankenhausvermeidungspflege**)

Anlage 1

- ambulante ärztliche Behandlung zu ermöglichen und deren Ergebnis zu sichern (**Sicherungspflege**).

Voraussetzung der Krankenhausvermeidungspflege ist, dass Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Es besteht dabei Anspruch auf Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Unterstützung. Die Dauer ist auf bis zu 4 Wochen maximal pro Krankheitsfall beschränkt, in begründeten Ausnahmefällen auch länger (der MDK ist hierzu hinzuzuziehen).

Zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung kann Behandlungspflege von unbegrenzter Dauer verordnet werden. Grundpflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen sind satzungsabhängige Mehrleistungen (so lange keine Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI besteht).

Der Anspruch besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken im erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann. Ist dem Vertragsarzt bekannt, dass eine im Haushalt des Versicherten lebende Person die erforderlichen Maßnahmen durchführen kann, hat die Verordnung zu unterbleiben. Dies trifft auch zu, sobald Teilbereiche der häuslichen Krankenpflege durch diese Person übernommen werden können: Dann hat die Verordnung für diese Teilbereiche zu unterbleiben.

Kann eine im Haushalt des Versicherten lebende Person nach Einschätzung des Arztes die erforderlichen Maßnahmen oder Teilbereiche nicht übernehmen, hat er dies auf der Verordnung entsprechend anzugeben. Kann der Vertragsarzt nicht eindeutig beurteilen, ob eine im Haushalt des Versicherten lebende Person die erforderlichen Maßnahmen oder Teilbereiche erbringen kann, hat er dies auf der Verordnung entsprechend anzugeben.

Die ärztliche Verordnung erfolgt auf einem vereinbarten Vordruck (Muster 12) unter Angabe von

- den verordnungsrelevanten Diagnosen
- den zu erbringenden Leistungen
- Beginn, Häufigkeit und Dauer der zu erbringenden Leistungen.

Der Vertragsarzt muss sich von dem Zustand des Kranken und der Notwendigkeit häuslicher Krankenpflege persönlich überzeugen oder beides muss ihm aus der laufenden Behandlung bekannt sein. Der Vertragsarzt hat sich über den Erfolg der verordneten Maßnahmen zu vergewissern. Um dies sicher zu stellen, soll insbesondere die Erstverordnung einen Zeitraum bis zu 14 Tagen nicht überschreiten.

Die Koordination der Zusammenarbeit mit Pflegediensten und Krankenkassen übernimmt der behandelnde Vertragsarzt. Hält ein Krankenhausarzt die Entlassung eines Patienten für möglich und ist aus seiner Sicht häusliche Krankenpflege erforderlich, informiert er rechtzeitig den behandelnden Vertragsarzt, damit die notwendige häusliche Krankenpflege verordnet werden kann. Ist dieser nicht zu erreichen, kann der Krankenhausarzt die Verordnung ausstellen, längstens jedoch für drei Werktage. Die Nichterreichbarkeit ist vom Krankenhausarzt zu dokumentieren.

Diese Leistungen werden im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit einem Punktwert vergütet.

Die häusliche Krankenpflege kann somit folgende Sachleistungen umfassen:

Behandlungspflege beinhaltet Maßnahmen, die üblicherweise durch eine qualifizierte Pflegekraft erbracht werden, wie z. B. Verbandwechsel, Katheterwechsel usw.

Anlage 1

Grundpflege umfasst Hilfe bei den Verrichtungen der Körperpflege, Ernährung und Mobilität, also Grundverrichtungen des täglichen Lebens.

Hauswirtschaftliche Versorgung: Sie beinhaltet Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung grundlegender Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung allgemein notwendig sind (z.B. Einkaufen, Reinigen der Wohnung, Kochen usw.).

Wie oben ausgeführt, unterscheidet die Krankenversicherung bei der häuslichen Krankenpflege einerseits **Krankenhausvermeidungspflege** und **Sicherungspflege**, andererseits Leistungen zur **hauswirtschaftlichen Versorgung**.

Die **Krankenhausvermeidungspflege** (§ 37 Abs. 1 SGB V) ist verordnungsfähig, wenn die Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie vermieden oder verkürzt wird. Die Krankenhausvermeidungspflege beinhaltet zwingend Behandlungspflege. Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung können bei Erfordernis parallel zu Lasten der Krankenversicherung geleistet werden.

Die häusliche Krankenpflege als **Sicherungspflege** (§ 37 Abs. 2 SGB V) ist verordnungsfähig, wenn die ambulante vertragsärztliche Versorgung nur durch häusliche Krankenpflege sichergestellt werden kann, weil eine im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in erforderlichem Umfang pflegen und versorgen kann.

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung werden von den Krankenkassen nur zusätzlich dann gewährt, wenn deren Satzung eine solche Leistung vorsieht.

Wenn bereits Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes vorliegt, dürfen Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nach § 37 Abs. 2 SGB V von den gesetzlichen Krankenkassen nicht gewährt werden.

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können im Rahmen der Sicherungspflege somit nicht eigenständig, sondern nur im Zusammenhang mit erforderlicher Behandlungspflege verordnet werden.

Allerdings muss in diesem Zusammenhang auf die aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) hingewiesen werden. In seinem **Urteil vom 28.1.1999 (Az. B 3KR 4/98 R)** stellte das Gericht fest, dass selbst im Falle einer häuslichen Beatmungstherapie, die zum Teil intensivpflegerische Maßnahmen erfordert, eine ausreichende medizinische Versorgung auch ohne stationäre Aufnahme in einem Krankenhaus gewährleistet werden kann. Sobald eine ambulante Behandlung in Verbindung mit häuslicher Krankenpflege diese ausreichende Versorgung zulasse, bestehe keine Behandlungsbedürftigkeit im Krankenhaus mehr. Somit kann die Begründung der häuslichen Krankenpflege nicht gemäß § 37 Abs. 1 SGB V (Krankenhausvermeidungspflege) erfolgen.

Das Gericht hält die Begriffe **Vermeidung und Verkürzung der Krankenhausbehandlung** als Voraussetzungen für die Gewährung häuslicher Krankenpflege für wenig taugliche Kriterien der Indikationsstellung. Sowohl durch häusliche Krankenpflege als Behandlungssicherungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V, als auch durch eine medizinisch ausreichende ambulante Behandlung lasse sich letztlich ganz allgemein Krankenhausbehandlung vermeiden.

Auf der Basis der Begleittexte zum SGB V wird vom BSG die Absicht des Gesetzgebers so interpretiert, dass mit der Schaffung eines umfassenden Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung) das Ziel verfolgt wurde, es "dem Versicherten zu ermöglichen, frühzeitig in den häuslichen Bereich zurückzukehren" (oder diesen gar nicht erst zu verlassen) und ihm "einen Anreiz zu geben, die teure Krankenhausbehandlung soweit wie möglich abzukürzen oder zu vermeiden".

Der gesetzgeberische Wille lasse sich somit in der Weise zusammenfassen, dass häusliche Krankenpflege auch dann angeboten werden sollte, wenn Krankenhausbehandlung medizinisch nicht (mehr) zweifelsfrei geboten ist, eine ambulante Behandlung vielmehr auch (noch oder nunmehr) vertretbar erscheint. **In jedem Fall sei im Bezug auf § 37 Abs. 1 SGB V nur an akute Behandlungsfälle gedacht worden, nicht aber an Fälle einer dauerhaften Pflegebedürftigkeit.**

Mit Einführung der Pflegeversicherung ist den Krankenkassen durch Einfügung des Satzes 4 in § 37 Abs. 2 SGB V dann auch ausdrücklich untersagt worden, Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu gewähren. Eine solche Regelung findet sich in §37 Abs. 1 SGB V nicht. Eine mögliche Doppelleistung wird durch die Regelung des §34 Abs. 2 SGB XI verhindert: hat der Versicherte einen Anspruch aus §37 Abs. 1 SGB V, so ruhen die Ansprüche aus der gesetzlichen Pflegeversicherung. Dies lässt sich nach Ansicht des BSG zwanglos damit erklären, dass mit §37 Abs. 1 SGB V von vorneherein nur akute Behandlungsfälle erfasst werden sollten.

Die Möglichkeit, in Ausnahmefällen die Leistungsdauer der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 Abs. 1 SGB V von maximal 4 Wochen zu verlängern, lässt gemäss BSG nicht darauf schließen, dass auch Leistungen auf Dauer zulässig sein sollten!

Das BSG hat in seiner Entscheidung vom 28.1.1999 (Az. B3 KR 4/98 R) auch die praktischen Schwierigkeiten gewürdigt die auftreten, wenn versucht wird, bei Intensivpflegebedürftigen Patienten Behandlungspflege und Grundpflege zu trennen, weil schon die Behandlungspflege rund um die Uhr die Anwesenheit einer Pflegeperson erfordert und diese zeitlich in der Lage ist, neben der Behandlungspflege auch die erforderliche Grundpflege durchzuführen. **In dieser Situation kann die Krankenkasse nicht zur Übernahme der Grundpflege verpflichtet werden, die Sicherstellung der Grundpflege bleibt Aufgabe der Pflegekasse.** Eine zweckmäßige und wirtschaftliche Aufgabenerfüllung im Bereich der Behandlungspflege einerseits und im Bereich der Grundpflege nebst hauswirtschaftliche Versorgung andererseits lasse sich ohne weiteres durch entsprechende Vereinbarung zwischen der zuständigen Krankenkasse und Pflegekasse, die ohnehin unter einem Dach angesiedelt seien (§ 46 SGB XI), erreichen.

Die Art der Hilfeleistungen lasse sich unterscheiden und dem jeweiligen Bereich zuordnen. Es könne dann ermittelt werden, welchen täglichen Zeitbedarf an Grundpflege und an hauswirtschaftlicher Versorgung der Pflegbedürftige hat und welche Kosten hierfür anfielen, wenn die Pflegekasse eine gesonderte Kraft mit der Erledigung dieser Aufgaben beauftragen müsste. Diese Kosten müssen von der Pflegekasse getragen werden, wobei sich diese Verpflichtung jedoch auf den dem Pflegbedürftigen zustehenden Wert der Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) beschränkt. Soweit die monatlichen Pflegesachleistungen diesen Wert überschreiten, hat sie der Versicherte aus eigenen Mitteln zu finanzieren, erforderlichenfalls ist die Sozialhilfe eintrittspflichtig.

Während der Erbringung der Hilfe bei der Grundpflege träte die Behandlungspflege im Regelfall in den Hintergrund, so dass es gerechtfertigt sei, den Kostenaufwand für diese Zeiten allein der sozialen Pflegeversicherung zuzurechnen. Es bleibt allerdings nach Ansicht des BSG den Krankenkassen und Pflegekassen überlassen, hierzu Abweichendes zu vereinbaren.

Zur **Behandlungspflege** gehören nach Ansicht des Gerichtes alle Pflegemaßnahmen, die nur durch eine bestimmte Erkrankung verursacht werden, speziell auf den Krankheitszustand des Versicherten ausgerichtet sind und dazu beitragen, die Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu verhindern oder zu lindern. In diesem Zusammenhang sei bereits die reine Beobachtung der Atmung eines Pflegebedürftigen, der häusliche Beatmungsbehandlung benötigt, sowie die Beobachtung

Anlage 1

der technischen Apparaturen eindeutig als krankheitsspezifische Beaufsichtigung anzusehen und habe als Bestandteil der Behandlungspflege zu gelten.

Bei der Bewertung, welche pflegerischen Maßnahmen im häuslichen Umfeld den Angehörigen in welchem zeitlichen Umfang zugemutet werden können, muss darauf geachtet werden, dass die häusliche Behandlung von intensivpflegebedürftigen Menschen weder die traditionelle häusliche Krankenpflege eines akut erkrankten Menschen (z. B. mit Fieber, Durchfall oder anderen selbst limitierenden Krankheiten) repräsentiert, noch die traditionelle Krankenhauspflege des schwerkranken Menschen ersetzt. Unter den Bedingungen der stationären Behandlung ist den Angehörigen jegliche Verantwortung für die Qualität der pflegerischen und medizinischen Versorgung abgenommen, Entscheidungen liegen in den Händen von Fachpersonal. Bei traditionellen Anwendungsgebieten der häuslichen Krankenpflege liegt hingegen die volle Verantwortung für die durchzuführenden Maßnahmen bei den Angehörigen bzw. den Pflegepersonen.

Das ethische Dilemma bei der häuslichen Krankenpflege intensivpflegebedürftiger Menschen besteht nun darin, dass Intensivpflege im häuslichen Umfeld häufig zu einer Verlagerung der allgemeinen Entscheidungskompetenz auf die Angehörigen (gemäß den traditionellen Regeln der häuslichen Krankenpflege) führt und damit eine Verminderung der Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung unausgesprochen akzeptiert wird. Im Extremfall könnte dies heißen, dass aufgrund der fehlenden Professionalität der Versorgung der Tod eines Menschen hingenommen wird, der in einer Klinik nie Akzeptanz finden könnte. Dies ist häufig eine bewusste Entscheidung der Versicherten bzw. deren Angehöriger. Aus diesen Gründen ist eine Entscheidung über den Umfang der Leistungsgewährung für häusliche Krankenpflege durch Fachpersonal bei intensivpflegebedürftigen Menschen stets unter Berücksichtigung dieser ethischen Aspekte und in Übereinkunft mit betroffenen Pflegepersonen und behandelnden Ärzten zu treffen.