Diakonie Deutschland

Evangelischer Bundesverband

Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.

Diakonie Deutschland | Postfach 40164 | 10061 Berlin

Häusliche Krankenpflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe

Gerichtsurteile aus dem Jahr 2012 und der jeweiligen Argumentation

Zentrum Recht und Wirtschaft

Svea von Hübbenet
Rechtsanwältin
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
Telefon: +49 30 65211-1602
svea.vonhuebbenet@diakonie.de

Einführung

Berlin, 22. Mai 2013

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege in Form von Behandlungspflege ist gesetzlich in § 37 Abs. 2 SGB V geregelt, wonach Versicherte in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder *sonst an einem geeigneten Ort*, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen Behandlungspflege als häusliche Krankenpflege erhalten, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Dieser Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist.

Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

Telefon: +49 30 652 11-0
Telefax: +49 30 652 11-3333
diakonie@diakonie.de
www.diakonie.de

Registergericht:
Amtsgericht
Berlin (Charlottenburg)
Vereinsregister 31924 B

Ev. Kreditgenossenschaft
Stuttgart
Konto-Nr. 405 000
BLZ 520 604 10
BIC: GENODEF1EK1
IBAN:
DE42520604100000405000

USt-IdNr.: DE 147801862

Behindertengerechter Parkplatz
in der Tiefgarage

In dieser Norm, die im Rahmen des Wettbewerbsstärkungsgesetzes eine vorsichtige Erweiterung des Häuslichkeitsbegriffes erfahren hat, nennt der Gesetzgeber zwar Beispiele für geeignete Orte, die der eigenen Häuslichkeit gleichgestellt werden, regelt aber nicht selbst abschließend und ausdrücklich, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen auch außerhalb des Haushaltes oder der Familie durch die GKV erbracht werden können. Vielmehr delegiert der Gesetzgeber in § 37 Abs. 6 SGB V diese Aufgabe an den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) in Form einer Richtlinienkompetenz, von der der GBA mit der HKP-Richtlinie vom 17.9.2009 (zuletzt geändert am 21.10.2010) Gebrauch gemacht hat. Auch die Richtlinie präzisiert die Anforderungen an die geeigneten Orte weiter, regelt aber insbesondere die Leistungserbringung in Einrichtungen der Behindertenhilfe auch nicht zweifelsfrei.

Nachdem noch vor wenigen Jahren die Anerkennung der Wohnstätten als „sonst geeigneter Ort“ im Sinne des § 37 Abs. 2 SGB V strittig war und von Gerichten eher abgelehnt wurde (z.B. LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 23.4.2009, Az.: L 8 SO 1/07), zeichnet sich in den aktuellen Urteilen die Tendenz ab, die Einrichtungen zunächst grundsätzlich als „geeigneten Ort“ anzuerkennen (so schon das LSG Hamburg im Urteil vom 12.11.2009, Az.: L 1 B 202/09 ER KR).

Ein „geeigneter Ort“ für die Leistung häuslicher Krankenpflege durch die GKV soll jedoch – so schlussfolgern die Gerichte aufgrund der Gesetzesbegründung der Norm - dann nicht gegeben sein, wenn sich der Versicherte in einer Einrichtung befindet, in der er nach den gesetzlichen Bestimmungen Anspruch auf die Erbringung medizinischer Behandlungspflege durch die Einrichtung hat.

Diese Verpflichtung könne sich aus Gesetz i. V. m. gesetzeskonkretisierenden Verträgen bzw. Rahmenverträgen ergeben; die Verpflichtung der Einrichtung

gegenüber den Versicherten zur Medikamentenherrichtung und -verabreichung wird zum Beispiel aus § 75 Abs. 3 S. 1 Nr. 1 SGB XII i.V.m.
dem Vertrag nach § 75 Abs. 3 SGB XII hergeleitet. Nur wenn eine solche Pflicht nicht bestehe, müsse im Wege der medizinischen Behandlungspflege eine Versorgungslücke zwischen ambulanter und stationärer Behandlung geschlossen werden.

Problematisch kann sich bei der Frage, ob die Einrichtung selbst zur Erbringung der medizinischen Behandlungspflege verpflichtet ist, folglich die vertragliche Lage zuvörderst in den Landesrahmenverträgen erweisen. Maßgeblich anhand von den dort getroffenen Formulierungen entscheiden die Gerichte, ob es sich im streitigen Fall um eine oder gerade nicht von der Einrichtung zu erbringende Leistung der Behandlungspflege handelt.

Zudem kann sich insbesondere für den Bereich der Medikamentengabe als entscheidend erweisen, ob sich um eine „einfache Leistung" der medizinischen Behandlungspflege, die bei vollstationärer Pflege zur Aufgabe der Pflegeversicherung gehören soll, oder um eine besonders schwierige Medikamentengabe handelt, die von der Krankenkasse nach dem SGB V zu leisten ist.

Vor dem Hintergrund dass eine höchstrichterliche Entscheidung zu diesem Themenkomplex nach wie vor aussteht, stelle ich Ihnen im Folgenden eine knappe Zusammensschau der Entscheidungen aus dem Jahr 2012 und der von den Gerichten verwandten Argumente zu Ihrer Kenntnis und gegebenenfalls weiteren Verwendung zur Verfügung.

1. **SG Frankfurt am Main, Beschluss vom 31.10.2012, Az.: S 25 KR 520/12 ER**

Die Klägerin begehrt von ihrer Krankenkasse die Kostenübernahme für Insulininjektionen.
Die Klägerin wohnt in vollstationärer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen. Allein streitig ist zwischen Parteien, ob die Wohnstätte ein **sonst geeigneter Ort i.S.d. § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V** ist. Das Gericht bejaht dies, wenn **kein Anspruch auf Behandlungspflege gegen Einrichtungsträger** besteht.

- **Gemeinsamkeiten** der stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (ohne Anspruch auf Behandlungspflege) mit **betreuten Wohnformen** rechtfertige die Behandlung als „geeigneten Ort" bzw. deren Ansehen als Form des betreuten Wohnens i.S.v. § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V.

- Die durch das **GKV-Weiterentwicklungsgesetz** eingeführte Erweiterung des **Häuslichkeitsbegriffs** sollte Lücken zwischen ambulanter und stationärer Versorgung gerade schließen, folglich Einbeziehung der Einrichtungen der Behindertenhilfe. Stationäre EGH-Einrichtungen seien aber nicht vergleichbar mit Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen oder Pflegeheimen.

- Wenn sogar für Menschen in **Pflegeeinrichtungen** (die grundsätzlich alle medizinischen und pflegerischen Bedarfe deckt) eine **Ausnahmeregelung** dahingehend bestehe, dass bei **hohem Bedarf** an medizinischer Behandlungspflege HKP von der Krankenkasse nach § 37 Abs. 2 SGB V gewährt wird, dann müsse das erst recht bei EGH-Einrichtungen gelten, die nicht über entsprechendes Personal verfügen. Außerdem würden EGH-Einrichtungen vom Wortlaut der Vorschrift auch nicht ausdrücklich ausgeschlossen, vielmehr sei vom gesetzgeberischen Willen, dass diese Einrichtungen grundsätzlich einbezogen sind, auszugehen.

- Auch aus **§ 1 Abs. 2 und 6 der HKP-Richtlinie des GBA** ergebe sich, dass ein Anspruch von Bewohnern in EGH-Einrichtung bestehen kann, dies hänge letztlich maßgeblich davon ab, ob die Einrichtung selbst verpflichtet ist, Behandlungspflege zu erbringen, Arg. § 1 Abs. 6 RL. Von einer

Leistungserbringungspflicht durch die Einrichtung sollte nach dem Willen des Bundesgesundheitsministeriums nicht grundsätzlich ausgegangen werden: Nachdem zunächst vom GBA die EGH-Einrichtung in der Aufzählung in der Klammer in § 1 Abs. 6 der RL vorgesehen war und damit unter den Ausschlusstatbestand gefallen wäre, hat das BMG die Richtlinie nur unter der Voraussetzung der Streichung der EGH-Einrichtung aus dieser Aufzählung genehmigt.

- Im Übrigen stehe auch das **HeimGesetz** diesem Ergebnis nicht entgegen. Auch ein Heim i.S.d. HeimG kann ein sonst geeigneter Ort i.S.d. § 37 Abs. 2 SGB V sein, da das HeimG zur Auslegung des „geeigneten Ortes" nicht herangezogen werden darf, Gesetzesziel des HeimG ist und kann es nicht sein, Leistungen der GKV zu definieren bzw. abzugrenzen, sondern vor allem Heimbewohner als Verbraucher zu schützen.

- Schließlich könne die pauschale Vergütung der Pflegekasse nach **§ 43a SGB XI** nicht zur Abgeltung der Pflegeleistung und der Behandlungspflege dienen: diese Regelung gelte nur für SGB XI-Leistungen und sei in der Höhe (256 Euro max.) auch bei weitem nicht ausreichend.

Im Ergebnis ist nach Auffassung des Gerichts kein vertraglicher Anspruch gegen den Träger der Wohnstätte, sondern – da auch alle anderen Anspruchsvoraussetzungen vorliegen - gegenüber der Krankenkasse gegeben.

2. SG Berlin, Urteil vom 24.10.2012, Az.: S 208 KR 1167/09

Kläger begehrt Kostenübernahme der GKV für Herrichten und Verabreichen von Medikamenten in Tablettenform.

- Einrichtungen der Behindertenhilfe kommen grds. als „**sonst geeigneter Ort**" im Sinne des § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V in Betracht. Arg: Gesetzeshistorie und RL-Änderung durch BMG, s.o.

- Anspruch nach § 37 Abs. 2 SGB V ist jedoch dann ausgeschlossen, wenn Anspruch auf Erbringung der med. Behandlungspflege gegen Einrichtungsträger besteht. Dies ist im Fall der **bloßen Medikamentengabe zu bejahen, sofern es sich dabei um eine einfache Form der medizinischen Behandlungspflege handelt.**

- Die verordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege sind in der **Anlage zur HKP-Richtlinie des GBA** geregelt. Die hier begehrte Leistung der Medikamentengabe findet sich in der Anlage zur Richtlinie in Nr. 26.

- Ausdrücklicher Ausschluss von Behandlungspflege im **WBVG-Vertrag** sei nicht entscheidend, da der Leistungsumfang der GKV/PV/EGH nicht zur Disposition der Vertragsparteien stehe.

- Im **Rahmenvertrag** ist „Unterstützung bei Einnahme der verordneten Medikamente" als Aufgabe der Einrichtung zugewiesen.

- Allerdings differenziert das Gericht zwischen den konkreten Leistungen der Behandlungspflege wie folgt: Die Medikamentengabe sei nicht ausschließlich und ausnahmslos eine Leistung der medizinischen Behandlungspflege nach dem SGB V: Während eine **„einfache Leistung"** der medizinischen Behandlungspflege zur Aufgabe der Pflegeversicherung bzw. Eingliederungshilfe gehören soll, sollen nur schwierigere Medikamentengaben von der Krankenkasse nach dem SGB V zu leisten sein.

- Hier stuft das Gericht das Herrichten und Verabreichen in Tablettenform als **einfache Maßnahme der Behandlungspflege ein** mit der Folge, dass dies vom Leistungsspektrum der Einrichtung erfasst, von dieser zu erbringen und bereits über das Heimentgelt vergütet sei. Dies gilt trotz der grundsätzlichen Nennung der Leistung in der Anlage zur HKP-Richtlinie.

- **Personal- bzw. Haftungsproblematik** für die Einrichtung wird für nicht entscheidend gehalten: Wenn Einrichtung zur Leistung verpflichtet sei, dann obliege es ihr allein, entsprechendes Personal vorzuhalten.

Im Ergebnis wird die Kostenübernahme durch die GKV abgelehnt.

3. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 16.5.2012, Az.: L 5 KR 1905/10

Die Klägerin begehrt die Kostenübernahme der GKV für Katheterisierungen zur Blasenentleerung während des Aufenthalts in einer Werkstatt für behinderte Menschen.

- Werkstatt ist „geeigneter Ort“ i.S.d. § 37 Abs. 2 SGB V.

- Werkstatt ist gemäß **§ 10 WerkstättenVO** verpflichtet, zur pädagogischen und medizinischen Betreuung über begleitende Dienste zu verfügen. Die Vorhaltepflicht für pflegerische Leistungen umfasst nur den Umfang, der **im Hinblick auf gewöhnlich auftretenden Pflegebedarf** oder ungewöhnlichen, aber leicht zu bewerkstelligenden Pflegebedarf, benötig wird.

- Im konkreten Fall liege ein **besonders hoher Pflegebedarf** vor (u.a wegen Anforderungen der Sterilität etc.), den die Vorhaltepflicht der Werkstatt nicht umfasse; insbesondere müssten keine examinierten Krankenschwestern vorgehalten werden.

- Dagegen wird die **Gabe von Insulinspritzen** durch Werkstatt begleitende Dienste **grundsätzlich als gewöhnlicher und zu bewerkstelligender Pflegebedarf** eingestuft.

Im Ergebnis billigt das Gericht den Anspruch gegenüber der GKV zu aufgrund des hohen pflegerischen Aufwands.

4. AG Leer, Urteil vom 22.10.2012, Az.: 072 C 3381/11

Einziges Zivilurteil, das sich maßgeblich mit der Auslegung des Wohn- und Betreuungsvertrages befasst. Kläger begehrt vom Einrichtungsträger die Kostenübernahme für Insulininjektionen.

- Wortlautauslegung des WBVG-Vertrages: „Medikamentenversorgung einschließlich – überwachung“ in Vertragsanlage 1 umfasse nicht ausdrücklich Insulininjektionen.

- Ergänzende Auslegung: WBVG-Vertrag konkretisiert Leistungs- und Prüfungsvereinbarung zwischen Träger und Land Niedersachsen. In Anlage zum Rahmenvertrag werden Ziele der Eingliederungshilfe beschrieben; Inhalt der Leistungen sind heilpädagogische, pflegerische, persönlichkeitsfördernde und stabilisierende Maßnahmen.

- Gericht stuft **Insulininjektion als ärztliche Behandlung** mit dem Ziel ein, Krankheiten zu heilen, Verschlimmerungen zu verhüten, Beschwerden zu lindern. Die Delegation auf pflegerisches Personal ist möglich.

- Die in der Anlage zum Rahmenvertrag aufgezählten Ziele bzw. Leistungen der **Eingliederungshilfe** (…persönlichkeitsfördernde und stabilisierende Maßnahmen…) seien **nicht vergleichbar** mit i.d.R. ärztlich zu überwachender **Medizinvergabe**, als die Insulininjektionen zu betrachten seien.

Im Ergebnis billigt das Gericht **keinen Anspruch** aus Wohn-und Betreuungsvertrag auf Kostenübernahme bzw. –erstattung für Insulininjektionen **gegen den Träger** der Wohnstätte zu, weder ausdrücklich noch nach ergänzender Auslegung.

Auch kein Anspruch gegen den Einrichtungsträger aus Geschäftsführung ohne Auftrag (kein fremdes Geschäft) oder Bereicherungsrecht (keine Aufwendungen erspart) gegeben.

5. SG Stralsund, Urteil vom 10.8.2012, Az.: S 3 KR 78/10

Dieses Urteil unterscheidet sich in Argumentation und Ergebnis deutlich von den vorherigen und ist kritisch zu sehen.

Die Klägerin, die in einer EGH-Einrichtung lebt, begehrt von ihrer Krankenkasse die Kostenfreistellung von Kosten, die für das Anlegen von Kompressionsstrümpfen entstehen.

- EGH-Einrichtung kann grundsätzlich ein **„sonst geeigneter Ort“** im Sinne des § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V sein, wenn **kein Anspruch auf Behandlungspflege** aus anderen (gesetzlichen) Regelungen bestehe.

- Der Anspruch auf Behandlungspflege (außerhalb des § 37 SGB V) sei ableitbar aus Verträgen im sozialrechtlichen Dreiecksverhältnis sowie aus Leistungsrecht außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung.

- Das Anlegen von Kompressionsverbänden zähle zwar zu den Leistungen der sog. medizinischen Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung. Dies würde auch dadurch bestätigt, dass das An- oder Ausziehen von Kompressionsstrümpfen nach Nr. 31 der Anlage zur HKP-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V den Leistungen der Behandlungspflege zugeordnet worden sei.

- Hier aber sollen die Vorschriften der EGH im SGB XII maßgeblich sein. Würden Leistungen der EGH in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne des § 43a SGB VI erbracht, dann umfasse gemäß § 55 Satz 1 SGB XII die Leistung auch die Pflegeleistungen in der Einrichtung.

- Abkehr von der Auffassung, dass Leistungen der medizinischen Behandlungspflege nicht Gegenstand der Eingliederungshilfe seien, sondern in den Bereich der Krankenversicherung fallen würden.

- Das Gericht geht vielmehr davon aus, **dass der Leistungsumfang der EGH-Einrichtung nicht auf den vertraglich festgelegten Umfang der Leistungs- und Prüfungsvereinbarung mit**

Leistungsträger beschränkt sei, sondern sich **individuell nach der Erforderlichkeit der Pflegeleistungen** bestimme. Diese würden **pauschal über § 43a SGB XI abgegolten.**

- In der Folge sei medizinische Behandlungspflege nicht durch die Krankenkasse, sondern durch den Sozialhilfeträger zu erbringen.
- Damit wird der Nachranggrundsatzes der Sozialhilfe für die in den stationären Einrichtungen erbrachten Pflegeleistungen durchbrochen!

Im Ergebnis wurde der beigeladene und nur hilfsweise beklagte Sozialhilfeträger zur Kostenfreistellung für die Leistung verurteilt, nicht die eigentlich beklagte Krankenkasse.

Empfehlung:
Um zu verhindern, dass von Seiten der Krankenkassen die Kostentragung mit dem Hinweis auf offene Formulierungen abgelehnt wird und auf die Einrichtungsträger bzw. Sozialhilfeträger verwiesen wird, sollten die Leistungsbeschreibungen in den Landesrahmenverträgen sollten möglichst klar gefasst werden. Eine entsprechend klare Leistungsbeschreibung bzw. ein Leistungsausschluss hinsichtlich der (schwierigeren) HKP-Leistungen sollte ebenfalls in den Verträgen zwischen Bewohner und Einrichtungsträger nach dem WBVG getroffen werden, reicht aber allein nicht aus.

Materialien:

§ 37 SGB V Häusliche Krankenpflege

(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfaßt die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, daß dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.
(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder *sonst an einem geeigneten Ort*, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr

Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird.
(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.
(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.
(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsinanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.
(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1.

Die HKP-Richtlinie des GBA ist abzurufen unter:
http://www.g-ba.de/downloads/62-492-495/HKP-RL_2010-10-21.pdf

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Svea von Hübbenet