



Verschiebung von SGB V-Leistungen in den SGB XI-Bereich

Phantasiereiche Kostenverteilung

Das bayerische Landessozialgericht hat in der Frage, ob eine Kasse Kosten für zeitintensive Häusliche Krankenpflege dem SGB XI-Leistungsbereich zuordnen kann, im Sinne des betroffenen Beatmungspatienten entschieden. Das Gericht hat die Kostenverschiebung zu Lasten des Versicherten untersagt.

Von Dr. Frank Ziesche

LSG Bayern,
Beschluss
vom 8. Juli
2005, Az.:
L4 B 225/
05 KR ER



Dr. Frank Ziesche,
Lehrbeauftragter für Sozialrecht und Ökonomie des Gesundheitswesens an der FH für Ökonomie und Management (Essen), freier Mitarbeiter der Unternehmensberatung Wißgott (Bochum)

Der bekannteste Drachenflieger des Sozialrechts lebt in Georgmarienhütte. Berühmtheit hat er nicht durch seinen schrecklichen Unfall erlangt, sondern durch dessen sozialrechtlichen Folgen. Jahrelang wurde er nämlich – angeschlossen an ein Beatmungsgerät – zu Hause versorgt. Die Versorgung übernahm ein Pflegedienst über eine Verordnung nach § 37 Abs. 1 SGB V (Krankenhausvermeidungspflege) gemeinsam mit den Eltern. Irgendwann aber wurde das der Krankenkasse zu teuer, die dem Versicherten die für sie günstigere Unterbringung in einer Spezialklinik vorschlug. Wollte er nicht in die Spezialklinik umsiedeln, sollte er den Differenzbetrag von monatlich zirka 4000 Mark zuzahlen.

Die Richter des Bundessozialgerichtes (BSG) betonten zwar, dass die günstigere Unterbringung in einer Spezialklinik kein Argument sein dürfe, da die häusliche Versorgung in diesem Fall angemessener sei. Sie stellten fest, dass ein ganztägiger Bedarf an Behandlungspflege vorliege. Allerdings – und das war die bittere Pille für den Drachenflieger und alle heute intensiv versorgten Pflegebedürftigen – for-

derte das BSG, die Zeiten der Grundpflege der Pflegekasse zuzuschlagen. Besonders fatal an diesem Urteil aber war die Vorstellung der Kasseler Juristen, Kranken- und Pflegekassen – da diese doch ohnehin unter einem Dach angesiedelt wären – sollten sich einigen, wie zweckmäßig und wirtschaftlich sich diese Aufgabe erfüllen lasse. Da die Pflegekasse nur begrenzt zahlt, während die Krankenkasse grundsätzlich erst einmal bedarfsdeckend bezahlen muss, ist die Gefahr groß, dass die beiden eine Vereinbarung zu Lasten des Betroffenen treffen. In der Folge dieses Urteiles gab es immer wieder Streitigkeiten zwischen Krankenkassen und Betroffenen über die Frage des Abzuges. Betroffen hiervon sind in erster Linie Menschen, die zu Hause beatmet werden und hochaufwändige Fälle in der Häuslichen Kinderkrankenpflege.

Kasse: Versicherter soll 6 000 Euro Differenz tragen

Diese Streitigkeiten könnte für die Zukunft ein Ende haben. Im vorliegenden Fall, der in einem einstweiligen Verfahren vom bayerischen Landessozialgericht entschieden

wurde, geht es um einem 1932 geborenen Mann, der seit 1999 maschinell beatmet wird und bei dem eine ständige Anwesenheit einer in der Beatmungspflege versierten Person erforderlich ist. Nach einigen Streitigkeiten räumte die Krankenkasse ein, dass ein Pflegedienst 20 Stunden täglich anwesend sein müsste. Die restlichen vier Stunden sei die Ehefrau in der Lage, die Versorgung zu übernehmen – so hatte es der MDK in seinem Gutachten geschrieben. Allerdings solle der Pflegedienst in den genehmigten 20 Stunden auch die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung übernehmen. Im Ergebnis führe dies dazu, dass die Krankenkasse 57,25 Prozent der Kosten übernehme, während die Pflegekasse für die restlichen 42,75 Prozent zuständig sei. Diese Kostenverteilung hätte dazu geführt, dass der Betroffene über 8 000 Euro monatlich hätte zahlen müssen. Selbst wenn man hiervon den Höchstsatz der Pflegeversicherung von 1918 Euro abzieht, bleibt immer noch ein Betrag von gut 6 000 Euro übrig.

Das LSG wies diese Anrechnungsklausel bis zum Entscheid in der Hauptsache erst einmal zurück und verpflichtete die Krankenkasse, 20 Stunden am Tag Behandlungspflege zu finanzieren. Grundsätzlich, urteilten die Richter in ihrem Beschluss, gibt es zwar Fälle, in denen im Verhältnis zwischen Grund- und Behandlungspflege die Kostenträgerschaft von der Krankenkasse zur Pflegekasse wandert. Und zwar dann, wenn die Maßnahme der Behandlungspflege in einem notwendigen zeitlichen Zusammenhang mit einer Maßnahme der Grundpflege steht oder eine Maßnahme der Behandlungspflege untrennbarer Bestandteil einer grundpflegerischen Verrichtung ist. Beides erschließt sich bei einem Beatmungspatienten jedoch nach Meinung des Gerichts nicht zwangsläufig.

fig. Hinzu kommen noch andere Überlegungen, die im Hauptsacheverfahren vermutlich eine Rolle spielen werden. Wenn eine Krankenkasse schematisch die Zeiten aufteilt, verkennt sie das differenzierte Personalqualifikationserfordernis bei beiden Leistungen. Der Pflegedienst ist nach den landläufigen Verträgen gezwungen, bei der Beobachtung eines Beatmungsgerätes oder anderer medizinisch komplizierterer Verläufe qualifiziertes pflegerisches Personal bereitzustellen. Die Leistungen der Pflegeversicherung können aber auch von angeleiteten Personen erbracht werden. Daher ist die Leistungsstunde im SGB XI-Bereich regelmäßig günstiger als im SGB V-Bereich. Die Notwendigkeit der höheren Qualifikation besteht hier ausschließlich wegen der behandlungspflegerischen Leistungen. Aus dieser Perspektive muss die Krankenkasse zumindest auch den Differenzbetrag zwischen Krankenkassen- und Pflegekassenleistung für die Zeiten finanzieren, die der Pflegeversicherung zugeschrieben werden.

SGB XI-Einstufung darf dem Versicherten nicht schaden

Im Rahmen der so genannten „Kompressionsstrumpfurteile“ hat das BSG den Betroffenen ein Wahlrecht eingeräumt. Sie können bei bestimmten Leistungen wählen, ob diese als Sachleistung von der Krankenkasse erbracht oder bei der Berechnung der Pflegestufe Berücksichtigung finden sollen. Dies wird durch die Aufteilung aufgrund einer

Vereinbarung zwischen Kranken- und Pflegekasse faktisch vereitelt. Die Kassen sich einigen zu lassen, erscheint ohnehin wenig sachgerecht. Es muss eine Einigung mit den Betroffenen erfolgen. Grundsätzlich ist auch denkbar, dass die Grundpflege von Angehörigen im Rahmen der Geldleistung erbracht wird. Wenn diese die Pflege sicherstellen können, gibt es keinen ersichtlichen Grund, ihnen dies zu verwehren. Es wäre dann allerdings zu prüfen, ob ein Leistungsausschluss nach § 37.3 SGB V vorliegt und die Behandlungspflege in den Zeiten der Grundpflege von den Angehörigen übernommen wird.

Im vorliegenden Fall sollte der Versicherte nach Meinung seiner Krankenkasse noch einen Anteil von 6 000 Euro übernehmen. Dieser Betrag kommt aber nur durch eine Einstufung in eine Pflegestufe zustande. Wenn keine SGB XI-Leistungen vorläge, wäre die Krankenkasse komplett in der Finanzverantwortung. Letztlich kommt die immense Belastung nur durch die Leistungspflicht einer Sozialversicherung zustande. Pflegeversicherungsleistungen wären in diesem Fall nicht ein Zuschuss zur Sicherung der pflegerischen Versorgung, sondern eine Verarmungsgarantie!

Sinn und Ziel einer Sozialversicherung ist es aber nicht, die Leistungsempfänger in die Sozialhilfe zu treiben. Es kann daher nicht sein, dass ein Empfänger einer Sozialversicherungsleistung schlechter gestellt ist, als wenn er diese Leistung nicht erhielte.

Praxis-Tipp

Weil bei den hier geschilderten Verfahren das **MDK-Gutachten** eine große Rolle spielt, sollte immer gleich das MDK-Gutachten bei der zuständigen Pflegekasse angefordert werden. Anhand des Gutachtens kann in einem ersten Schritt überprüft werden, ob die **Verteilung, die die Kasse vorschlägt**, sich zumindest an das vorliegende Gutachten hält. Die Kalkulation darf nicht darauf ausgerichtet werden, dass noch **zusätzliche Leistungen** in der Grundpflege abgerechnet werden können.

Ein Entscheid im Hauptsacheverfahren steht noch aus.

Kassen kalkulieren Vergütungen niedrig

Krankenkassen gehen häufig noch einen anderen Weg: Sie erkennen zwar den gesamten Stundenumfang an, halten aber die Vergütung niedrig mit dem Hinweis, es könne ja parallel dazu noch Grundpflege abgerechnet werden. Wo Pflegedienste sich hierauf eingelassen haben, kann es ihnen zukünftig geschehen, dass die Betroffenen auf Geldleistung bestehen und damit die Kalkulation kippen. Dies wird in der Regel dann der Fall sein, wenn auch das Sozialamt ein Kostenträger ist. Daher ist es wichtig die Krankenkasseneinsätze so zu kalkulieren, dass sie allein den Einsatz tragen, zumindest bis die Bezahlung der Grundpflegeleistungen vereinbart ist. ■

Urteile +++ Urteile +++

Kostenübernahme für Medikamentengabe

Mit ihrer Klage wendet sich die Klägerin gegen die Ablehnung der Krankenkasse zur Übernahme der Kosten für die Medikamentengabe. Die zuständige Krankenkasse hatte die Kostenübernahme abgelehnt, da die Medikamentengabe in einem unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme steht und deshalb im Rahmen der Pflegeversicherung bei der Grundpflege zu berücksichtigen sei.

Die Ablehnung erfolgte nach der Entscheidung des BSG rechtswidrig. Die Medikamentengabe stelle selbst dann keine Hilfe bei der Nahrungsaufnahme dar, wenn sie in unmittelbarem Zusammenhang während des Essens und des Trinkens erfolgt. Die beklagte Krankenkasse habe daher die Medikamentengabe als Sachleistung zur Verfügung zu stellen.

Bundessozialgericht, Urteil vom 17. März 2005, Az.: B 3 KR 8/04 R, Fundstelle: Gerichtsakten

Einzugsbereich der Versorgung

Der Kläger ist ein gemeinnütziger Verein, der für seine Mitglieder bundesweit Pflegeleistungen erbringt. Er ist in Sachsen von den Pflegekassen als ambulanter Pflegedienst zugelassen. In dem zugrundeliegenden Rechtsstreit hatte das LSG Sachsen-Anhalt darüber zu entscheiden, ob der Verein nur innerhalb des im Versorgungsvertrag festgelegten örtlichen Einzugsbereichs ambulante Pflegeleistungen im Sinne des SGB XI erbringen