

Clearingstelle

der Diözesan-Caritasverbände in NRW
Aachen | Essen | Köln | Münster | Paderborn
für leistungsrechtliche Fragen in der ambulanten Pflege



INFODIENST 07/2000 Urteil des Bundessozialgerichts zu „einfacher Behandlungspflege und § 37 Abs. 3 SGB V“

Geschäftsstelle der Clearingstelle c/o
Diözesancaritasverband für das
Erzbistum Paderborn e. V.
Am Stadelhof 15
33098 Paderborn

<https://www.caritas-nrw.de/diecaritasinnrw/clearingstelle-fuer-leistungsrechtliche-fragen-der-ambulanten-pflegedienste/clearingstelle-fuer-leistungsrechtliche-fragen-der-ambulanten-pflegedienste>

Verfasser des Infodienstes:
Peter Frings (DiCV Münster)
Überarbeitung 06/2023:
Daniela Schade (DiCV Paderborn)

Vorbemerkung:

Im vorliegenden Infodienst sollen die Kernaussagen des Urteils des Bundessozialgerichts vom 30.03.2000 zum Aktenzeichen B 3 KR 23/99 R dargestellt werden. Das vollständige Urteil kann auf Wunsch über den jeweiligen Diözesancaritasverband zur Verfügung gestellt werden.

Das Bundessozialgericht hat mit erfreulicher Klarheit folgende Punkte in den Urteilsgründen besonders betont:

- Das Bundessozialgericht stellt fest, dass der Anspruch eines Kranken auf Gewährung häuslicher Krankenpflege nicht deshalb ausgeschlossen ist, weil er zugleich Leistungen bei häuslicher Pflege aus der sozialen Pflegeversicherung erhält. (Seite 4 des Urteils)
- Bei Salbeneinreibung, Insulininjektionen, Blutzuckerkontrolle und Blutdruckmessung handelt es sich um Behandlungspflege im Sinne des § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V. Ob eine nicht vom Arzt zu erbringende Maßnahme der Krankenbehandlung unter den Begriff Behandlungspflege fällt, hängt nach Auffassung des Bundessozialgerichts nicht davon ab, ob diese Maßnahme

Ihre Ansprechpartner der Clearingstelle in den Diözesen:

Caritasverband
für das Bistum
Aachen e.V.

Stephan Reitz
Fon: +49 (0)241 431-210
Britta Weisel
Fon: +49 (0)241 431 229

Caritasverband
für das Bistum
Essen e.V.

Anika Kottmann
Fon: +49 (0)201 81028 113
Nicola Rieder
Fon: +49 (0)201 81028 121

Diözesan-Caritasverband
für das Erzbistum
Köln e.V.

Antje Müller
Fon: +49 (0)221 2010 251
Monika Jansen
Fon: +49 (0)221 2010 209

Caritasverband
für die Diözese
Münster e.V.

Anne-Maike Wood
Fon: +49 (0)251 8901 373
Eva-Maria Matzker
Fon: +49 (0)251 8901 239

Caritasverband
für das Erzbistum
Paderborn e.V.

Daniela Schade
Fon: +49 (0)5251 209 435
Christoph Menz
Fon: +49 (0)5251 209 220

Clearingstelle

der Diözesan-Caritasverbände in NRW
Aachen | Essen | Köln | Münster | Paderborn
für leistungsrechtliche Fragen in der ambulanten Pflege

ausschließlich von fachlich geschulten Pflegekräften oder auch von Laien erbracht werden kann. Die von zahlreichen Krankenkassen bundesweit praktizierte Vorgehensweise, unter Hinweis auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 17. April 1996 (3 RK 28/95) und den dort verwendeten Begriff der "einfachen Behandlungspflege" Leistungen zu verweigern, wird vom Bundessozialgericht zurückgewiesen. Derartige Schlussfolgerungen ließen sich aus dem erwähnten Urteil des erkennenden Senates nicht ziehen. Im Gegenteil stelle die Entscheidung klar, dass Behandlungspflege "nicht nur" als Leistung der Krankenversicherung in Betracht komme, sondern in bestimmten Fällen auch als Pflegebedarf im Sinne der seinerzeit anzuwendenden Vorschriften über Leistungen der Krankenversicherung bei Schwerpflegebedürftigkeit zu berücksichtigen waren. Keineswegs sei der Ausschluss sogenannter einfacher Behandlungspflege aus der Leistungspflicht der Krankenversicherung im Rahmen des § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V durch das Urteil zum Ausdruck gebracht worden. Auch nach geltendem Recht sei Behandlungspflege in jeder Form den Leistungen der Krankenversicherung zuzuordnen. Nur ausnahmsweise, beim notwendigen Zusammentreffen mit einer Maßnahme der Grundpflege, sei sie auch beim Pflegebedarf in der Pflegeversicherung zu berücksichtigen. (Seite 5/6 der Urteilsgründe)

- Wenn eine Krankenkasse einzelne vom Arzt verordnete Maßnahmen der Behandlungspflege aus medizinischen Gründen nicht für erforderlich halte, etwa weil sie - wie im vorliegenden Fall - die Vornahme bestimmter Maßnahmen durch den Versicherten selbst für möglich und zumutbar hält, so hat die Krankenkasse hierüber im Regelfall gemäß § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V in Ermangelung eigener Sachkompetenz in medizinischen Fragen eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung einzuholen. Auch diese Aussage des BSG ist von großer Bedeutung, da dadurch eindeutig festgestellt wird, dass die Krankenkassen nicht die Kompetenz in medizinischen Fragen besitzen. Insoweit gibt es auch keinen Grund für die weit verbreitete Praxis von Krankenkassen, ständig Unterlagen aus Dokumentationen von Sozialstationen anzufordern. Wenn überhaupt ein Auskunfts- und Anforderungsrecht besteht, dann liegt dieses beim Medizinischen Dienst der Krankenkasse.
- Besonders bedeutsam sind die Ausführungen des Bundessozialgerichts zur Auslegung des § 37 Abs. 3 SGB V. Eindeutig stellt das Gericht fest, dass unter Haushalt die nach allgemeinem Sprachgebrauch häusliche, wohnungsmäßige, familienhafte Wirtschaftsführung zu verstehen sei (Seite 7 der Urteilsgründe). Das Landessozialgericht Nordrhein- Westfalen habe zu Recht entschieden, dass § 37 Abs. 3 SGB V als Ausnahmevorschrift nicht über ihren Wortlaut hinaus zu Lasten des Klägers weit ausgelegt werden könne. Vorschriften des Sozialgesetzbuchs (SGB) seien im Zweifel sogar dahin auszulegen, dass die sozialen Rechte möglichst weitgehend verwirklicht würden. Aus diesem Grunde sei § 37 Abs. 3 SGB V sogar hinter seinem Wortlaut zurückbleibend dahingehend auszulegen,

"dass der Leistungsausschluss nicht schon dann eingreift, wenn die Hilfe durch Haushaltsangehörige geleistet werden könnte, sondern erst dann, wenn

tatsächlich auch Hilfe geleistet wird. Ein Leistungsausschluss besteht nur, wenn sowohl der zu Pflegenden bereit ist, sich von dem Angehörigen pflegen zu lassen, als auch der pflegende Angehörige mit der Durchführung der Pflege einverstanden ist. Im Hinblick auf die Intensität des Eingriffs zahlreicher pflegerischer Maßnahmen in Intimbereiche lässt Artikel 1 Abs. 1 Satz 1 Grundgesetz ein Einverständnis auf beiden Seiten, also die aktive wie auch die passive Pflegebereitschaft, als unverzichtbar erscheinen. Nur mit dieser Einschränkung wird die Vorschrift auch der verfassungsrechtlichen Vorgaben des Artikel 3 gerecht. Andernfalls enthielte die Regelung nämlich eine Differenzierung zwischen alleinlebenden Pflegebedürftigen, denen ohne Weiteres Behandlungspflege zu gewähren wäre, und Pflegebedürftigen mit nicht zur Pflege bereiten Angehörigen, die auch bei zwingender medizinischer Erforderlichkeit ohne pflegerische Versorgung bleiben müssten. Denn selbst bei Bestehen einer unterhaltsrechtlichen Verpflichtung des Angehörigen zur Pflege hätte der Pflegebedürftige keine rechtlichen Zwangsmittel, diese gegenüber einem böswilligen Angehörigen durchzusetzen (vgl. § 88 Abs. 2 ZPO); jedenfalls wäre eine zwangsweise Durchsetzung faktisch nicht geeignet, eine sachgerechte Pflege zu erreichen. (...) Dies gilt allerdings dann nicht, wenn der Versicherte sich ohne nachvollziehbaren Grund weigert, Maßnahmen der Behandlungspflege von ehrenamtlichen Pflegepersonen in Anspruch zu nehmen, insbesondere solchen, die ihn ohnehin zur Sicherstellung der Pflege als Voraussetzung für den Anspruch auf Pflegegeld aus der Pflegeversicherung versorgen, und es sich um einfache Maßnahmen ohne Berührung der Intimsphäre handelt, wie es etwa bei der Medikamentengabe regelmäßig der Fall sein dürfte. Dasselbe gilt, wenn ein kollusives (Hinweis: rechtsmissbräuchliches) Zusammenwirken von Pflegebedürftigen und Haushaltsangehörigen angenommen werden muss, wenn etwa beide sich ohne nachvollziehbare Gründe weigern, Pflegemaßnahmen vornehmen zu lassen bzw. durchzuführen, die zuvor ohne Weiteres erbracht worden sind."

- Das Bundessozialgericht betont außerdem in der Entscheidung unter Ziffer 6 (Seite 8/9 der Urteilsgründe), das gesetzlich geregelte Verhältnis der Leistungen aus Pflege- und Krankenversicherung könne nicht zu Lasten des Versicherten durch Vereinbarungen der Krankenkassen mit Leistungserbringern nach § 132 a Abs. 2 SGB V bzw. nach §§ 72, 77 SGB XI auf der Grundlage entsprechender Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen mit den Verbänden der Leistungserbringer nach § 132 a Abs. 1 SGB V bzw. § 75 Abs. 5 SGB XI eingeschränkt werden. Den Krankenkassen bliebe es unbenommen, zur Vermeidung von Doppelleistungen mit den Leistungserbringern entsprechende Vereinbarungen zu treffen. Allerdings weist das Gericht auch ausdrücklich darauf hin, dass Maßnahmen der Behandlungspflege, die von einem Pflegedienst als Sachleistung erbracht werden, auch wenn dies im zeitlichen, sachlich aber nicht notwendigen Zusammenhang mit Verrichtungen aus dem Katalog des § 14 Abs. 4 SGB XI geschehe, nicht als Leistungen der Krankenversicherung nach § 37 SGB V verweigert werden dürften.

Clearingstelle

der Diözesan-Caritasverbände in NRW
Aachen | Essen | Köln | Münster | Paderborn
für leistungsrechtliche Fragen in der ambulanten Pflege

Fazit:

Die Praxis von Krankenkassen, medizinische Behandlungspflege zu verweigern, weil im Haushalt Angehörige leben oder weil Pflegepersonen nach SGB XI vorhanden seien, ist vom Bundessozialgericht als unzulässig eingestuft worden. Selbst wenn im Haushalt Personen leben, berechtigt das die Krankenkasse nicht zu einer automatischen Leistungsverweigerung. Eine Leistungsverweigerung ist allenfalls dann zulässig, wenn die Vornahme der behandlungspflegerischen Maßnahme sowohl dem Kranken als auch der Hilfsperson zugemutet werden kann - wie etwa das Verabreichen einfacher Medikamente - oder wenn Kranker und Pflegeperson erkennbar zu Lasten der Krankenkasse ihre Kooperationsbereitschaft verweigern. Wenn die kranke Person oder die Pflegeperson mit der Vornahme behandlungspflegerischer Maßnahmen durch den jeweils anderen Teil nicht einverstanden ist, muss die Krankenkasse leisten.