GKV-Spitzenverband, Berlin[1]
AOK-Bundesverband GbR, Berlin
BKK Dachverband e.V., Berlin
IKK e.V., Berlin
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel
Knappschaft, Bochum
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Berlin

Gemeinsames Rundschreiben vom 20.06.2016 zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG) vom 10.12.2015 zur Haushaltshilfe, häuslichen Krankenpflege und Kurzzeitpflege

---

[1] Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.

Vorwort

Durch das Krankenhausstrukturgesetz – KHSG – vom 10.12.2015 (BGBl. Teil I Nr. 51 vom 17.12.2015, S. 2229 ff.) sind zum 01.01.2016 neue Leistungsansprüche im Rahmen der häuslichen Krankenpflege und der Haushaltshilfe sowie neue Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V geschaffen worden. Danach wurden die bestehenden Leistungsansprüche zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V sowie der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V mit Blick auf Versorgungskonstellationen wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung erweitert. Ergänzend wurde ein neuer Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V eingeführt.

Durch die Neuregelungen soll ausweislich der jeweiligen Gesetzesbegründungen dem Umstand Rechnung getragen werden, dass Menschen in den genannten Konstellationen häufig nicht in der Lage sind, sich adäquat mit grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen zu versorgen. Versicherte bedürfen in diesen Situationen daher der Unterstützung, soweit nicht andere, insbesondere im Haushalt lebende Personen dies leisten können. Im Hinblick auf die bestehenden Leistungsvoraussetzungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung kann der Versorgungsbedarf der Betroffenen bisher ausweislich der Gesetzesbegründung nicht immer gedeckt werden.

Zu den vorgenannten Leistungserweiterungen sind die im Gesetz genannten Voraussetzungen zur Inanspruchnahme der jeweiligen Leistungen nicht hinreichend konkretisiert. Vor diesem Hintergrund geben der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene mit diesem Rundschreiben erste grundlegende Hinweise zur Rechtsauslegung. Dabei folgt die Struktur der Darstellung den aufeinander aufbauenden Leistungsansprüchen. Offen gebliebene gemeinsame Umsetzungsfragen werden in den routinemäßigen Besprechungen des GKV-Spitzenverbandes mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene weiter beraten und bei Bedarf einvernehmlichen Lösungen zugeführt. Diese Lösungen werden im Rundschreiben regelmäßig aktualisiert und in einer Änderungsübersicht kenntlich gemacht.

Inhaltsverzeichnis

1. Haushaltshilfe nach § 38 SGB V 5

1.1 Allgemeines 6

1.2 Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V 6

1.2.1 Anspruchsvoraussetzungen 7

1.2.1.1 Versorgungskonstellationen 7

1.2.1.2 Unmöglichkeit der Weiterführung des Haushalts des Versicherten 8

1.2.1.3 Ein im Haushalt lebendes Kind 9

1.2.1.4 Vorliegen von Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI 10

1.2.1.5 Fazit 12

1.2.2 Inhalt der Leistung 14

1.2.3 Leistungsdauer 14

1.2.3.1 Beginn des Anspruchs auf Haushaltshilfe 14

Beispiel 1 – Beginn der Haushaltshilfeleistung 14

Beispiel 2 –Wechsel von § 38 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V zu § 38 Abs. 1 Satz 3 bzw. 4 SGB V 15

1.2.3.2 Dauer und Umfang des Anspruchs 15

Beispiel 3 – Dauer der Haushaltshilfe 1 16

Beispiel 4 – Dauer der Haushaltshilfe 2 16

Beispiel 5 – Dauer der Haushaltshilfe bei einem tageweisen Leistungsbedarf 17

Beispiel 6 – Dauer der Haushaltshilfe mit akuter Verschlimmerung 17

Beispiel 7 – Dauer der Haushaltshilfe bei unbezahltem Urlaub des Ehegatten 18

1.2.4 Verfahren 18

1.2.5 Abgrenzung zu anderen Leistungen 19

1.2.5.1 Abgrenzung zur Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V 19

1.2.5.2 Abgrenzung zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V 19

1.2.5.3 Abgrenzung zur Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V 20

1.2.5.4 Anspruch auf Haushaltshilfe während Leistungen anderer Sozialversicherungsträger 20

1.2.5.5 Abgrenzung zu Leistungen nach dem SGB XI 21

1.2.5.6 Haushaltshilfe im Zusammenhang mit stationärer Hospizversorgung nach § 39a Abs. 1 SGB V 21

1.3 Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 2 SGB V 22

2. Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V 23

2.1 Allgemeines 24

2.2 Anspruchsvoraussetzungen nach § 37 Abs. 1a SGB V 26

2.2.1 Versorgungskonstellationen 26

2.2.2 Im Haushalt lebende Person 28

2.2.3 Vorliegen von Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI 28

2.2.4 Geeignete Orte 29

2.2.5 Fazit 30

2.3 Leistungsinhalt 31
2.4 Leistungsdauer 31
2.4.1 Beginn der Leistung 31
Beispiel 8 – Beginn der häuslichen Krankenpflege 31
2.4.2 Dauer der Leistung 32
Beispiel 9 – Dauer der häuslichen Krankenpflege 1 32
Beispiel 10 – Dauer der häuslichen Krankenpflege – Fortsetzung Beispiel 9 32
Beispiel 11 – Anspruch bei Chemotherapie 33
Beispiel 12 – Dauer der häuslichen Krankenpflege – tagesweise Inanspruchnahme 34
2.5 Verfahren 34
2.6 Abgrenzung zu anderen Leistungen 34
2.6.1 Abgrenzung zur Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 bzw. 4 SGB V 34
2.6.2 Abgrenzung zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V 35
2.6.3 Abgrenzung zur Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V 35
3. Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V 36
3.1 Allgemeines 36
3.2 Anspruchsvoraussetzungen 37
3.2.1 Versorgungskonstellation 37
3.2.2 Im Haushalt lebende Person 38
3.2.3 Vorliegen von Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI 38
3.2.4 Verfahren 39
3.2.5 Fazit 40
3.3 Leistungsinhalt 41
3.4 Leistungsdauer und -höhe 41
Beispiel 13 – Beginn und Dauer der Kurzzeitpflege 41
3.5 Abgrenzung zu anderen Leistungen 42
3.5.1 Abgrenzung zur Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 bzw. 4 SGB V 42
3.5.2 Abgrenzung zur häuslichen Krankenpflege 42
3.6 Kurzzeitpflegeeinrichtungen 43
3.7 Fahrkosten zur Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V 43
4. Zusammenfassung 44
Beispiel 14 – Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung mit einem im Haushalt lebendem Kind 44

1. Haushaltshilfe nach § 38 SGB V

§ 38 SGB V

(1) Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen Krankenhausbehandlung oder wegen einer Leistung nach § 23 Abs. 2 oder 4, §§ 24, 37, 40 oder § 41 die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Darüber hinaus erhalten Versicherte auch dann Haushaltshilfe, wenn ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich ist, längstens jedoch für die Dauer von vier Wochen. Wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich der Anspruch nach Satz 3 auf längstens 26 Wochen.

(2) Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse in anderen als den in Absatz 1 genannten Fällen Haushaltshilfe erbringt, wenn Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Sie kann dabei von Absatz 1 Satz 2 bis 4 abweichen sowie Umfang und Dauer der Leistung bestimmen.

(3) Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Haushaltshilfe stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerte bis zum zweiten Grad werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung je Kalendertag der Leistungsinanspruchnahme den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag an die Krankenkasse.

1.1 Allgemeines

In § 38 Abs. 1 SGB V wird der gesetzliche Anspruch auf Leistungen der Haushaltshilfe geregelt. Der Anspruch besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann (vgl. § 38 Abs. 3 SGB V).

Durch die Gewährung der Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V soll verhindert werden, dass die Versicherten die in § 38 Abs. 1 Satz 1 SGB V genannten Leistungen (z. B. Krankenhausbehandlung) nicht in Anspruch nehmen, weil die Weiterführung ihres Haushalts sowie die Betreuung ihrer im Haushalt lebenden Kinder nicht gesichert sind. Insofern stellt die Haushaltshilfe eine Nebenleistung dar, die die spezifische Bedarfssituation abdecken soll, welche durch die Inanspruchnahme der Hauptleistung entsteht.

Durch das KHSG und die damit verbundene Einführung der Sätze 3 und 4 in § 38 Abs. 1 SGB V wurde der Regelleistungsanspruch erweitert (s. Abschnitt 1.2 „Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V“).

Darüber hinaus werden die Krankenkassen nach § 38 Abs. 2 SGB V ermächtigt, Satzungsleistungen zu bestimmen, um so ihren Versicherten über den gesetzlichen Anspruch nach § 38 Abs. 1 SGB V hinaus weitergehende Ansprüche auf Leistungen der Haushaltshilfe einzuräumen.

Durch die Erweiterung des gesetzlichen Anspruchs auf Haushaltshilfe durch das KHSG wurde die verpflichtende Regelung für die Krankenkassen, Satzungsleistungen anzubieten, wieder in eine Kann-Leistung umgewandelt und somit in das Ermessen der Krankenkassen gestellt.

1.2 Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V

Gemäß § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V besteht ein Anspruch auf Haushaltshilfe auch dann, wenn Versicherten die Weiterführung des Haushalts – zu ihrer eigenen Versorgung – wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich ist, längstens jedoch für die Dauer von vier Wochen. Wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich dieser Anspruch auf längstens 26 Wochen. In diesen Fällen ist neben der Versorgung des Versicherten auch die Sicherstellung der hauswirtschaftlichen Versorgung und Betreuung des Kindes anspruchsauslösend.

Die Regelung steht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem erweiterten Anspruch nach § 37 Abs. 1a SGB V, der in demselben Versorgungskontext eine Anspruchsergänzung der häuslichen Krankenpflege hinsichtlich Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung vorsieht.

1.2.1 Anspruchsvoraussetzungen

1.2.1.1 Versorgungskonstellationen

Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nach § 38 Abs. 1 Satz 3 bzw. 4 SGB V, wenn Versicherten die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung nicht möglich ist und daher ein Unterstützungsbedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung und ggf. bei der Betreuung des im Haushalt lebenden Kindes besteht (s. Abschnitt 1.2.2 „Inhalt der Leistung“).

Hierdurch soll ausweislich der Gesetzesbegründung dem Umstand Rechnung getragen werden, dass die Versicherten in den vorgenannten Versorgungskonstellationen mitunter nicht in der Lage sind, ihren eigenen Haushalt ohne Unterstützung weiter zu führen bzw. ihre im Haushalt lebenden Kinder zu betreuen, entweder weil sie allein leben oder z. B. der Ehegatte beziehungsweise der Lebenspartner berufstätig ist. Eine vergleichbare Versorgungssituation kann auch bei Alleinerziehenden entstehen, sofern sie nicht in der Lage sind, die hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung ihrer im Haushalt lebenden Kinder sicherzustellen. Dieser Bedarf wurde durch die bisherigen Leistungsansprüche zur Haushaltshilfe nicht immer gedeckt.

Die Eingangsvoraussetzungen „wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit“ werden weder in der gesetzlichen Vorschrift noch in der Gesetzesbegründung näher konkretisiert. Es ist deshalb davon auszugehen, dass diese Anforderungen an die Krankheit nicht isoliert, sondern nur in einer Gesamtbetrachtung mit den weiteren gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen zu bewerten sind. Danach kann der Leistungsanspruch gegeben sein, wenn aufgrund krankheitsbedingter Beeinträchtigungen, insbesondere in Folge einer stationären Krankenhausbehandlung, einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung nach der Entlassung bzw. nach der Behandlung ein anderweitig nicht abzudeckender Bedarf an hauswirtschaftlicher Versorgung und ggf. Betreuung der im Haushalt lebenden Kinder besteht. Da es sich insoweit um keine abschließende Aufzählung maßgeblicher Anknüpfungssachverhalte handelt, sind auch die mit den genannten Leistungen vergleichbaren Fallkonstellationen (z. B. ambulante onkologische Chemotherapie) zu berücksichtigen. Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist somit, dass krankheitsbedingte Beeinträchtigungen des Versicherten nach einer stationären Krankenhausbehandlung, einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung sowie in vergleichbaren Fallkonstellationen ursächlich für den Bedarf an hauswirtschaftlicher Versorgung und ggf. Betreuung der im Haushalt lebenden Kinder sind. Gleiches gilt, wenn sich ein bestehender Bedarf aufgrund einer – bestehenden oder neuen – schweren Krankheit oder einer akuten Verschlimmerung einer Krankheit wesentlich verändert (zur Abgren-

zung von Sachverhalten mit dauerhaft bestehendem Hilfebedarf gelten die Ausführungen zu § 37 Abs. 1a SGB V unter Abschnitt 2.2.1 „Versorgungskonstellationen“ entsprechend).

Von § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V umfasste Fallkonstellationen können beispielhaft in folgenden Fällen vorliegen:

- Schwere Erkrankungen:
  Beispiel: Schwere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, durch die die Mobilität stark eingeschränkt wird (z. B. nach Fraktur, Entlastung/Ruhigstellung einer unteren Extremität bei einer Bänderverletzung o. ä., akuter Bandscheibenvorfall)

- Nach Operationen (ambulant oder stationär):
  Beispiel: Starke körperliche Einschränkungen und/oder Beeinträchtigungen nach Hüftgelenk-Endoprothese bzw. Hüft-Totalendoprothese infolge Oberschenkelhalsfraktur

- Während bzw. nach bestimmten Therapien:
  Beispiel: Starke körperliche Einschränkungen und/oder Beeinträchtigungen nach Chemo- oder Strahlentherapie (z. B. starke Übelkeit, häufiges Erbrechen, starke Kreislaufprobleme)

- Im Zeitraum zwischen „Krankenhausentlassung“ (= nicht mehr krankenhausbehandlungsbedürftig) und „Anschlussrehabilitation“ (= noch nicht rehabilitationsfähig):
  Beispiel: Schwere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, durch die die Mobilität stark eingeschränkt wird, z. B. nach einer Bandscheibenoperation infolge eines Bandscheibenvorfalls oder Paresen der oberen oder unteren Extremitäten nach Schlaganfall.

Diese Aufzählung benennt nur beispielhaft mögliche Konstellationen, bei denen nach einem entsprechend Abschnitt 1.2.1.1 „Versorgungskonstellationen“ eingetretenem Ereignis die hauswirtschaftliche Versorgung sowie ggf. die Betreuung der im Haushalt lebenden Kinder nicht selbstständig erfolgen kann. Die übrigen Ausführungen unter Abschnitt 1.2.1 „Anspruchsvoraussetzungen“ gelten entsprechend.

1.2.1.2 Unmöglichkeit der Weiterführung des Haushalts des Versicherten

Anspruch auf Haushaltshilfe besteht insoweit, wie der Versicherte den Haushalt selbst geführt hat. Der Anspruch ist demnach ausgeschlossen, wenn die wesentlichen Haushaltsarbeiten einschließlich der Beaufsichtigung und Betreuung der im Haushalt lebenden Kinder durch den Ehe- oder Lebenspartner, einen anderen Angehörigen oder durch Dritte (z. B. eine Hausangestellte) durchgeführt wurden. Kann die Haushaltshilfe ganz oder teilweise von einer im Haushalt des Ver-

sicherten lebenden Person durchgeführt werden, entfällt insoweit die Leistungspflicht der Krankenkasse (vgl. § 38 Abs. 3 SGB V). Dies gilt jedoch nicht, wenn die im Haushalt lebende Person teilweise an der Betreuung gehindert ist (z. B. wegen Krankheit oder Alters).

Auf den Grund der Hinderung der im Haushalt lebenden anderen Personen an der Übernahme der Haushaltsführung kommt es nicht an. Dafür können berufliche sowie während der Aus- und Fortbildung auch schulische Verpflichtungen oder auch andere, z. B. körperliche oder altersmäßige Gründe, ausschlaggebend sein (BSG-Urteile vom 28.01.1977 – 5 RKn 32/76 –, vom 13.07.1977 – 3 RK 52/76 – und vom 22.04.1987 – 8 RK 22/85). Dagegen wird an arbeitsfreien Tagen, für Zeiten eines bezahlten Urlaubs, einer Arbeitsunfähigkeit, einer Arbeitslosigkeit, bei witterungsbedingten Arbeitsausfällen oder bei Kurzarbeit ein Hinderungsgrund nicht oder nicht in vollem Umfang vorliegen (BSG-Urteil vom 30.03.1977 – 5 RKn 23/76). Dementsprechend kann beispielsweise Haushaltshilfe zeitweise auch in Betracht kommen, wenn eine im Haushalt lebende arbeitslose andere Person deshalb die Haushaltsführung nicht übernehmen kann, weil sie wegen Vorstellung bei einem neuen Arbeitgeber von zu Hause abwesend sein muss.

Sind die Versicherten noch zu einer teilweisen Haushaltsführung (z. B. Beaufsichtigung der Kinder oder Verrichtung bestimmter Arbeiten) in der Lage, ist eine Haushaltshilfe in entsprechend eingeschränktem Umfang zur Verfügung zu stellen.

Die Versicherten müssen erklären, dass eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

1.2.1.3 Ein im Haushalt lebendes Kind

Der auf bis zu 26 Wochen verlängerte Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 4 SGB V besteht nur, wenn bei deren Beginn ein Kind im Haushalt lebt, welches das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Die Vollendung des 12. Lebensjahres während der Haushaltshilfe ist unschädlich. Als Kind in diesem Sinne kommt jedes auf Dauer im Haushalt lebende Kind in Betracht ohne Rücksicht darauf, ob es zum Versicherten rechtlich in einer Angehörigenbeziehung steht. Für den Anspruch ist ferner die Art der Versicherung des Kindes unerheblich.

Für Kinder mit Behinderung, die deswegen auf Hilfe angewiesen sind, gibt es keine altersmäßige Begrenzung.

Behindert und auf Hilfe angewiesen sind Kinder, die nicht nur vorübergehend für die gewöhnlich und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang der Pflege oder Beaufsichtigung bedürfen. Unterdurchschnittliche Begabung, Unkonzent-

riertheit, Nervosität, Labilität sowie ein Rückstand der geistigen Entwicklung stellen für sich allein keine Behinderung dar (BSG-Urteil vom 31.01.1979 - 11 RA 19/78). Ebenso sind akute Erkrankungen eines Kindes nicht als Behinderung anzusehen. Sie führen nicht zu einer Aufhebung der Altersgrenze.

Die Aufhebung der Altersgrenze gilt für Kinder mit Behinderung, bei denen die Behinderung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, bei keiner Erwerbstätigkeit bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres sowie bei Schul- oder Berufsausbildung bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres eingetreten ist.

Zugleich muss das Kind mit Behinderung auf Hilfe angewiesen sein. Dies ist gegeben, wenn das Kind bei Verrichtungen des täglichen Lebens objektiv fremder Hilfe bedarf (z. B. bei der Ernährung oder Körperpflege), die über das für das Lebensalter typische Maß hinausgeht. Maßstab ist insofern die Hilfebedürftigkeit eines bis zu 12 Jahre alten Kindes.

Ist das im Haushalt lebende Kind pflegebedürftig im Sinne des SGB XI, bedarf es aufgrund des insoweit bestehenden eigenständigen Sozialleistungsanspruchs des Kindes zur Vermeidung einer Versorgungslücke keiner Erweiterung des Haushaltshilfeanspruchs. In die Beurteilung, ob mit Blick auf den verlängerten Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 4 SGB V im Haushalt ein Kind lebt, sind deshalb nur Kinder einzubeziehen, für die kein Anspruch auf Pflegeleistungen nach dem SGB XI besteht.

1.2.1.4 Vorliegen von Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI

Liegt bei dem Versicherten Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI vor, ist der Leistungsanspruch gem. § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V grundsätzlich ausgeschlossen, da aufgrund des Anspruchs auf hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der Leistungen nach dem SGB XI keine Versorgungslücke zu schließen ist. Da in einschlägigen Fallgestaltungen nach den vor Inkrafttreten des KHSG maßgeblichen gesetzlichen Regelungen kein Anspruch auf Leistungen der Haushaltshilfe bestand, waren weder im SGB V noch im SGB XI Regelungen zum Verhältnis zwischen Leistungen nach dem SGB XI und Haushaltshilfeleistungen nach § 38 SGB V enthalten. Es handelt sich offensichtlich um ein Versehen des Gesetzgebers, dass bei der Erweiterung der Ansprüche auf Haushaltshilfe mit dem Ziel der Schließung von Versorgungslücken die Leistungskonkurrenz zu Leistungen des SGB XI nicht geregelt wurde. Der Gesetzesbegründung ist kein Hinweis darauf zu entnehmen, dass dabei die Leistungskonkurrenz erkannt und bewusst nicht geregelt wurde. Für die o.g. Rechtsauslegung spricht insbesondere auch, dass im Zusammenhang mit den Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V und dem neuen Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V, die gemeinsam mit dem erweiterten Anspruch auf Haushaltshilfe ein Gesamtpaket zur Schließung von Versorgungslücken bilden, der explizite gesetzgeberische Wille zum

Ausdruck gebracht wird, keine Leistungsverschiebungen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung vorzunehmen. Ein Anspruch auf Leistungen nach § 123 Abs. 1 SGB XI[2] gilt insoweit nicht als Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI.

Ggf. kann auch bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit des Versicherten ein Anspruch nach § 38 Abs. 1 Satz 4 SGB V bestehen, wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Dabei sind jedoch die Ausführungen der Abschnitte 1.2.1.3 „Ein im Haushalt lebendes Kind“ und 1.2.3.2 „Dauer und Umfang des Anspruchs“ zu beachten. Der Anspruch beschränkt sich in diesem Fall ausschließlich auf die hauswirtschaftliche Versorgung bzw. die Betreuung des im Haushalt lebenden Kindes.

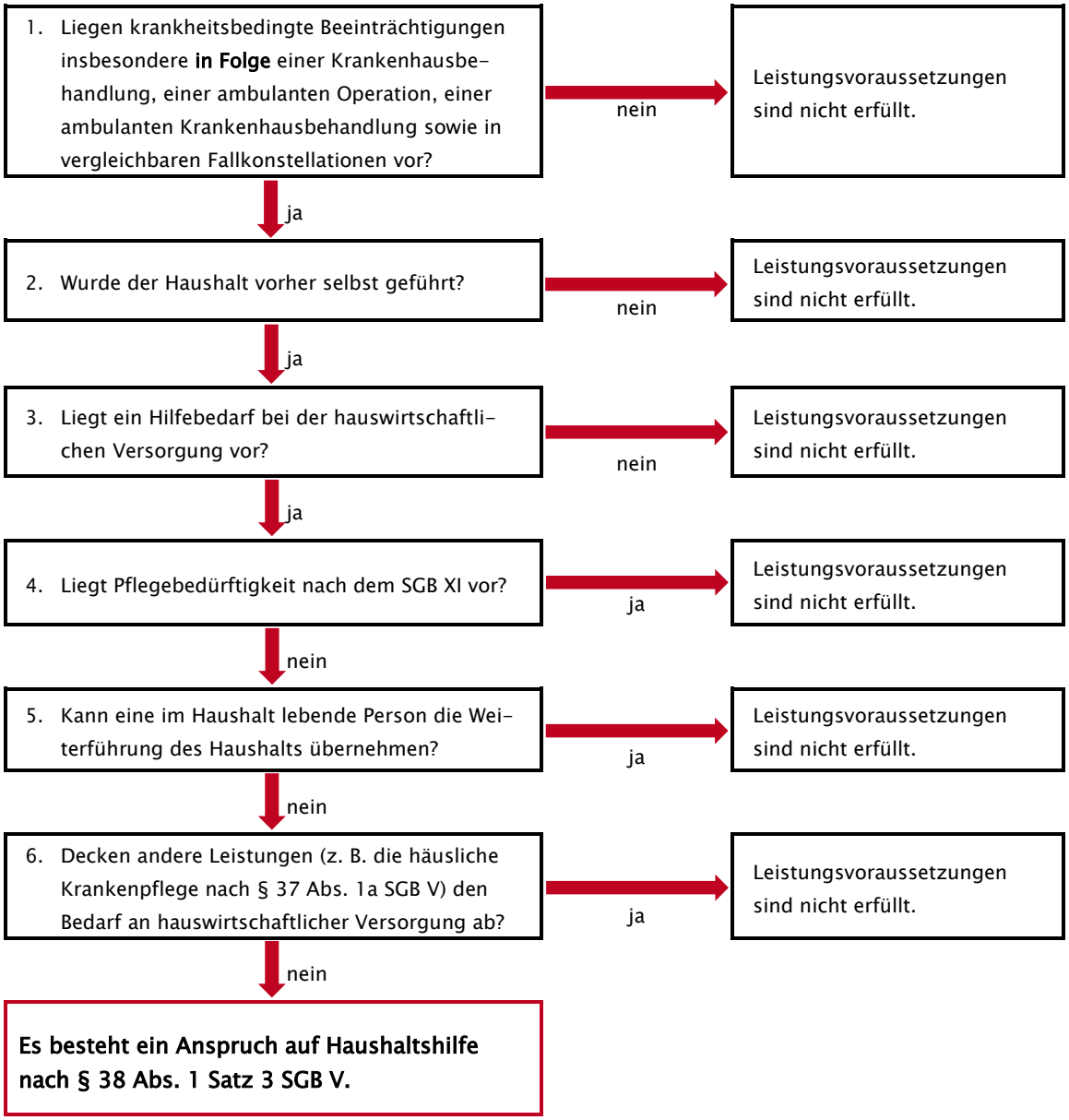
Wird für den Versicherten rückwirkend das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit für einen Zeitraum festgestellt, in dem Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 bzw. 4 SGB V erbracht wurden, sind die Ausführungen des Abschnittes 1.2.5.5 „Abgrenzung zu Leistungen nach dem SGB XI“ zu beachten.

[2] Paragraf entfällt zum 01.01.2017

1.2.1.5 Fazit

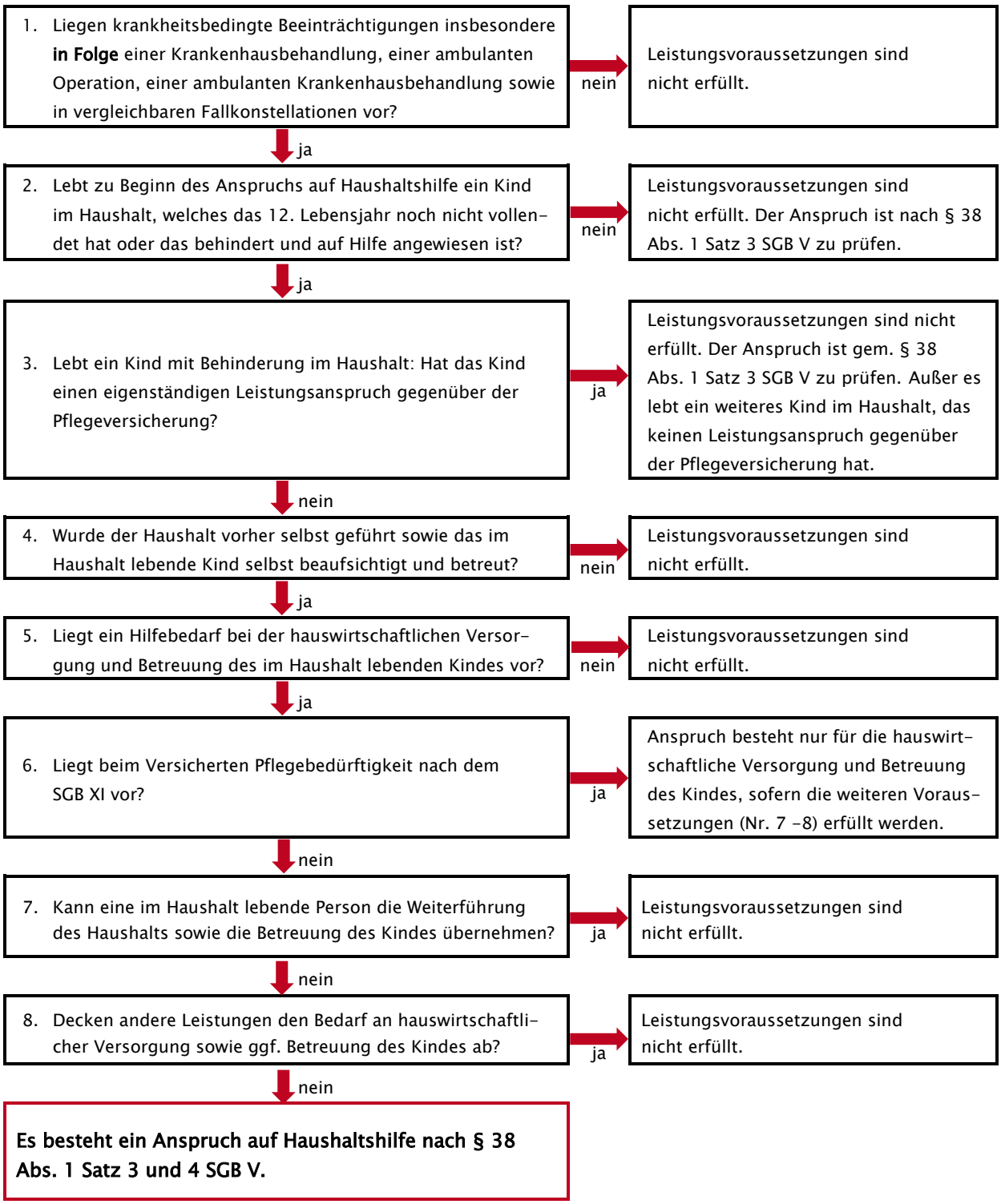
Prüfung des Anspruchs auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V

Im Ergebnis ist bei einem Antrag auf Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V im Rahmen der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen wie nachfolgend dargestellt vorzugehen:



Prüfung des Anspruchs auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V

Bei einem Antrag auf Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V ist im Rahmen der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen wie nachfolgend dargestellt vorzugehen:



1.2.2 Inhalt der Leistung

Der Inhalt der "Haushaltshilfe" wird durch § 38 SGB V nicht definiert. Aus der Tatsache, dass die Haushaltshilfe bei krankheitsbedingter Verhinderung der haushaltsführenden Person zur Verfügung zu stellen ist, muss aber geschlossen werden, dass die Hilfe in hauswirtschaftlichen Tätigkeiten besteht. Die Haushaltshilfe umfasst demnach die Dienstleistungen, die zur Weiterführung des Haushalts notwendig sind. Zur hauswirtschaftlichen Versorgung gehören Besorgungen (auch von Arzneimitteln), Bettwäsche wechseln, Einkaufen, Heizen, Geschirr spülen, Müllentsorgung, Mahlzeitenzubereitung (auch Diät), Wäschepflege, Reinigung der Wohnung (Unterhalts- ggf. Grundreinigung). Zudem gehören auch die Betreuung und Beaufsichtigung der im Haushalt lebenden Kinder, soweit dies in Anbetracht des Alters oder des Gesundheitszustandes der Kinder erforderlich ist, zu den Leistungen der Haushaltshilfe.

1.2.3 Leistungsdauer

1.2.3.1 Beginn des Anspruchs auf Haushaltshilfe

Der Anspruch auf bzw. der Beginn von Leistungen nach § 38 Abs. 1 Satz 3 bzw. 4 SGB V entsteht grundsätzlich mit dem Tag, an dem aufgrund krankheitsbedingter Beeinträchtigungen, in Folge einer stationären Krankenhausbehandlung, einer ambulanten Operation, einer ambulanten Krankenhausbehandlung oder in vergleichbaren Fallkonstellationen nach der Entlassung bzw. nach der Behandlung ein anderweitig nicht abzudeckender Bedarf an hauswirtschaftlicher Versorgung und ggf. Betreuung der im Haushalt lebenden Kinder entsteht.

Beispiel 1 - Beginn der Haushaltshilfeleistung

Eine alleinstehende Versicherte, ohne Kinder, erleidet einen Bandscheibenvorfall am 05.04.
Aufgrund dessen ist eine stationäre Krankenhausbehandlung notwendig in der Zeit vom 17.05. bis 27.05.
Ab dem 27.05. besteht ein Unterstützungsbedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Ein entsprechender Antrag wird von der Versicherten gestellt. Der Bedarf wird durch eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung (s. Abschnitt 1.2.4 „Verfahren“) nachgewiesen.

Lösung:

Die Versicherte hat Anspruch auf Haushalthilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V aufgrund ihrer schweren Erkrankung nach der stationären Krankenhausbehandlung. Die Leistung ist ab dem 27.05. zu gewähren. Der Anspruch besteht längstens bis zum 23.06.

Sofern Versicherte bereits für die Dauer einer nach § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V genannten Behandlung bzw. in vergleichbaren Fallkonstellationen (z. B. Krankenhaushausbehandlung) einen An-

spruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V haben, beginnt der Anspruch auf Haushaltshilfeleistungen gemäß § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V erst ab dem Tag nach dem Ende des Haushaltshilfeanspruchs nach § 38 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V (z. B. Tag nach der Entlassung aus dem Krankenhaus; s. auch Abschnitt 1.2.5.1 „Abgrenzung zur Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V“).

Beispiel 2 –Wechsel von § 38 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V zu § 38 Abs. 1 Satz 3 bzw. 4 SGB V

Ein alleinerziehender Versicherter mit zwei Kindern (8 und 10 Jahre alt) hat sich durch einen Sturz eine schwere Unterschenkelfraktur zugezogen. Er wird sofort ins Krankenhaus aufgenommen und operiert.

Stationäre Krankenhausbehandlung in der Zeit vom 02.08. bis 09.08.

Die Krankenkasse bewilligt für diese Zeit Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ist es dem Versicherten aufgrund der Beeinträchtigungen durch die Unterschenkelfraktur nicht möglich, die hauswirtschaftliche Versorgung sowie die Betreuung der Kinder eigenständig fortzuführen. Daher stellt der Versicherte erneut einen Antrag auf Haushaltshilfe. Eine entsprechende ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung (s. Abschnitt 1.2.4 „Verfahren“) liegt vor.

Lösung:

Der Versicherte hat Anspruch auf Haushalthilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V aufgrund seiner schweren Erkrankung nach der stationären Krankenhausbehandlung. Die Leistung ist ab dem 10.08. für längstens 26 Wochen zu gewähren, da bis einschließlich 09.08. Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V besteht.

1.2.3.2 Dauer und Umfang des Anspruchs

Der Anspruch auf die neuen Haushaltshilfeleistungen besteht, wenn dem Versicherten die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation, nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung oder in einer vergleichbaren Fallkonstellation, nicht möglich ist. Der Anspruch ist darüber hinaus begrenzt auf eine Dauer von 4 Wochen bzw. längstens 26 Wochen, wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Da der Gesetzeswortlaut hinsichtlich der zeitlichen Begrenzung keine explizite Regelung – anders als bei § 37 Abs. 1a SGB V mit grds. 4 Wochen je Krankheitsfall und § 39c SGB V mit 8 Wochen je Kalenderjahr – enthält, woran der Anspruchszeitraum festzumachen ist, ist insoweit auf die anspruchsauslösende Versorgungskonstellation nach Abschnitt 1.2.1.1 „Versorgungskonstellationen“ abzustellen. D.h., dass bei einem maßgeblichen Unterstützungsbedarf in Folge einer schweren Krankheit

oder wegen einer akuten Verschlimmerung einer Krankheit, z. B. nach einer stationären Krankenhausbehandlung, einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung, für den Zeitraum des durchgehend bestehenden Unterstützungsbedarfs ein Anspruch auf Haushaltshilfe für längstens 4 bzw. 26 Wochen besteht. In den Fällen, in denen eine schwere Krankheit wieder auflebt, besteht demnach ein neuer Anspruch auf Haushaltshilfe gemäß § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V, sofern die weiteren Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiel 3 - Dauer der Haushaltshilfe 1

Eine alleinstehende Versicherte, ohne Kinder, befindet sich bis 19.08. wegen einer schweren Erkrankung in stationärer Krankenhausbehandlung. Ab dem 19.08. hat sie einen Unterstützungsbedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Ein entsprechender Antrag wird von der Versicherten gestellt. Der Bedarf wird durch eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung (s. Abschnitt 1.2.4 „Verfahren“) für 4 Wochen nachgewiesen.

Lösung:

Die Versicherte hat Anspruch auf Haushalthilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V aufgrund ihrer schweren Erkrankung nach der stationären Krankenhausbehandlung. Die Leistung ist ab dem 19.08. für längstens 4 Wochen zu gewähren, somit bis zum 15.09.

Weder der Gesetzeswortlaut noch die Gesetzesmaterialien lassen zweifelsfrei erkennen, wie in Fallgestaltungen der Leistungsunterbrechung der Haushaltshilfe mit dem auf 4 bzw. 26 Wochen begrenzten Anspruch umzugehen ist. Der Hinweis in der Gesetzesbegründung auf eine moderate Leistungserweiterung lässt darauf schließen, dass der Leistungsanspruch unabhängig von der Anzahl der in Anspruch genommenen Leistungstage generell auf einen Zeitraum von 4 bzw. 26 Wochen ab dem auslösenden Ereignis begrenzt ist. Hierfür spricht auch, dass in anderen Rechtsvorschriften des SGB V, in denen der Leistungsanspruch auf eine bestimmte Anzahl von Leistungstagen begrenzt ist, diese Begrenzung unmittelbar in dem Gesetzeswortlaut angeführt wird (vgl. Regelung zum Krankengeld bei Erkrankung des Kindes nach § 45 SGB V).

Beispiel 4 - Dauer der Haushaltshilfe 2

Eine verheiratete Versicherte muss aufgrund einer schweren Erkrankung bis zum 27.05. zur stationären Behandlung ins Krankenhaus.
Ab dem 27.05. besteht ein Unterstützungsbedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Ein entsprechender Antrag wird von der Versicherten gestellt. Der Bedarf wird durch eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung (s. Abschnitt 1.2.4 „Verfahren“) nachgewiesen. Der Unterstützungsbedarf kann tageweise durch den im Haushalt lebenden Ehemann sichergestellt werden.

Lösung:

Im Anschluss an die stationäre Krankenhausbehandlung besteht ein Anspruch auf Haushaltshilfe für längstens 4 Wochen (bis 23.06.). Dabei ist unerheblich, dass die Versorgung nicht durchgängig über die Haushaltshilfe sichergestellt werden muss.

Sofern dem Versicherten die Weiterführung des Haushalts bzw. die Betreuung des im Haushalt lebenden Kindes aufgrund durchgehender krankheitsbedingter Beeinträchtigungen in Folge einer schweren Krankheit oder einer akuten Verschlimmerung einer Krankheit nicht im vollem Umfang eigenständig möglich ist und ein Unterstützungsbedarf durchgängig nur für bestimmte hauswirtschaftliche Tätigkeiten (z. B. Einkaufen) bzw. Betreuungsleistungen des Kindes (z. B. das Hinbringen und Abholen des Kindes zur Kindertagesstätte) vorliegt, besteht der Leistungsanspruch nach § 38 Abs. 1 Satz 3 bzw. 4 SGB V dennoch durchweg für bis zu 4 bzw. 26 Wochen.

Beispiel 5 – Dauer der Haushaltshilfe bei einem tageweisen Leistungsbedarf

Ein alleinstehender Versicherter befand sich aufgrund einer schweren Erkrankung in stationärer Krankenhausbehandlung. Am 20.09. wird der Versicherte in die Häuslichkeit entlassen. Aufgrund krankheitsbedingter Beeinträchtigungen kann der Versicherte nicht alle hauswirtschaftlichen Tätigkeiten übernehmen, so kann er z. B. nicht selbst den Einkauf bzw. Besorgungen aus der Apotheke erledigen. Ein Antrag mit einer ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung (s. Abschnitt 1.2.4 „Verfahren“) wird gestellt. Danach benötigt der Versicherte voraussichtlich 2x wöchentlich für diese Leistungen eine Haushaltshilfe.

Lösung:

Ab dem 20.09. besteht durchgängig für bis zu 4 Wochen (längstens bis 17.10.) ein Anspruch auf Haushaltshilfe, die jedoch auf den notwendigen Umfang (2x wöchentlich) zu beschränken ist.

Kommt es bei länger andauernden Erkrankungen, z. B. bedingt durch die Behandlung, zu einer akuten Verschlimmerung der Erkrankung, haben Versicherte mit jeder akuten Verschlimmerung der Erkrankung einen neuen Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V, sofern sie die weiteren Anspruchsvoraussetzungen erfüllen. Liegt nur ein kurzfristiger Unterstützungsbedarf bei der Weiterführung des Haushalts sowie ggf. der Betreuung des im Haushalt lebenden Kindes vor, ist die Anspruchsdauer entsprechend anzupassen.

Beispiel 6 – Dauer der Haushaltshilfe mit akuter Verschlimmerung

Eine alleinerziehende Versicherte erhält ab dem 04.07. 2x wöchentlich eine Chemotherapie über 6 Monate. Nach jeder Chemotherapiebehandlung verschlechtert sich der Gesundheitszustand der Versicherten aufgrund schwerer Nebenwirkungen derart, dass sie jeweils für den restlichen Tag nach der Behandlung nicht in der Lage ist, ihren Haushalt sowie die Betreuung ihres Kindes (9 Jahre) zu übernehmen. Sie beantragt daher eine Haushaltshilfe je-

weils für den Rest des Tages nach der Chemotherapie, somit für 2 Tage in der Woche. Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung (s. Abschnitt 1.2.4 „Verfahren“) bestätigt den Unterstützungsbedarf.

Lösung:

Nach jeder Chemotherapiebehandlung liegt bei der Versicherten eine akute Verschlimmerung ihrer Erkrankung aufgrund der schweren Nebenwirkungen in Folge der Chemotherapie vor. Grundsätzlich wird daher nach jeder Chemotherapiebehandlung ein neuer Anspruch auf Haushaltshilfe gemäß § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V ausgelöst.

Wenn eine der im Haushalt lebenden Personen den Haushalt nur weiterführen kann, indem sie unbezahlten Urlaub nimmt, kann ein Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 4 Satz 2 SGB V bestehen. Danach ist der (Netto-)Verdienstausfall zu erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

Beispiel 7 – Dauer der Haushaltshilfe bei unbezahltem Urlaub des Ehegatten

Selbe Situation wie im Beispiel 4.
Im unmittelbaren Anschluss an die Krankenhausentlassung kann die Versorgung der Versicherten grundsätzlich nicht sichergestellt werden. Der Ehemann nimmt jedoch vom 27.05. bis 30.05. unbezahlten Urlaub, um den Haushalt weiterzuführen. Danach befindet sich dieser für mehrere Wochen auf Dienstreise.

Lösung:

Der Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V besteht für längstens 4 Wochen ab dem 27.05.
Da der Ehemann den Haushalt in der Zeit vom 27.05. bis 30.05. nur aufgrund seines unbezahlten Urlaubs weiterführen kann, besteht in dieser Zeit ein Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 i. V. m. Abs. 4 Satz 2 SGB V. Erstattungsfähig ist sein ausgefallenes Nettoarbeitsentgelt in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten.

Sind die Versicherten noch zu einer teilweisen Haushaltsführung (z. B. Beaufsichtigung der im Haushalt lebenden Kinder oder Verrichtung bestimmter Arbeiten) in der Lage, ist eine Haushaltshilfe in entsprechend eingeschränktem Umfang zur Verfügung zu stellen. Diese Leistungstage sind als volle Anspruchstage anzurechnen.

1.2.4 Verfahren

Die Haushaltshilfe ist grundsätzlich vor ihrer Inanspruchnahme durch die Versicherten bei der Krankenkasse zu beantragen. Dem Antrag ist eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung beizu-

fügen. Darin sollten Angaben über den Grund der Haushaltshilfe (Diagnose), den täglichen Umfang sowie die voraussichtliche Dauer des Unterstützungsbedarfs enthalten sein. Außerdem soll der Arzt angeben, ab wann der Unterstützungsbedarf besteht und welche krankheitsbedingten Beeinträchtigungen vorliegen.

1.2.5 Abgrenzung zu anderen Leistungen

1.2.5.1 Abgrenzung zur Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V

Versicherte haben Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V, wenn ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen

- einer stationären Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V),
- einer medizinischen Vorsorgeleistung (§ 23 Abs. 2 und 4 SGB V),
- einer medizinischen Vorsorgeleistung für Mütter oder Väter (§ 24 SGB V),
- häuslicher Krankenpflege (§ 37 SGB V),
- einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation (§ 40 SGB V) oder
- einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation für Mütter oder Väter (§ 41 SGB V)

nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Die Haushaltshilfe kann in diesen Fällen nur beansprucht werden, wenn bei deren Beginn ein Kind im Haushalt lebt, das das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist (§ 38 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Sofern Versicherte gleichzeitig an einer schweren Erkrankungen bzw. einer akuten Verschlimmerung einer Krankheit leiden, ist der Anspruch auf Leistungen gemäß § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V für die Dauer der o.g. Behandlungen ausgeschlossen und der Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V zu gewähren (s. hierzu auch Abschnitt 1.2.3.1 „Beginn des Anspruchs auf Haushaltshilfe“).

1.2.5.2 Abgrenzung zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V

Besteht ein Bedarf auf hauswirtschaftliche Versorgung sowie auf Grundpflege, sind Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V regelmäßig nicht ausreichend. Daher ist ein Leistungsanspruch nach § 37 Abs. 1a SGB V (s. Abschnitt 2 „Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V“) zu prüfen.

Sofern der Versicherte einen Antrag auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V stellt, jedoch ausschließlich einen Bedarf an hauswirtschaftlicher Versorgung sowie ggf. Betreuung der im Haushalt lebenden Kinder hat, sind Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3

bzw. 4 SGB V ausreichend. In einschlägigen Fallkonstellationen sollten dem Versicherten daher die entsprechenden Leistungen der Haushaltshilfe angeboten werden.

Haben Versicherte einen Bedarf an Grundpflege sowie an hauswirtschaftlicher Versorgung und können daher die Versorgung und Betreuung eines im Haushalt lebenden Kindes nicht eigenständig sicherstellen, besteht neben dem ausschließlich auf die grundpflegerische Versorgung des Versicherten ausgerichteten Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V auch ein Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V, um die hauswirtschaftliche Versorgung des Versicherten sowie die Sicherstellung der Versorgung und Betreuung des Kindes abzudecken.

Sofern keine Kinder im Haushalt leben und der Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V ausgeschöpft ist, führt dies nicht zu einem Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V.

1.2.5.3 Abgrenzung zur Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V

Versicherte können gleichzeitig einen Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V und aufgrund ihrer Abwesenheit während dieser Leistung auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 4 SGB V haben, wenn im Haushalt ein Kind lebt, welches bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist (s. hierzu auch Abschnitt 1.2.1.3 „Ein im Haushalt lebendes Kind“).

Der Anspruch besteht nur, soweit auch eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann (vgl. § 38 Abs. 3 SGB V).

Leben keine Kinder im Haushalt und ist der Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege ausgeschöpft (vgl. Abschnitt 3.4 „Leistungsdauer und -höhe“), führt dies nicht zu einem Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V.

1.2.5.4 Anspruch auf Haushaltshilfe während Leistungen anderer Sozialversicherungsträger

Haushaltshilfe wird als ergänzende Nebenleistungen zu Leistungen der Krankenkassen erbracht. Daher besteht für die Zeiten, in denen andere Sozialversicherungsträger (z. B. Deutsche Rentenversicherung) Leistungen gewähren (z. B. Anschlussrehabilitation) kein Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V. Für den Anspruch auf Leistungen der Haushaltshilfe sind während dieser Zeiten ausschließlich die Regelungen des leistungserbringenden Sozialversicherungsträgers ausschlaggebend. Wird danach kein Anspruch auf Haushaltshilfe gewährt, besteht auch keine Leistungspflicht der GKV.

Der Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V besteht ggf. vor bzw. nach der Leistung des anderen Sozialversicherungsträgers, sofern die Voraussetzungen der Abschnitte 1.2.1 „Anspruchsvoraussetzungen“,1.2.3.1 „Beginn des Anspruchs auf Haushaltshilfe“ sowie 1.2.3.2 „Dauer und Umfang des Anspruchs“ erfüllt sind. Dies kann insbesondere der Fall sein, wenn Versicherte aufgrund eines im Haushalt lebenden Kindes einen Höchstanspruch auf Leistungen der Haushaltshilfe bis zu 26 Wochen haben.

1.2.5.5 Abgrenzung zu Leistungen nach dem SGB XI

In den Abschnitten 1.2.1.3 „Ein im Haushalt lebendes Kind“ und 1.2.1.4 „Vorliegen von Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI“ sind Sachverhaltskonstellationen dargestellt, in denen wegen des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit bei den Versicherten bzw. bei in deren Haushalt lebenden Kindern ein Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V ausgeschlossen ist. Wird in diesen Fallkonstellationen das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit rückwirkend für einen Zeitraum festgestellt, in dem Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V erbracht wurden, endet mit dem Tag des Beginns des Leistungsanspruchs nach dem SGB XI der Anspruch auf Leistungen nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V. In diesen Fällen ist durch die Krankenkassen ein Erstattungsanspruch nach § 102ff. SGB X zu prüfen.

1.2.5.6 Haushaltshilfe im Zusammenhang mit stationärer Hospizversorgung nach § 39a Abs. 1 SGB V

Die Erweiterung des Anspruchs auf Haushaltshilfe durch die Regelung des § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V hat die Frage aufgeworfen, ob und ggf. nach welcher Rechtsvorschrift ein Anspruch auf Haushaltshilfe in Fallgestaltungen besteht, in denen die haushaltsführende Person sich in stationäre Hospizversorgung nach § 39a Abs. 1 SGB V begeben muss. § 38 Abs. 1 Satz 1 SGB V enthält eine abschließende Aufzählung von Fallkonstellationen, in denen Haushaltshilfeleistungen als ergänzende Leistung zur Verfügung zu stellen sind. Es ist nicht ersichtlich, dass der Gesetzgeber dabei bewusst die stationäre Hospizversorgung nach § 39a Abs. 1 SGB V nicht aufgeführt hat. Vor diesem Hintergrund wird empfohlen, analog der Fallgestaltungen der stationären Versorgung in Vorsorge- und Rehaeinrichtungen sowie in Krankenhäusern auch bei stationärer Hospizversorgung einen Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 1 SGB V einzuräumen.

1.3 Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 2 SGB V

Aufgrund der Erweiterung des Leistungsanspruchs mit § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V werden durch die Änderungen in § 38 Abs. 2 SGB V die Satzungsleistungen der Krankenkassen wieder in deren Ermessen gestellt.

Danach können Krankenkassen in anderen als den in § 38 Abs. 1 SGB V genannten Fällen Haushaltshilfe erbringen, wenn Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Die Krankenkassen können dabei auch Dauer und Umfang der Leistung bestimmen.

Näheres zu Anspruchsvoraussetzungen, Inhalt der Leistungen, Dauer und Umfang des Anspruchs sowie zum Verfahren regelt die jeweilige Krankenkasse.

2. Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V

§ 37 SGB V

(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.

(1a) Versicherte erhalten an geeigneten Orten im Sinne von Absatz 1 Satz 1 wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches vorliegt, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Absatz 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

(2) – (2a) ...

(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.

2.1 Allgemeines

Versicherte haben nach den näheren Bestimmungen des § 37 SGB V Anspruch auf häusliche Krankenpflege.

Die häusliche Krankenpflege umfasst

- Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte/Pflegekräfte delegiert werden können (Behandlungspflege),
- Grundverrichtungen des täglichen Lebens (Grundpflege) und
- Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung der grundlegenden Anforderungen einer eigenständigen Haushaltsführung allgemein notwendig sind (hauswirtschaftliche Versorgung) (vgl. § 1 Abs. 3 der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie).

Die häusliche Krankenpflege wird auf der Grundlage unterschiedlicher Rechtsgrundlagen gewährt. Je nach Rechtsgrundlage der häuslichen Krankenpflege besteht ein unterschiedlicher Anspruch auf die Leistungen der Behandlungspflege, der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung:

<u>Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V (Krankenhausvermeidungs- und -verkürzungspflege):</u>
Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V beinhaltet Leistungen der Behandlungspflege, der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung. Der Anspruch auf die Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung besteht nur in Verbindung mit Leistungen der Behandlungspflege. Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V kommt in Betracht, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist (1. Alternative), oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird (2. Alternative). Die erste Alternative erfasst Fälle, in denen die Krankenhausbehandlung zwar erforderlich ist und deshalb rechtlich auch ein Anspruch auf stationäre Versorgung in einem Krankenhaus nach § 39 Abs. 1 SGB V besteht, dieser Anspruch aber aus tatsächlichen Gründen, z. B. wegen Bettenmangels, nicht erfüllt werden kann. In solchen Fällen ist die Versorgung durch eine ambulante Behandlung und häusliche Krankenpflege aus medizinischer Sicht zwar nicht ausreichend und die weniger zweckmäßige und geeignete Form der Versorgung. Da es sich jedoch um einen auf andere Weise nicht behebbaren Mangel in einer Notfallsituation handelt, wollte der Gesetzgeber eine Rechtsgrundlage zur Gewährung dieser "notdürftigen", medizinisch nicht ausreichenden und nur für eine Über-

gangszeit akzeptablen Versorgung schaffen (vgl. BSG – Urteil vom 28.01.1999 – B 3 KR 4/98; Rz. 17).

Im Rahmen der zweiten Alternative soll es dem Versicherten ermöglicht werden, frühzeitig in den häuslichen Bereich zurückzukehren (oder diesen gar nicht erst zu verlassen). Ausweislich der Gesetzesbegründung zu § 36 Abs. 1 SGB V in der Fassung des Gesundheitsreform-Gesetzes – GRG sollte dem Versicherten somit ein Anreiz gegeben werden, „die teure Krankenhausbehandlung soweit wie möglich abzukürzen oder zu vermeiden“ (vgl. BT.-Dr. 11/2237 vom 03.05.1988, S. 176). Die häusliche Krankenpflege (2. Alternative) kommt demnach in Betracht, wenn Krankenhausbehandlung medizinisch nicht (mehr) zweifelsfrei geboten ist und eine ambulante Behandlung vielmehr auch (noch oder nunmehr) vertretbar erscheint. Dies trifft nur auf akute Behandlungsfälle zu, nicht aber in Fällen einer dauerhaften Pflegebedürftigkeit (vgl. BSG-Urteil vom 28.01.1999 – B 3 KR 4/98; Rz. 19).

<u>Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V (Unterstützungsversorgung):</u>
Die häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V beinhaltet ausschließlich Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung. Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V besteht, wenn Versicherte wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung Bedarf für eine grundpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung haben. Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI darf nicht vorliegen (vgl. Abschnitt 2.2 „Anspruchsvoraussetzungen nach § 37 Abs. 1a SGB V“).

<u>Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V (Sicherungspflege):</u>
Die häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V kann verordnet werden, wenn die ambulante vertragsärztliche Versorgung nur mit Unterstützung durch Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege durchgeführt werden kann (vgl. § 2 Abs. 3 der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie). Die häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V beinhaltet grundsätzlich nur die Leistungen der Behandlungspflege. Ein Anspruch auf Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung besteht nur, wenn die Satzung der jeweiligen Krankenkasse dies vorsieht. Zudem können Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nur zur Ergänzung eines bestehenden Bedarfs an Behandlungspflege erbracht werden. Eine eigenständige Erbringung von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V ist nicht möglich. Sofern Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 SGB XI eintritt, ist die Erbringung von Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung über § 37 Abs. 2 SGB V nicht zulässig.

Leistungen der häuslichen Krankenpflege müssen ärztlich verordnet werden. Als weitere Voraussetzung gilt, dass der Patient die notwendigen Pflegemaßnahmen nicht selbst leisten kann, aber auch keine andere im Haushalt lebende Person diese übernehmen kann (§ 37 Abs. 3 SGB V).

Das Nähere zur Verordnung und zum Leistungsanspruch von häuslicher Krankenpflege sowie zur Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten, Krankenhäusern, Pflegediensten und Krankenkassen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seiner Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie). Der Richtlinie ist ein Leistungsverzeichnis über die verordnungsfähigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege beigefügt. Zum Zeitpunkt der Verabschiedung des Gemeinsamen Rundschreibens lag mit Blick auf den § 37 Abs. 1a SGB V noch keine angepasste Häusliche Krankenpflege-Richtlinie vor.

2.2 Anspruchsvoraussetzungen nach § 37 Abs. 1a SGB V

2.2.1 Versorgungskonstellationen

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V besteht, wenn Versicherte wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung Bedarf für eine grundpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung haben. Durch den neuen Leistungsanspruch auf häusliche Krankenpflege soll ausweislich der Gesetzesbegründung dem Versorgungsproblem Rechnung getragen werden, dass Versicherte in den vorgenannten Fallkonstellationen einen Bedarf an grundpflegerischer und hauswirtschaftlicher Versorgung haben können, der durch die bisherigen Leistungsansprüche der häuslichen Krankenpflege nicht gedeckt wurde, da die grundpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung nach § 37 Abs. 1 und 2 SGB V nur in Verbindung mit medizinischer Behandlungspflege erbracht werden konnte und der Anspruch zudem im Rahmen der Sicherungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V von einer entsprechenden Satzungsregelung der Krankenkasse abhängig war (vgl. Abschnitt 2.1 „Allgemeines“).

Die Eingangsvoraussetzungen für Leistungen nach § 37 Abs. 1a SGB V „wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit“ werden weder in der gesetzlichen Vorschrift noch in der Gesetzesbegründung näher konkretisiert. Bis zu einer ggf. durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erfolgenden Konkretisierung der Anspruchsvoraussetzungen in der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie ist deshalb davon auszugehen, dass diese Anforderungen an die Krankheit nicht isoliert, sondern nur in einer Gesamtbetrachtung mit den weiteren gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen zu bewerten sind. Danach kann der Leistungsanspruch gegeben sein, wenn aufgrund krankheitsbedingter Beeinträchtigungen, insbesondere in Folge einer stationären Krankenhausbehandlung, einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Kranken-

hausbehandlung nach der Entlassung bzw. nach der Behandlung ein anderweitig nicht abzudeckender Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung besteht. Da es sich insoweit um keine abschließende Aufzählung maßgeblicher Anknüpfungssachverhalte handelt, sind auch die mit den genannten Leistungen vergleichbaren Fallkonstellationen (z. B. ambulante onkologische Chemotherapie) zu berücksichtigen. Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist somit, dass krankheitsbedingte Beeinträchtigungen des Versicherten nach einer stationären Krankenhausbehandlung, einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung sowie in vergleichbaren Fallkonstellationen ursächlich für den Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung sind. Gleiches gilt, wenn sich ein bestehender Bedarf aufgrund einer – bestehenden oder neuen – schweren Krankheit oder einer akuten Verschlimmerung einer Krankheit wesentlich verändert. Hat der Versicherte auch unabhängig von der akuten Versorgungssituation einen dauerhaften Versorgungsbedarf im Bereich der grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung, der durch die z. B. Krankenhausbehandlung oder ambulante Operation nicht wesentlich für einen vorübergehenden Zeitraum verändert wird, besteht kein Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V. Für eine solche Rechtsauslegung spricht auch die Darstellung in der Gesetzesbegründung, wonach der Bedarf auf körperlichen Beeinträchtigungen der Versicherten wegen der anspruchsauslösenden akuten Ereignisse beruhen muss. Bedarfe im Hinblick auf kognitive Beeinträchtigungen, die regelhaft auch losgelöst von z. B. Krankenhausbehandlung, ambulanter Operation oder ambulanter Krankenhausbehandlung bestehen können, würden durch den erweiterten Leistungsanspruch grundsätzlich nicht erfasst. Mit der Erweiterung wären keine Leistungsverschiebungen bezüglich der sozialen Pflegeversicherung oder der Eingliederungshilfe verbunden.

Von § 37 Abs. 1a SGB V umfasste Fallkonstellationen können insbesondere in folgenden Fällen vorliegen:

- Schwere Erkrankungen:
  Beispiel: Schwere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat durch die die Mobilität stark eingeschränkt wird (z. B. nach Fraktur, Entlastung/Ruhigstellung einer unteren Extremität bei einer Bänderverletzung o. ä., akuter Bandscheibenvorfall)

- Nach Operationen (ambulant oder stationär):
  Beispiel: Starke körperliche Einschränkungen und/oder Beeinträchtigungen nach Hüftgelenk-Endoprothese bzw. Hüft-Totalendoprothese infolge Oberschenkelhalsfraktur

- Während bzw. nach bestimmten Therapien:
  Beispiel: Starke körperliche Einschränkungen und/oder Beeinträchtigungen nach Chemo- oder Strahlentherapie (z. B. starke Übelkeit, häufiges Erbrechen, starke Kreislaufprobleme)

- Im Zeitraum zwischen „Krankenhausentlassung“ (= nicht mehr krankenhausbehandlungsbedürftig) und „Anschlussrehabilitation“ (= noch nicht rehabilitationsfähig):
  Beispiel: Schwere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat durch die die Mobilität stark eingeschränkt wird z. B. nach einer Bandscheibenoperation infolge eines Bandscheibenvorfalls oder Parese der oberen oder unteren Extremitäten nach Schlaganfall.

Diese Aufzählung benennt nur beispielhaft mögliche Konstellationen, bei denen nach einem entsprechend Abschnitt 2.2.1 „Versorgungskonstellationen“ eingetretenem Ereignis die notwendige grundpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung nicht selbstständig erfolgen kann. Die übrigen Ausführungen unter Abschnitt 2.2 „Anspruchsvoraussetzungen nach § 37 Abs. 1a SGB V“ gelten entsprechend.

2.2.2 Im Haushalt lebende Person

Auch bei der Regelung des § 37 Abs. 1a SGB V gelten die Grundvoraussetzungen des § 37 Abs. 3 SGB V. In Bezug auf die Anwendung dieser Regelung ist zu berücksichtigen, dass es in Fallkonstellationen nach § 37 Abs. 1a SGB V in Abweichung zu den Fällen nach § 37 Abs. 1 und 2 SGB V ausschließlich um die Beurteilung geht, ob im Haushalt lebende Personen grundpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung übernehmen können und der Beurteilungsmaßstab insoweit verändert ist, als dass an behandlungspflegerische Leistungen grundsätzlich ein anderer Maßstab anzulegen sein dürfte. Dabei kann insbesondere bei Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung grundsätzlich unterstellt werden, dass sie zumutbar sind.

2.2.3 Vorliegen von Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI

Liegt Pflegebedürftigkeit nach SGB XI vor, ist der Leistungsanspruch ausgeschlossen. Ein Anspruch auf Leistungen nach § 123 Abs. 1 SGB XI[3] gilt insoweit nicht als Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI. Zur Auslegung der unterschiedlichen Gesetzeswortlaute in §§ 37 Abs. 1a und 39c SGB V siehe Abschnitt 3.2.3 „Vorliegen von Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI“.

Wird rückwirkend beim Versicherten das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit für einen Zeitraum festgestellt, in dem Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V erbracht wurden, endet mit dem Tag, ab dem Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI vorliegt, der Anspruch auf Leistungen nach § 37 Abs. 1a SGB V. Für den zurückliegenden Zeitraum, in dem entsprechende Leistungen bereits gewährt wurden, ist durch die Krankenkasse ein Erstattungsanspruch nach § 102ff. SGB X zu prüfen.

[3] Paragraf entfällt zum 01.01.2017

2.2.4 Geeignete Orte

Die Leistungen nach § 37 Abs. 1a SGB V können an geeigneten Orten im Sinne von § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V erbracht werden. Demnach gelten auch für diese Leistungen die Vorgaben des G-BA nach § 1 Abs. 2 der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie. Danach besteht ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege auch an sonstigen geeigneten Orten, an denen sich die oder der Versicherte regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen

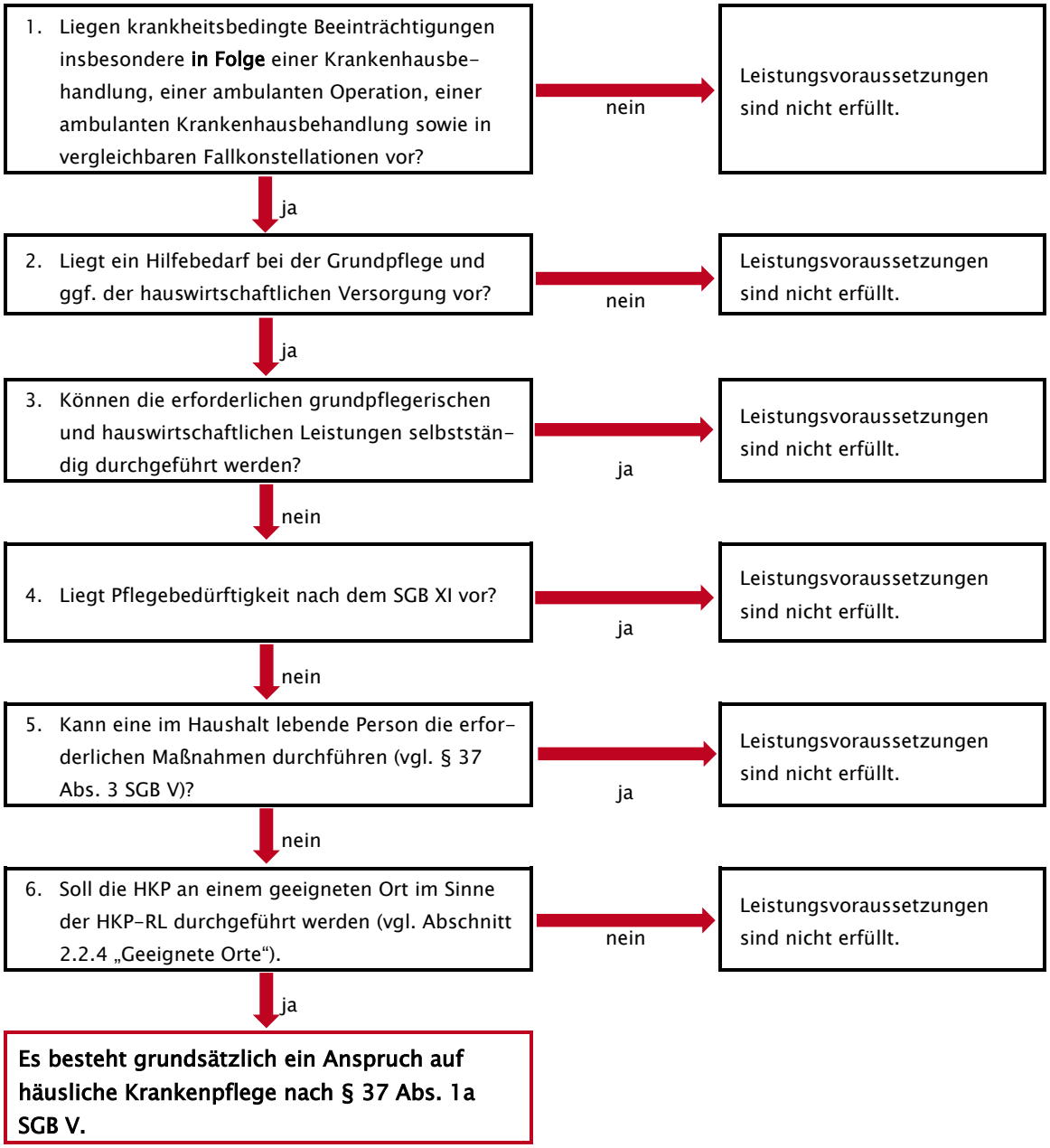
- die verordnete Maßnahme zuverlässig durchgeführt werden kann und
- für die Erbringung der einzelnen Maßnahmen geeignete räumliche Verhältnisse vorliegen (z. B. im Hinblick auf hygienische Voraussetzungen, Wahrung der Intimsphäre, Beleuchtung),

wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist.

Grundsätzlich sind auch zugelassene Einrichtungen der Kurzzeitpflege nach § 1 Abs. 2 Satz 4 der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie geeignete Orte zur Erbringung von häuslicher Krankenpflege. Diese Regelung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie wurde jedoch zu einem Zeitpunkt beschlossen, zu dem der Anspruch auf Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit nach § 39c SGB V (s. Abschnitt 3 „Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V“) nicht bestand und ist deshalb in Bezug auf Leistungen nach § 37 Abs. 1a SGB V nicht anwendbar. Der eingeführte Kurzzeitpflegeanspruch als Leistung der Krankenversicherung geht insoweit als lex specialis dem Anspruch nach § 37 Abs. 1a SGB V vor, so dass Leistungsansprüche nach § 37 Abs. 1a SGB V in Kurzzeitpflegeeinrichtungen nicht eingeräumt werden können.

2.2.5 Fazit

Im Ergebnis ist bei einem Antrag auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V im Rahmen der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen wie nachfolgend dargestellt vorzugehen:



2.3 Leistungsinhalt

Der Leistungsumfang nach § 37 Abs. 1a SGB V entspricht ausweislich der Gesetzesbegründung der bisherigen GKV-Systematik zur Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung. Hierbei ist auf die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie abzustellen.

Gegenstand der Grundpflege sind Grundverrichtungen des täglichen Lebens. Dazu gehören insbesondere die Verrichtungen Ausscheiden, Ernährung und Körperpflege (vgl. die Nr. 1-4 des Leistungsverzeichnisses der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie).

Zur hauswirtschaftlichen Versorgung gehören Besorgungen (auch von Arzneimittel), Bettwäsche wechseln, Einkaufen, Heizen, Geschirr spülen, Müllentsorgung, Mahlzeitenzubereitung (auch Diät), Wäschepflege, Reinigung der Wohnung (Unterhalts- ggf. Grundreinigung) (vgl. die Nr. 5 des Leistungsverzeichnisses der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie).

Leistungen der Behandlungspflege können nicht auf der Grundlage des § 37 Abs. 1a SGB V verordnet werden. Was unter Behandlungspflege zu verstehen ist, wird im Gesetz nicht definiert. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) gehören zur Behandlungspflege alle Pflegemaßnahmen, die durch bestimmte Erkrankungen erforderlich 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, wobei diese Maßnahmen typischerweise nicht von einem Arzt, sondern von Vertretern medizinischer Hilfsberufe oder auch von Laien erbracht werden (vgl. beispielhaft BSG-Urteil vom 13.06.2006 – B 8 KN 4/04 KR R). Hierzu gehören die Leistungen der Nummern 6 – 31 des Leistungsverzeichnisses der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie.

2.4 Leistungsdauer

2.4.1 Beginn der Leistung

Der Anspruch auf bzw. der Beginn von Leistungen nach § 37 Abs. 1a SGB V entsteht grundsätzlich mit dem Tag, an dem aufgrund krankheitsbedingter Beeinträchtigungen, in Folge einer stationären Krankenhausbehandlung, einer ambulanten Operation, einer ambulanten Krankenhausbehandlung oder in vergleichbaren Fallkonstellationen nach der Entlassung bzw. nach der Behandlung ein anderweitig nicht abzudeckender Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung entsteht.

Beispiel 8 – Beginn der häuslichen Krankenpflege

Eine alleinstehende Versicherte erlitt einen schweren Sturz am	05.06.
Aufgrund dessen ist eine stationäre Krankenhausbehandlung notwendig in der Zeit vom	05.06. bis 30.06.

Am 30.06. wird die Versicherte in die Häuslichkeit entlassen. Aufgrund krankheitsbedingter Einschränkungen ist es der Versicherten nicht möglich, die Verrichtungen der Grundpflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung selbstständig durchzuführen. Das Krankenhaus verordnet im Rahmen des Entlassmanagements häusliche Krankenpflege.

Lösung:

Die Versicherte hat Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V aufgrund krankheitsbedingter Beeinträchtigungen im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach der Krankenhausbehandlung. Die Leistung ist ab dem 30.06. zu gewähren.

2.4.2 Dauer der Leistung

Zur Leistungsdauer besteht eine Analogie zur Krankenhausvermeidungs- bzw. -verkürzungspflege nach § 37 Abs. 1 SGB V. Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V besteht daher bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. Ein neuer Krankheitsfall in diesem Sinne liegt insbesondere vor, wenn sich aufgrund einer neu aufgetretenen schweren Krankheit oder bei einer akuten Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit die Notwendigkeit einer - ggf. auch wiederholten - Krankenhausbehandlung, ambulanten Operation oder ambulanten Krankenhausbehandlung bzw. vergleichbaren Behandlung ergibt. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der MDK festgestellt hat, dass dies erforderlich ist.

Beispiel 9 - Dauer der häuslichen Krankenpflege 1

Entlassung aus der stationären Krankenhausbehandlung am 05.06.
Ab dem 05.06. besteht ein Unterstützungsbedarf bei der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung. Eine entsprechende ärztliche Verordnung liegt vor.

Lösung:

Die Versicherte hat Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V für grundsätzlich vier Wochen aufgrund ihrer schweren Erkrankung nach der stationären Krankenhausbehandlung. Die Leistung ist ab dem 05.06. daher grundsätzlich für 4 Wochen zu gewähren, somit bis zum 02.07. Soweit nach dem 02.07. noch weiterhin Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich sind, kann ein längerer Zeitraum nach Einschaltung des MDK durch die Krankenkasse bewilligt werden.

Beispiel 10 - Dauer der häuslichen Krankenpflege - Fortsetzung Beispiel 9

Fortgesetztes Beispiel:

Aufgrund einer Wundinfektion an der Operationsnarbe muss die Versicherte am 10.06. er-

neut stationär aufgenommen werden und wird am 15.06. entlassen. Ab dem 15.06. besteht ein Unterstützungsbedarf bei der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung. Eine entsprechende ärztliche Verordnung liegt vor.

Lösung:

Die erneute Krankenhausbehandlung gilt als neuer Krankheitsfall im Sinne des § 37 Abs. 1a SGB V. Die Versicherte hat Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V für grundsätzlich vier Wochen aufgrund ihrer schweren Erkrankung nach der stationären Krankenhausbehandlung. Die Leistung ist ab dem 15.06. daher grundsätzlich für 4 Wochen zu gewähren, somit bis zum 12.07.

Bei länger andauernden Erkrankungen ist es möglich, dass aufgrund einer akuten Verschlimmerung der Erkrankung nur ein tageweiser Unterstützungsbedarf bei der Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung entsteht. In diesen Fällen liegt grundsätzlich bei jeder akuten Verschlimmerung der Erkrankung ein neuer Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V vor (Beispiel Chemotherapie). Dies gilt jedoch nicht, sofern die krankheitsbedingte Beeinträchtigung durchgängig vorliegt und die häusliche Krankenpflege nur tageweise in Anspruch genommen wird (vgl. hierzu Beispiel 12 – Dauer der häuslichen Krankenpflege – tagesweise Inanspruchnahme).

Beispiel 11 – Anspruch bei Chemotherapie

Ein Versicherter erhält ab dem 04.07. 2x wöchentlich eine Chemotherapie über 6 Monate. Nach jeder Chemotherapiebehandlung verschlechtert sich der Gesundheitszustand des Versicherten aufgrund schwerer Nebenwirkungen derart, dass er jeweils für den restlichen Tag Unterstützung bei der Grundpflege und ggf. der hauswirtschaftlichen Versorgung bedarf. Der Arzt verordnet daher häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V jeweils für den Rest des Tages nach der Chemotherapie, somit an 2 Tagen in der Woche.

Lösung:

Nach jeder Chemotherapiebehandlung liegt bei dem Versicherten eine akute Verschlimmerung seiner Erkrankung aufgrund der schweren Nebenwirkungen in Folge der Chemotherapie vor. Grundsätzlich löst daher jede Chemotherapiebehandlung einen neuen Anspruch auf häusliche Krankenpflege gemäß § 37 Abs. 1a SGB V aus. Die übrigen Voraussetzungen müssen vorliegen (vgl. insbesondere Abschnitt 2.2.2 „Im Haushalt lebende Person“).

Der Anspruchszeitraum von grundsätzlich bis zu 4 Wochen je Krankheitsfall gemäß § 37 Abs. 1a Satz 2 i.V.m. Abs. 1 Satz 4 und 5 SGB V gilt unabhängig vom tageweisen Bedarf an häuslicher Krankenpflege. Sofern dem Versicherten die grundpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung aufgrund durchgehender krankheitsbedingter Beeinträchtigungen in Folge einer schweren Krankheit oder einer akuten Verschlimmerung einer Krankheit nicht im vollem Umfang eigenstän-

dig möglich ist und demnach ein Unterstützungsbedarf nur für bestimmte Tage besteht, besteht der Leistungsanspruch dennoch grundsätzlich bis zu 4 Wochen.

Beispiel 12 – Dauer der häuslichen Krankenpflege – tagesweise Inanspruchnahme

Entlassung aus der stationären Krankenhausbehandlung am 01.02.
Der Versicherte hat aufgrund einer Beinfraktur ab dem 01.02. Unterstützungsbedarf 2x die Woche im Rahmen des Badens. Eine entsprechende ärztliche Verordnung liegt vor.

Lösung:

Der Versicherte hat Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V für grundsätzlich bis zu vier Wochen aufgrund seiner schweren Erkrankung nach der stationären Krankenhausbehandlung. Die Leistung ist ab dem 01.02. daher grundsätzlich für 4 Wochen zu gewähren, somit bis zum 28.02.

2.5 Verfahren

Leistungen der häuslichen Krankenpflege setzen nach § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 8 SGB V eine vertragsärztliche Verordnung voraus. Dies gilt auch für die Leistungen nach § 37 Abs. 1a SGB V. Aus der Verordnung muss die Notwendigkeit der Maßnahmen hervorgehen. Bis das Verordnungsmuster 12 diesbezüglich angepasst wurde, erfolgt die Verordnung von Leistungen nach § 37 Abs. 1a SGB V auf dem derzeitigen Verordnungsvordruck.

2.6 Abgrenzung zu anderen Leistungen

2.6.1 Abgrenzung zur Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 bzw. 4 SGB V

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V setzt voraus, dass Versicherte mindestens einen grundpflegerischen und ggf. zusätzlich einen hauswirtschaftlichen Versorgungsbedarf haben. Stellen Versicherte, die ausschließlich einen Bedarf an hauswirtschaftlicher Versorgung sowie ggf. Betreuung der im Haushalt lebenden Kinder haben, einen Antrag auf Leistungen nach § 37 Abs. 1a SGB V, sollten ggf. Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 bzw. 4 SGB V angeboten werden. Ein erschöpfter Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V führt nicht zu einem Anspruch auf Leistungen nach § 37 Abs. 1a SGB V.

Haben Versicherte einen Bedarf an Grundpflege sowie an hauswirtschaftlicher Versorgung und können sie daher die Versorgung und Betreuung eines im Haushalt lebenden Kindes nicht eigenständig sicherstellen, ist der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V auf Leistungen der Grundpflege beschränkt. Darüber hinaus besteht ein Anspruch auf Haushaltshilfe

nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V (hauswirtschaftliche Versorgung des Versicherten und Sicherstellung der Versorgung und Betreuung des Kindes).

2.6.2 Abgrenzung zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V

Leistungen nach § 37 Abs. 2 SGB V beinhalten insbesondere Leistungen der Behandlungspflege. Sie werden verordnet, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich sind. Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V beinhalten nur die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung. Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V können grundsätzlich parallel zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V verordnet werden, wenn neben dem Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung auch ein Bedarf an Behandlungspflege besteht.

2.6.3 Abgrenzung zur Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V

Der Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V (s. Abschnitt 3 „Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V“) setzt voraus, dass Leistungen nach § 37 Abs. 1a SGB V nicht ausreichen. Von daher bildet der Anspruch auf Kurzzeitpflege in der Versorgungskaskade nach dem Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V sowie dem Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V den weitestgehenden Anspruch. Ist der Leistungsanspruch der Kurzzeitpflege ausgeschöpft, so besteht kein Anspruch darauf, die grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen über Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V sicherzustellen. Dies gilt auch, wenn der Versicherte in der Einrichtung verbleibt (vgl. Abschnitt 2.2.4 „Geeignete Orte“).

3. Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V

§ 39c SGB V

Reichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 1a bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht aus, erbringt die Krankenkasse die erforderliche Kurzzeitpflege entsprechend § 42 des Elften Buches für eine Übergangszeit, wenn keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches festgestellt ist. Im Hinblick auf die Leistungsdauer und die Leistungshöhe gilt § 42 Absatz 2 Satz 1 und 2 des Elften Buches entsprechend. Die Leistung kann in zugelassenen Einrichtungen nach dem Elften Buch oder in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis Ende des Jahres 2018 einen Bericht vor, in dem die Erfahrungen mit der Einführung eines Anspruchs auf Leistungen nach dieser Vorschrift wiedergegeben werden.

§ 132h SGB V

Die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen können mit geeigneten Einrichtungen Verträge über die Erbringung von Kurzzeitpflege nach § 39c schließen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist.

3.1 Allgemeines

Mit dem Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege wurde ein völlig neuer Leistungsanspruch im SGB V geschaffen, der ergänzend zu den erweiterten Leistungsansprüchen nach den §§ 37 Abs. 1a und 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V sicherstellt, dass Versicherte, die aufgrund krankheitsbedingter Einschränkungen im Bereich der Grundpflege und Hauswirtschaft Unterstützung benötigen, übergangsweise eine entsprechende Versorgung unter stationären Bedingungen in einer Einrichtung nach § 132h SGB V erhalten können. Die Regelung folgt der Konstruktion der Kurzzeitpflege im Bereich des SGB XI. Demnach handelt es sich bei der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V um einen Teilleistungsanspruch. Ausweislich der Gesetzesbegründung ist eine finanzielle Eigenverantwortung der Versicherten in diesem Bereich sachgerecht. Die Leistung kann in zugelassenen Einrichtungen nach dem SGB XI oder in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden. Hierzu können nach § 132h SGB V Verträge geschlossen werden, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist.

3.2 Anspruchsvoraussetzungen

3.2.1 Versorgungskonstellation

Die im Gesetz genannten Eingangsvoraussetzungen für Leistungen nach § 39c SGB V „wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit“ werden weder in der gesetzlichen Vorschrift noch in der Gesetzesbegründung näher konkretisiert. Es ist deshalb davon auszugehen, dass diese Anforderungen an die Krankheit nicht isoliert, sondern nur in einer Gesamtbetrachtung mit den weiteren gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen zu bewerten sind. Danach kann der Leistungsanspruch gegeben sein, wenn aufgrund krankheitsbedingter Beeinträchtigungen, insbesondere in Folge einer stationären Krankenhausbehandlung, einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung nach der Entlassung bzw. nach der Behandlung ein auch unter Hinzuziehung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V anderweitig nicht abzudeckender Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung besteht. Da es sich insoweit um keine abschließende Aufzählung maßgeblicher Anknüpfungssachverhalte handelt, sind auch die mit den genannten Leistungen vergleichbaren Fallkonstellationen (z. B. ambulante onkologische Chemotherapie) zu berücksichtigen. Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist somit, dass krankheitsbedingte Beeinträchtigungen des Versicherten nach einer stationären Krankenhausbehandlung, einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung sowie in vergleichbaren Fallkonstellationen ursächlich für den Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung sind. Gleiches gilt, wenn sich ein bestehender Bedarf aufgrund einer – bestehenden oder neuen – schweren Krankheit oder einer akuten Verschlimmerung einer Krankheit wesentlich verändert (zur Abgrenzung von Sachverhalten mit dauerhaft bestehendem Hilfebedarf gelten die Ausführungen unter Abschnitt 2.2.1 „Versorgungskonstellationen“ zu § 37 Abs. 1a SGB V entsprechend).

Die Kurzzeitpflege soll ausweislich der Gesetzesbegründung nur in Betracht kommen, wenn andere Leistungsansprüche den **speziellen Bedarf** der Versicherten bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung nicht im erforderlichen Maße abdecken. Ein spezieller Bedarf der Versicherten nach § 39c SGB V wird insbesondere dann vorliegen, wenn die Versorgungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich insbesondere auch unter Berücksichtigung des Leistungsanspruchs nach § 37 Abs. 1a SGB V nicht ausreichen, weil der Versorgungsbedarf rund um die Uhr – auch nachts – besteht oder unvorhersehbar zu jeder Tages- oder Nachtzeit eintreten kann und deshalb die Versorgung mangels ergänzender Unterstützung im persönlichen Umfeld des Versicherten nur im stationären Kontext ausreichend sichergestellt werden kann.

3.2.2 Im Haushalt lebende Person

Ausweislich des Gesetzeswortlauts kommt die Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V nur in Betracht, wenn Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung nicht ausreichen. Da die Leistungen nach § 37 Abs. 1a SGB V nur gewährt werden können, wenn keine im Haushalt lebende Person die Leistungen erbringen kann, ist der Grundsatz der Subsidiarität des Leistungsanspruchs gegenüber der Versorgung und Betreuung durch im Haushalt lebende Personen (§ 37 Abs. 3 SGB V) unmittelbar auch für den Bereich der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V anzuwenden (vgl. Abschnitt 2.2.2 „Im Haushalt lebende Person“ zu § 37 Abs. 1a SGB V).

3.2.3 Vorliegen von Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI

Liegt Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI vor, ist der Leistungsanspruch ausgeschlossen. Versicherte, die zu dem Personenkreis nach § 123 Abs. 1 SGB XI[4] gehören, gelten insoweit nicht als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Allerdings haben sie nach der explizit als Übergangsregelung bis zum Inkrafttreten eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ausgewiesenen Vorschrift des § 123 Abs. 2 SGB XI Anspruch auf den vollen Leistungsanspruch der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI und der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI. Vor dem Hintergrund des zum 01.01.2017 in Kraft tretenden neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und fehlender Hinweise darauf, dass der Gesetzgeber für den Übergangszeitraum den Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V zusätzlich zu dem vollen Leistungsanspruch nach § 123 Abs. 2 SGB XI einräumen wollte, wird empfohlen, insoweit von vorrangigen Ansprüchen nach dem SGB XI auszugehen.

Es gibt keine Hinweise darauf, dass die unterschiedlichen Formulierungen in § 37 Abs. 1a SGB V „soweit keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches vorliegt“ und in § 39c Satz 1 SGB V „wenn keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches festgestellt ist“ bewusst gewählt wurden, um einerseits bereits beim faktischen Vorliegen der maßgeblichen Anspruchsvoraussetzungen des SGB XI und andererseits erst bei dessen Feststellung im förmlichen Verwaltungsverfahren den Leistungsausschluss zu bewirken. Aus den Gesetzesmaterialien insgesamt ist erkennbar, dass der Gesetzgeber die Leistungsansprüche nach § 37 Abs. 1a SGB V sowie § 39c SGB V einheitlich für die Fallgestaltungen ausschließen wollte, in denen ein Anspruch auf Leistungen der Grundpflege sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung nach dem SGB XI tatsächlich besteht und demnach die zur Anspruchsrealisierung erforderliche Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit erfolgt ist.

[4] Paragraf entfällt zum 01.01.2017

Wird rückwirkend beim Versicherten das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit für einen Zeitraum festgestellt, in dem Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V erbracht wurden, endet mit dem Tag, ab dem Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI vorliegt, der Anspruch auf Leistungen nach § 39c SGB V. Für den zurückliegenden Zeitraum, in dem entsprechende Leistungen bereits gewährt wurden, ist durch die Krankenkasse ein Erstattungsanspruch nach § 102ff. SGB X zu prüfen.

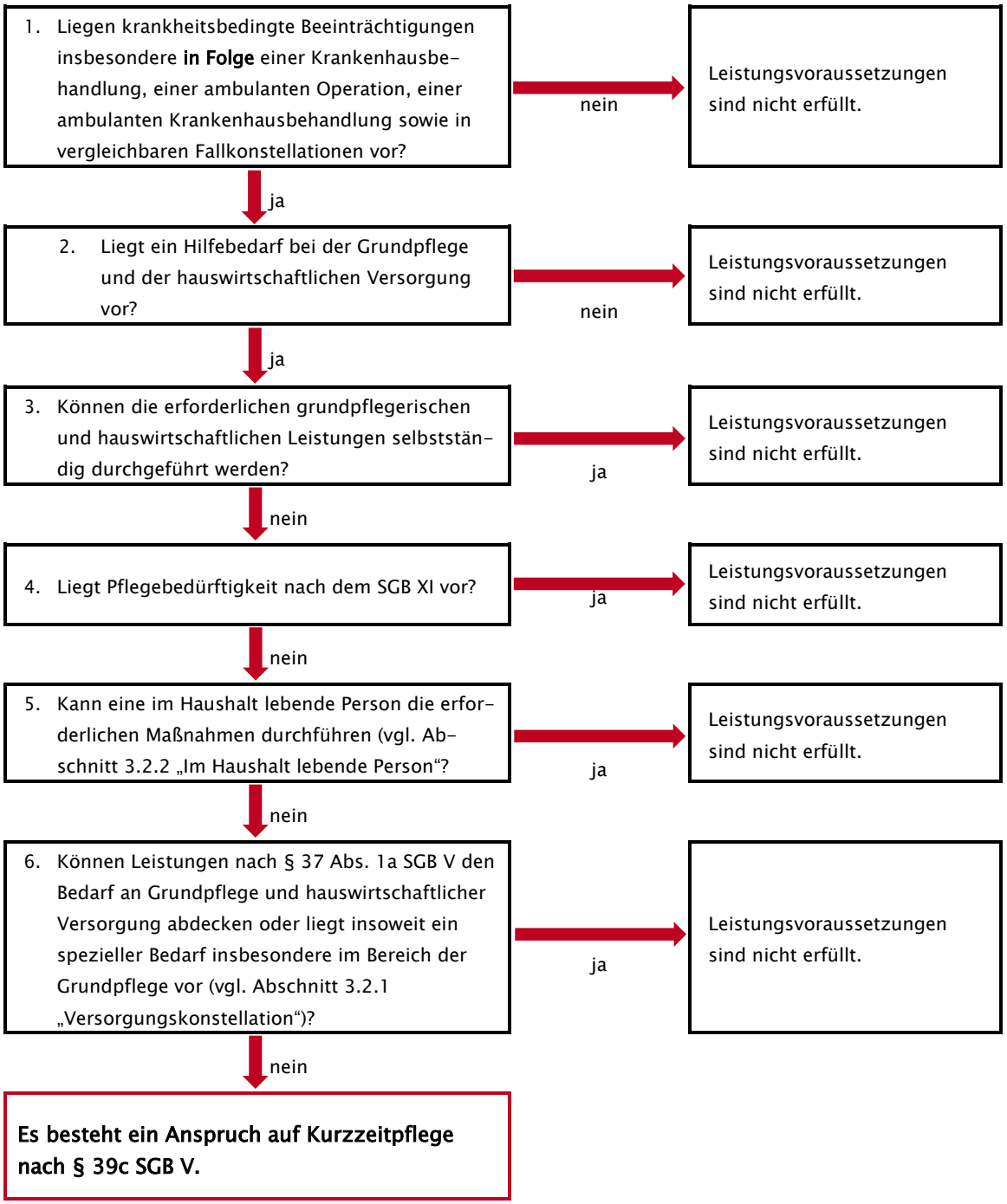
3.2.4 Verfahren

Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V sind bei der Krankenkasse zu beantragen. Dem Antrag muss eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung beigelegt werden, dass aufgrund einer schweren Krankheit oder einer akuten Verschlimmerung einer Krankheit ein Kurzzeitpflegeaufenthalt indiziert ist. Auch die voraussichtliche Dauer des Kurzzeitpflegeaufenthalts sollte aus der Bescheinigung hervorgehen.

Aus den Antragsunterlagen muss hervorgehen, dass Leistungen nach § 37 Abs. 1a SGB V nicht ausreichend sind.

3.2.5 Fazit

Im Ergebnis ist bei einem Antrag auf Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V im Rahmen der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen wie nachfolgend dargestellt vorzugehen:



3.3 Leistungsinhalt

Die Dauer und die Höhe des Leistungsanspruchs richten sich nach § 42 Abs. 2 Satz 1 SGB XI. Somit werden Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V je Kalenderjahr bis zu einem gesetzlich festgelegten Höchstbetrag übernommen. Ausweislich der Gesetzesbegründung richtet sich der Leistungsinhalt nach § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI, so dass die Leistungen die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege umfassen.

3.4 Leistungsdauer und -höhe

§ 39c SGB V verweist hinsichtlich der Leistungsdauer und -höhe explizit auf den Anspruch nach § 42 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB XI. Folglich ist der Anspruch auf Kurzzeitpflege auf acht Wochen je Kalenderjahr und auf einen Gesamtbetrag von aktuell bis zu 1.612 Euro im Kalenderjahr begrenzt. Ist der Gesamtbetrag in Höhe von aktuell 1.612 Euro bereits vor Ablauf der acht Wochen verbraucht, endet an diesem Tag der Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege. Es handelt sich dabei ausweislich der Gesetzesbegründung um einen begrenzten Teilleistungsanspruch, der ggf. zu einer finanziellen Eigenleistung des Versicherten führt. Die Vorschriften zur Berücksichtigung bzw. zur Anrechnung der Verhinderungspflege nach § 42 Abs. 2 Sätze 3 bis 5 SGB XI finden keine Anwendung.

Der Anspruch auf bzw. der Beginn von Leistungen nach § 39c SGB V entsteht grundsätzlich mit dem Tag, an dem aufgrund krankheitsbedingter Beeinträchtigungen, insbesondere in Folge einer stationären Krankenhausbehandlung, einer ambulanten Operation, einer ambulanten Krankenhausbehandlung oder einer vergleichbaren Behandlung nach der Entlassung bzw. nach der Behandlung ein anderweitig nicht abzudeckender Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung besteht, wobei die stationäre Krankenhausbehandlung, die ambulante Operation oder die ambulante Krankenhausbehandlung sowie ggf. eine vergleichbare Behandlung ursächlich für den Bedarf ist oder einen insoweit bestehenden Bedarf vorübergehend wesentlich verändert.

Beispiel 13 - Beginn und Dauer der Kurzzeitpflege

Eine alleinstehende Versicherte erlitt einen schweren Sturz am	05.06.
Aufgrund dessen ist eine stationäre Krankenhausbehandlung notwendig in der Zeit vom	05.06. bis 30.06.

Am 30.06. soll die Versicherte in die Häuslichkeit entlassen werden. Aufgrund krankheitsbedingter Einschränkungen ist es der Versicherten nicht möglich, die Verrichtungen der Grundpflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung selbstständig durchzuführen. Eine Versorgung in der Häuslichkeit der Versicherten ist wegen fehlender ergänzender Unterstützung im persönlichen Umfeld und aufgrund des unvorhersehbar auftretenden Hilfebe-

darfs nicht möglich. Die Versicherte stellt daher einen Antrag auf Kurzzeitpflege. Eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung liegt bei.

Lösung:

Die Versicherte hat Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V ab dem 30.06. für längstens 8 Wochen in Höhe eines Gesamtbetrages von bis zu 1.612 Euro, sofern in diesem Kalenderjahr noch keine Kurzzeitpflege in Anspruch genommen wurde.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege entsteht mit jedem Kalenderjahr neu. Hieraus folgt, dass der Leistungsanspruch nach § 39c SGB V – bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen – ab 1.1. eines Jahres für grundsätzlich acht Wochen neu besteht. Nicht verbrauchte Tage oder ein verbliebener Restbetrag können nicht in das neue Kalenderjahr übertragen werden.

3.5 Abgrenzung zu anderen Leistungen

3.5.1 Abgrenzung zur Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 bzw. 4 SGB V

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V setzt voraus, dass Versicherte einen grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgungsbedarf haben, der durch Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V nicht abgedeckt werden kann. Versicherte, die ausschließlich einen Bedarf an hauswirtschaftlicher Versorgung – sowie ggf. Betreuung der im Haushalt lebenden Kinder – haben und einen Antrag auf Leistungen nach § 39c SGB V stellen, haben keinen Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V. Es sind ggf. Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 bzw. 4 SGB V anzubieten.

Haben Versicherte einen Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung sowie an der Versorgung und Betreuung eines im Haushalt lebenden Kindes und reichen für den Bedarf an Grundpflege die Leistungen nach § 37 Abs. 1a SGB V nicht aus, besteht neben dem Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 4 SGB V (Sicherstellung der Versorgung und Betreuung des Kindes) ein Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V.

3.5.2 Abgrenzung zur häuslichen Krankenpflege

Wie bereits in Abschnitt 3.2.1 „Versorgungskonstellation“ dargestellt, können Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V nur eingeräumt werden, wenn auch die Leistungen § 37 Abs. 1a SGB V nicht ausreichen, um einen Verbleib in der Häuslichkeit zu ermöglichen. Die Ansprüche nach § 39c SGB V und § 37 Abs. 1a SGB V schließen sich demnach gegenseitig aus (s. auch Abschnitt 2.6.3 „Abgrenzung zur Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V“).

Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V können aufgrund der sich überschneidenden Leistungsinhalte nicht parallel zur Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V in Anspruch genommen werden. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V gilt insoweit als lex specialis. Der Anspruch nach § 39c SGB V lehnt sich an den Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI an. Nach § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI übernimmt die Pflegekasse die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von 1.612 Euro im Kalenderjahr. Ausweislich der Gesetzesbegründung richten sich die Leistungsinhalte der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V nach den Regelungen des § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI. Folglich ist der Anspruch auf Behandlungspflege für den Zeitraum der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V mit dem Leistungsanspruch nach § 39c SGB V abgegolten. Weiteres ist in den Verträgen nach § 132h SGB V zu regeln.

3.6 Kurzzeitpflegeeinrichtungen

Nach § 39c Satz 3 SGB V können die Leistungen der Kurzzeitpflege in zugelassenen Einrichtungen nach dem SGB XI oder in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden. Hierfür werden Verträge nach § 132h SGB V geschlossen. Die näheren Anforderungen mit Blick auf Voraussetzungen für einen Vertragsabschluss sind nicht Gegenstand des Gemeinsamen Rundschreibens und werden von den vertragsschließenden Parteien festgelegt.

3.7 Fahrkosten zur Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V

Versicherte haben nach § 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V Anspruch auf Fahrkosten, sofern diese im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V sind die Fahrkosten in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 SGB V ergebenden Betrages je Fahrt übersteigenden Betrages (Fahrkosten abzüglich gesetzlicher Zuzahlungen) bei Leistungen, die stationär erbracht werden, zu übernehmen.

Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V werden bei schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit gewährt, wenn aufgrund krankheitsbedingter Beeinträchtigungen im Bereich der Grundpflege und der Hauswirtschaft ein Unterstützungsbedarf besteht (Näheres s. Abschnitt 3.2 „Anspruchsvoraussetzungen“). Es handelt sich hierbei um eine stationäre Leistung, welche durch die Krankenkasse zur Verfügung gestellt wird. Insofern besteht in diesen Fällen ein Anspruch auf Fahrkosten. Welches Fahrzeug benutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall und ist durch den Arzt festzustellen.

4. Zusammenfassung

Der Gesetzgeber hat drei verschiedene Leistungsansprüche bei schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit eingeführt. Ausweislich der zugrunde liegenden Gesetzesbegründung zum KHSG ist erkennbar, dass diese Leistungen voneinander abzugrenzen sind, aber im Sinne einer kaskadenförmigen Versorgung aufeinander aufbauen. Im Rahmen der praktischen Umsetzung sind demnach weitere Abgrenzungen der einzelnen Leistungen erforderlich. Sofern eine Krankenkasse diesbezügliche Anträge von ihren Versicherten erhält, wird folgende Vorgehensweise empfohlen:

Sofern aufgrund krankheitsbedingter Beeinträchtigung in Folge einer stationären Krankenhausbehandlung, einer ambulanten Operation, einer ambulanten Krankenhausbehandlung oder in vergleichbaren Fallkonstellation nach der Entlassung bzw. nach der Behandlung ausschließlich ein hauswirtschaftlicher Versorgungsbedarf besteht, kommen für die Dauer von bis zu vier Wochen vorrangig Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V in Betracht. Lebt ein Kind im Haushalt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich dieser Anspruch auf längstens 26 Wochen. § 38 Abs. 3 bis 5 SGB V gelten entsprechend.

Besteht ein hauswirtschaftlicher und grundpflegerischer Versorgungsbedarf, kommen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V in Betracht. Lebt im Haushalt ein Kind, welches zu Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, besteht die Besonderheit, dass ausschließlich Leistungen der Grundpflege über § 37 Abs. 1a SGB V und die Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung des Versicherten und des im Haushalt lebenden Kindes sowie die Betreuung des im Haushalt lebenden Kindes über § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V zu erbringen sind.

Beispiel 14 - Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung mit einem im Haushalt lebendem Kind

Ein alleinerziehender Versicherter (Kind 10 Jahre alt) muss sich wegen einer Fraktur am 08.04. ambulant operieren lassen. Nach der Operation liegt ein Bedarf an grundpflegerischen Maßnahmen und hauswirtschaftlicher Versorgung sowie Betreuung des im Haushalt lebenden Kindes vor. Hierzu stellt der Arzt eine Verordnung für die häusliche Krankenpflege aus. Dem Antrag wird zudem eine ärztliche Bescheinigung für den Bedarf an Haushaltshilfe beigefügt.

Lösung:

Nach der Operation ist die Grundpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V grundsätzlich für 4 Wochen zu erbringen. Da sein 10-jähriges Kind im gemeinsamen Haushalt lebt, ist der Bedarf an hauswirtschaftlicher Versorgung für ihn und sein Kind gemäß § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4

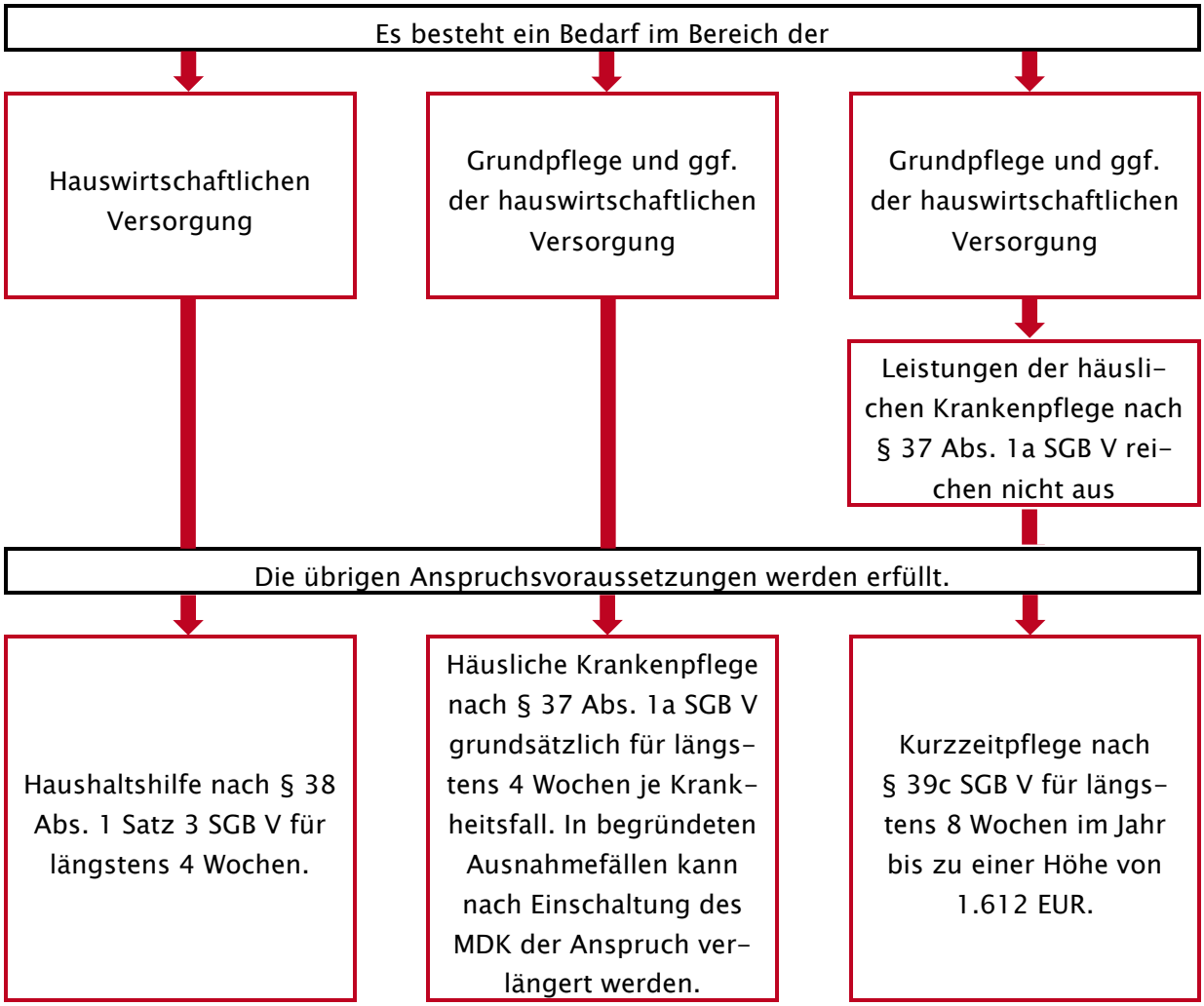
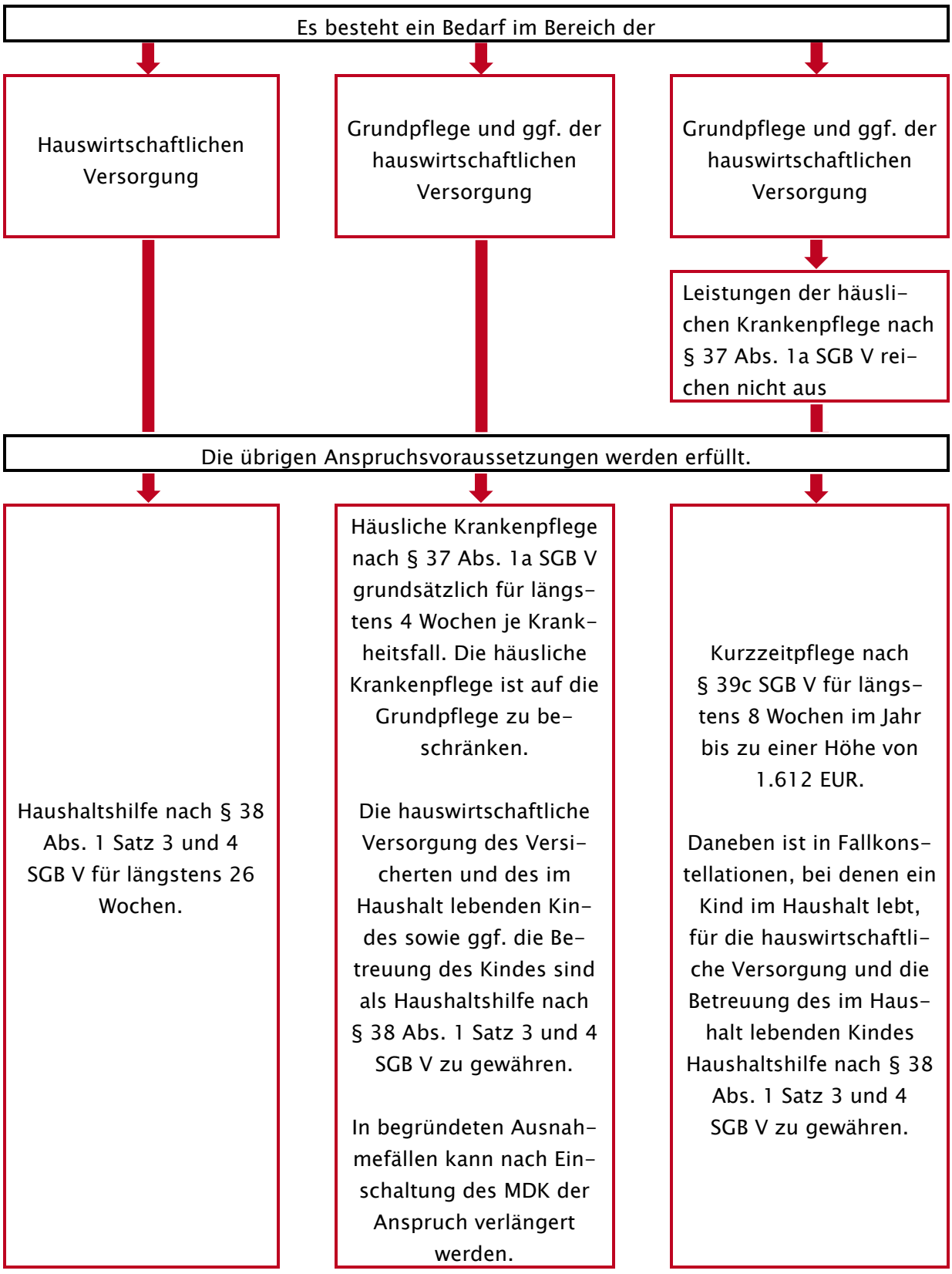
SGB V ebenfalls nach der Operation für längstens 26 Wochen zu erbringen.

Besteht ein hauswirtschaftlicher und grundpflegerischer Versorgungsbedarf und reichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V nicht aus, weil der Versorgungsbedarf rund um die Uhr – auch nachts – besteht oder unvorhersehbar zu jeder Tages- oder Nachtzeit eintreten kann und deshalb die Versorgung mangels ergänzender Unterstützung im persönlichen Umfeld des Versicherten nur im stationären Kontext ausreichend sichergestellt werden kann, kommen Leistungen der Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit nach § 39c SGB V in zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen nach dem SGB XI oder in anderen geeigneten Einrichtungen in Betracht. Versicherte können gleichzeitig einen Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V haben, wenn im Haushalt ein Kind lebt, welches bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.

Zusammenfassung

Die vorgenannte Versorgungskaskade kann der nachfolgenden Abbildung exemplarisch entnommen werden:

Kein im Haushalt lebendes Kind (gem. § 38 Abs. 1 Satz 4 SGB V)



Mit einem im Haushalt lebendem Kind (gem. § 38 Abs. 1 Satz 4 SGB V)