

L 1 KR 216/18

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

1

1. Instanz

SG Cottbus (BRB)

Aktenzeichen

S 12 KR 153/17

Datum

24.05.2018

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 1 KR 216/18

Datum

02.05.2019

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 24. Mai 2018 wird zurückgewiesen. Die Klägerin hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Beteiligung der Klägerin an den Kosten für die Pflege von ALim Zeitraum vom 1. August 2015 bis 30. November 2016.

Die 2014 geborene Versicherte der Beklagten A L litt u.a. an einem frühkindlichen Hirnschaden. Durch vertragsärztliche Verordnung vom 12. Mai 2015 wurde ihr für die Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2015 häusliche Krankenpflege im Umfang von 24 Stunden täglich an 7 Tagen in der Woche verordnet. Die Krankenpflege sollte von der K Intensivpflege GmbH für 31,- EUR je Stunde erbracht werden. Durch Bescheid vom 18. Juni 2015 übernahm die Beklagte vorläufig die Kosten für die Krankenpflege für den Monat Juli 2015 und führte aus, dass die Kostenaufteilung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen werde.

Am 11. August 2015 erstattete der MDK ein Gutachten zur Pflegebedürftigkeit der Versicherten. Der MDK stellte fest, dass im Wochendurchschnitt ein Zeitaufwand für die Grundpflege im Umfang von 49 Minuten pro Tag und für Hauswirtschaft im Umfang von 45 Minuten am Tag anfalle. Letzteres wurde damit begründet, dass wegen vermehrten Speichelns ein Mehraufwand bei dem Wechseln und Waschen der Kleidung und Wäsche anfalle. Seit Juni 2015 liege eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe I nach dem SGB XI vor.

Durch Bescheid vom 27. August 2015 übernahm die Beklagte dann für die Zeit vom 1. August 2015 bis zum 31. Dezember 2015 die Kosten der häuslichen Krankenpflege für die erforderliche 24-stündige Interventionsbereitschaft im Umfang bis zu 23 Stunden und 15 Minuten täglich. Hinsichtlich des Stundenumfanges seien die parallel zu erbringenden und zeitlich anrechenbaren Leistungen der sozialen Pflegeversicherung berücksichtigt worden, die gesondert vergütet würden. Damit sei eine umfassende Pflege aus der Kranken- und der sozialen Pflegeversicherung sichergestellt.

Durch Beschluss vom 10. November 2015 wurde das Sorgerecht für die Versicherte dem Landkreis M-O als Amtsvormund übertragen. Dieser schloss mit der K Intensivpflege GmbH am 10. Dezember 2015 einen Servicevertrag, wonach die Versicherte in einer Einrichtung der GmbH betreut wurde. Dafür wurde ein Servicebeitrag von monatlich 444,- EUR erhoben, der sich aus einer Mietpauschale in Höhe von 210,- EUR und einem Regelbedarf von 234,- EUR zusammensetzte. Die K Intensivpflege GmbH stellte der Klägerin als Träger der Sozialhilfe erstmals mit Rechnung vom 3. September 2015 für August 2015 den Teil ihres Stundensatzes in Rechnung, der nicht von der Beklagten als Behandlungspflege übernommen worden war, soweit er über den von der Pflegeversicherung zu übernehmenden Sachleistungsbetrag hinausging. Für August wurde der Klägerin 252,75 EUR in Rechnung gestellt, für September 2015 183,00 EUR, für Oktober 2015 252,75 EUR, für November 2015 229,50 EUR und für Dezember 2015 206,75 EUR.

Für die Zeit vom 1. Januar 2016 bis zum 30. Juni 2016 übernahm die Beklagte die Kosten der weiterverordneten häuslichen Krankenpflege im gleichen Umfang (23 Stunden 15 Minuten täglich) durch Bescheid vom 9. Dezember 2015. Dagegen legte der Amtsvormund der Versicherten Widerspruch ein. Die Beklagte wies den Widerspruch durch Widerspruchsbescheid vom 14. Juni 2016 zurück. Der Widerspruch sei bereits verfristet erhoben worden und deswegen unzulässig. Im Übrigen sei er auch unbegründet. Nach der Rechtsprechung des BSG sei bei gleichzeitiger Durchführung von Leistungen der Pflegeversicherung und der Behandlungspflege der Zeitwert der Leistungen der Pflegeversicherung zur Hälfte vom Anspruch auf Behandlungspflege abzuziehen. Für die Versicherte sei ein Pflegebedarf in der Grundpflege von 49 Minuten und der hauswirtschaftlichen Versorgung von 45 Minuten festgestellt worden. Die Hälfte der 94 Minuten sei von den 24 Stunden Behandlungspflege abzuziehen. Die K Intensivpflege GmbH stellte der Klägerin als Träger der Sozialhilfe erneut ihren

Stundensatzes in Rechnung, soweit er nicht von der Beklagten als Behandlungspflege übernommen worden war, und über den von der Pflegeversicherung zu übernehmenden Sachleistungsbetrag hinausging. Für Januar 2016 wurde der Klägerin 159,75 EUR in Rechnung gestellt, für Februar 2016 206,25 EUR, für März 2016 252,75 EUR, für April 2016 229,50 EUR, für Mai 2016 252,75 EUR und für Juni 2016 229,50 EUR.

Auf die Folgeverordnung vom 3. Juni 2016 bewilligte die Beklagte durch Bescheid vom 21. Juni 2016 der Versicherten Leistungen der häuslichen Krankenpflege im bisherigen Umfang (23 Stunden, 15 Minuten täglich) für die Zeit vom 1. Juli 2016 bis zum 31. Dezember 2016. Die nicht von der Krankenkasse oder der Pflegekasse übernommenen Anteile ihres Stundensatzes stellte die K Intensivpflege GmbH wieder der Klägerin in Rechnung, nämlich für Juli 2016 252,75 EUR, für August 2016 183,- EUR, für September 2016 229,50 EUR, für Oktober 2016 252,75 EUR und für November 2016 229,50 EUR.

Durch Schreiben vom 12. Dezember 2016 machte die Klägerin gegen die Beklagte einen Erstattungsanspruch in Höhe der seit dem 1. August 2015 an die Versicherte vorläufig gewährten Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege) geltend. Wenn die Beklagte die Zeiteile im Rahmen der 24-Stunden-Pflege korrekt berechnet hätte, wäre kein Sozialhilfebedarf entstanden. Die Beklagte entgegnete durch Schreiben vom 22. Dezember 2016, dass die Anrechnung der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung bei der häuslichen Krankenpflege korrekt erfolgt sei. Sie wies auf ihren Widerspruchsbescheid vom 14. Juni 2016 hin.

Mit der am 5. Mai 2017 bei dem Sozialgericht C eingegangenen Klage begehrt die Klägerin die Verurteilung der Beklagten zur Erstattung von 3.602,25 EUR. Die Beklagte habe zu Unrecht auch den hauswirtschaftlichen Bedarf der Versicherten als einen auf die Pflegeversicherung entfallenden Bedarf berücksichtigt. Die im MDK-Gutachten als hauswirtschaftlicher Bedarf berücksichtigenden Leistungen für das Wechseln und Waschen der Kleidung würden gemäß dem mit der Einrichtung geschlossenen Servicevertrag aus dem vom Jugendamt übernommenen Regelbedarf finanziert. Diese Leistungen würden durch einen Dritten erbracht, so dass die 45 Minuten Haushaltshilfe vom festgestellten Pflegebedarf in Abzug zu bringen seien. Entsprechend hätte nur ein Bedarf von 44 Minuten Berücksichtigung finden können, so dass nach der Halbierung entsprechend der Rechtsprechung des BSG nur ein Anteil von 22 Minuten verblieben wäre. Häusliche Krankenpflege sei demnach im Umfang von 23 Stunden und 38 Minuten täglich zu gewähren gewesen. Danach wären in jeder Monatskonstellation die Sachleistungen in der Pflegestufe 1 auskömmlich gewesen. Der Sozialhilfeträger hätte dann keine Leistungen im Zeitraum vom 1. August 2015 bis 30. November 2016 zahlen müssen.

Das Sozialgericht hat die Klage durch Urteil vom 24. Mai 2018 abgewiesen und die Berufung ausdrücklich zugelassen. Entscheidend für die Höhe der Erstattungsforderung sei die Frage, ob 23 Stunden und 15 Minuten oder 23 Stunden und 38 Minuten maßgeblich seien. Das BSG habe mit Urteil vom 17. Juni 2010 – [B 3 KR 7/09 R](#) umfassende Vorgaben zur Kostenverteilung zwischen Kranken- und Pflegekasse für Fälle aufgestellt, in denen bei einer rund um die Uhr erforderlichen häuslichen Krankenpflege die Pflegekraft zugleich die Grundpflege durchführe und sämtliche Leistungen nach einem einheitlichen Stundensatz abgerechnet würden. In dem von BSG entschiedenen Fall sei die hauswirtschaftliche Versorgung nicht von einer Pflegefachkraft, sondern von einem Angehörigen erbracht worden. Einen solchen Dritten gebe es vorliegend aber nicht. Der Leistungserbringer, die K Intensivpflege GmbH, habe die Behandlungs- und Grundpflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung durch dasselbe Personal ausgeführt. Eine Trennung erscheine nicht wirklichkeitsnah. Die Kammer gehe von einer einheitlichen komplexen Leistungserbringung aus, so dass die K Intensivpflege GmbH nicht Dritter im Sinne der BSG-Rechtsprechung sei. Mithin seien die 45 Minuten hauswirtschaftliche Versorgung auch zu berücksichtigen, so dass die von der Beklagten vorgenommene zeitliche Berechnung unter Berücksichtigung des Schemas der BSG-Rechtsprechung zutreffend sei.

Gegen das ihr am 13. Juni 2018 zugestellte Urteil richtet sich die am 6. Juli 2018 bei dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg eingegangene Berufung der Klägerin. Die Klägerin verweist auf ihr erstinstanzliches Vorbringen. Streitig sei allein, ob die Übernahme der hauswirtschaftlichen Versorgung noch einmal bei den Leistungen der Pflegeversicherung bzw. bei der Sozialhilfeleistung "Hilfe zur Pflege" beachtlich sei, weil es sich um ein und denselben Leistungserbringer handle, der bereits aus einem abgeschlossenen Servicevertrag vergütet werde. Konsequenterweise habe das Sozialgericht unterstellen müssen, dass die Wäschepflege bereits aus dem unter Federführung der Jugendhilfe stehenden Servicevertrag geschuldet und erbracht worden sei. Die Annahme des Sozialgerichts, dass der Leistungserbringer die hauswirtschaftliche Versorgung abgrenzen und auch gesondertes Personal vorhalten müssten, erschließe sich nicht. Der Leistungserbringer dürfe vielmehr seinen Geschäftsbetrieb mit seinen allgemeinen Einnahmen kalkulieren und entsprechend bewirtschaften. Dazu gehöre es, das notwendige Personal vorzuhalten, das im Rahmen der geschuldeten Leistungserbringung aus dem Servicevertrag tätig werde. Aus der Sicht des Leistungserbringers dürfe die Verteilung der zu übernehmenden Kosten nichts an der Höhe der Vergütung ändern. Einzig die Kostenanteile der beteiligten Kostenträger seien zuzuordnen. Bei der hauswirtschaftlichen Verrichtung Wäschepflege handle es sich um eine vertraglich geschuldete Leistung. In dem vom BSG entschiedenen Fall sei die hauswirtschaftliche Versorgung freiwillig durch einen Angehörigen erbracht worden. Wenn schon in dieser Konstellation eine freiwillige Leistung als ausreichend erachtet worden sei, müsse das für eine im Rahmen vertraglicher Bindung erbrachte Leistung erst recht gelten. Auf die Identität der leistenden Person dürfe es dagegen nicht ankommen. Würden die Leistungen zur Pflege weggedacht, wäre die Wäschepflege allein über den Servicevertrag abgesichert, nicht aber die sonstige medizinische und pflegerische Versorgung. Es sei kein rechtlicher Grund ersichtlich, den Hauswirtschaftsbedarf in Bezug auf die Wäschepflege als nicht erfüllt anzusehen. Die Beklagte habe diesen Bedarf nicht mehr zu berücksichtigen gehabt. Die Beklagte verkenne, dass die Kostenaufteilung unter den möglichen Kostenträgern keine Auswirkung auf die Vergütung des Leistungserbringers habe. Dieser erhalte die für die 24-Stunden-Intensivpflege vereinbarte Vergütung. Es gehe allein darum, wer die Vergütung anteilig schulde. Aus diesem Grund komme es nicht darauf an, welche Leistung welcher Beschäftigte erbracht habe. Entscheidend sei, dass der Bereich der hauswirtschaftlichen Wäschepflege bereits mit dem Servicevertrag erledigt gewesen sei und bei der Leistungserbringung nicht erneut von der Pflegekasse berücksichtigt werden dürfe. Ebenso wie in dem vom BSG entschiedenen Fall sei die Dienstleistung aus dem Servicevertrag keine Leistung der häuslichen Krankenpflege und keine Leistung der Pflegeversicherung gewesen. Daran ändere auch die personelle Identität des Handelnden nichts. Die vermeintliche Wirklichkeitsnähe des Sozialgerichts führe zu einer Legitimierung eines offenkundig vertragswidrigen Verhaltens des Leistungserbringers. Für die Versicherte sei wirtschaftlich sinnlos, neben einem bereits erfüllten Anspruch nochmals die Wäschepflege über die 24-Stunden-Intensivpflege einzukaufen. Die Aufteilung der entstehenden Kosten auf die Kostenträger habe Auswirkungen auch für die Versicherte. Nur wegen ihrer nicht vorhandenen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit entfalle ihr Eigenanteil, der von der Sozialhilfe übernommen werde. Würde der Anteil der Hauswirtschaft in die Verantwortung der Pflegekasse verschoben, würde der Eigenanteil der Patienten ansteigen und nur eine Entlastung der Krankenkasse bewirken. Diese Einsparung wäre hier aus Mitteln der Jugendhilfe entstanden, die eigentlich den Lebensunterhalt des Kleinstkindes sichern sollte. Dem BSG sei bereits ausreichend erschienen, dass eine private Person aus dem Umfeld des Betroffenen zur Übernahme der

Hauswirtschaft bereit gewesen sei, während vorliegend sogar ein vertraglich verpflichteter gewerblicher Dienstleister vorhanden sei. Dass dieses Mehr an Rechtssicherheit nicht ausreichen solle, um die Leistung als bereits erbracht anzusehen, erscheine nicht folgerichtig.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 24. Mai 2018 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 3.602,25 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des Sozialgerichts für zutreffend. Die Aufteilung der Kosten zwischen der Kranken- und der Pflegekasse entspreche den gesetzlichen Vorgaben und der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Zurückzuweisen sei die Auffassung, dass die Identität des Personals des Leistungserbringers keine Rolle spiele. Nach dem BSG komme es für die Berücksichtigung von Zeiten auf den konkreten Sachverhalt an. Die Vorgabe, dass der hälftige Anteil der hauswirtschaftlichen Versorgung nicht auf Zeiten der 24-Stunden Behandlungspflege anzurechnen sei, gelte nur für Fallgestaltungen, in denen die hauswirtschaftliche Versorgung nicht durch Pflegekräfte oder dieselben Personen erbracht werde, welche auch die Behandlungspflege durchführten, sondern von einem Dritten wie einem Angehörigen. In anderen Fällen, in denen die hauswirtschaftliche Versorgung nicht durch Dritte erbracht werde, scheide eine entsprechende Anwendung aus. Das träfe auf den vorliegenden Fall zu, da keine klare Abgrenzung zwischen Behandlungs- und Grundpflege sowie hauswirtschaftlicher Versorgung erfolge. Die Leistungen würden im Wesentlichen von derselben Fachkraft erbracht und zu einem einheitlichen Stundensatz abgerechnet. Deswegen habe sie – die Beklagte – mit Recht bei der Anrechnung auf Zeiten der Behandlungspflege hälftige Zeiten der hauswirtschaftlichen Versorgung berücksichtigt. Darüber hinaus seien die Grundsätze des BSG zur hälftigen Berücksichtigung von Zeiten der Grundpflege bzw. hauswirtschaftlicher Versorgung in erster Linie für den häuslichen bzw. familiären Bereich geschaffen worden. Auch deshalb werde vorliegend kein Raum für eine entsprechende Anwendung gesehen. Der Gesetzgeber wolle die Bezahlung hoher Eigenanteile im Rahmen des SGB XII vermeiden und die Erbringung von Pflegeleistungen durch Angehörige honorieren. Bei Wohngemeinschaften, Einrichtungen bzw. anderweitiger Erbringung der Leistungen durch Dritte erfolge dagegen eine Bündelung der Versorgung, welche regelmäßig eher zu einer Kostenminimierung führe. Mit Recht seien daher Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Umfang von 23 Stunden und 15 Minuten gewährt worden, so dass kein Erstattungsanspruch bestehe.

Für die weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung hat keinen Erfolg. Sie ist zwar gem. [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#) kraft ausdrücklicher Zulassung des Sozialgerichts zulässig, aber nicht begründet. Das Sozialgericht hat im Ergebnis zutreffend entschieden. Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Erstattung von 3.602,25 EUR. Als Rechtsgrundlage für den Erstattungsanspruch der Klägerin kommt nur [§ 102 SGB X](#) in Betracht. Nach dieser Vorschrift ist der zur Leistung verpflichtete Leistungsträger erstattungspflichtig, wenn ein Leistungsträger aufgrund gesetzlicher Vorschriften vorläufig Sozialleistungen erbracht hat. Die Klägerin ist zuständiger Leistungsträger für die Sozialhilfe. Sie hat aufgrund gesetzlicher Vorschriften vorläufig Sozialleistungen an die Versicherte erbracht. Denn in ihren an die Versicherte gerichteten Bewilligungsbescheiden vom 12. September 2016 und 4. Januar 2017 hat sie unter ausdrücklicher Berufung auf [§ 43 SGB I](#) nur vorläufig Leistungen zur Pflege übernommen und darauf hingewiesen, dass aus ihrer Sicht die Pflegekasse der Beklagten zuständig sei.

Die Voraussetzungen eines Erstattungsanspruches nach [§ 102 Abs. 1 SGB X](#) sind nicht erfüllt. Die Beklagte war nicht verpflichtet, der Versicherten die Leistungen zu erbringen, welche die Klägerin vorläufig gewährt hat. Gegenstand des Erstattungsstreits sind die Beträge, die von der K Intensivpflege GmbH auf der Grundlage eines Stundensatzes von 31,- EUR für rund um die Uhr 24 Stunden an 7 Tagen in der Woche erbrachte Pflegeleistungen berechnet worden sind, soweit sie nicht mit einem Anteil von 23 Stunden und 15 Minuten bereits von der Beklagten übernommen worden und auch nicht von der Pflegesachleistung abgedeckt sind, welche die Pflegekasse der Beklagten erbringt.

Gegen eine über die übernommenen Leistungen hinausgehende Leistungsverpflichtung der Beklagten spricht bereits, dass sie ihre Leistungspflicht gegenüber ihrer Versicherten durch bestandskräftig gewordene Bescheide auf den tatsächlich übernommenen Leistungsanteil beschränkt hat. Der Senat muss in diesem Zusammenhang nicht entscheiden, ob sich die Klägerin gegenüber der Beklagten ungeachtet der bestandskräftig gewordenen Bescheide auf die objektive Rechtslage berufen könnte. Denn auch aus der objektiven Rechtslage ergeben sich keine weitergehenden Ansprüche gegen die Beklagte.

Der Senat weist zunächst darauf hin, das bereits dem Grunde nach nicht zweifelsfrei ist, ob gegen die Beklagte nach der objektiven Rechtslage ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege im Umfang von 23 Stunden und 15 Minuten und mehr bestehen kann. Rechtsgrundlage für einen solchen Anspruch ist [§ 37 Abs 2 Satz 1 SGB V](#). Nach dieser Vorschrift erhalten Versicherte in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Die Versicherte war in einer Einrichtung der K Intensivpflege untergebracht. Sie befand sich danach weder in einem eigenen Haushalt noch bei ihrer Familie. Ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege setzt deswegen voraus, dass die Einrichtung als "geeigneter Ort" angesehen werden kann. Was ein geeigneter Ort ist, bestimmt sich nach [§ 37 Abs. 6 SGB V](#) auch nach der vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu erlassenden Hauskrankenpflegerichtlinie (HKP-RL). Gemäß § 1 Abs. 6 HKP-RL in den hier anzuwendenden Fassungen vom 17. Juli 2014 und 17. Dezember 2015 bestand aber kein Anspruch gegen die Krankenkasse auf Behandlungspflege bei Aufenthalt von Versicherten in Einrichtungen, wenn dort gegen diese ein Anspruch auf Behandlungspflege bestand. Nach dem Akteninhalt ist nicht auszuschließen, dass die von der Kintensivpflege GmbH betriebene Einrichtung, in der die Versicherte aufgenommen worden ist, den Zweck verfolgte, Behandlungspflegeleistungen wie in einer stationären Einrichtung an behinderte Kinder zu erbringen. Insoweit ist nicht auszuschließen, dass die für die Einrichtung kennzeichnende Verfahrensweise durch den Zweck bestimmt ist, die für den Betrieb einer stationären Einrichtung geltenden Rechtsvorschriften zu umgehen. Das kann aber dahingestellt bleiben. Nach der

jüngeren Rechtsprechung des BSG ist der Begriff des "geeigneten Ortes" zu erweitern und kann auch stationäre Einrichtungen erfassen (BSG v. 30. November 2017 – [B 3 KR 11/16 R](#) – juris Rn 24-27). Demnach ist nach dem gegenwärtigen Stand der Ermittlungen nicht auszuschließen, dass die Einrichtung des K Intensivpflegedienstes als geeigneter Ort für die Erbringung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege angesehen werden kann.

Ein Erstattungsanspruch der Klägerin besteht auch unter der Voraussetzung nicht, dass dem Grunde nach Anspruch der Versicherten gegen die Beklagte auf Leistungen der Behandlungspflege auch in der Einrichtung der KIntensivpflege GmbH bestand. Selbst wenn die Beklagte an sich zur Leistung von Überwachungspflege nach dem SGB V rund um die Uhr auch in der Einrichtung verpflichtet gewesen war, in der ihre Versicherte untergebracht worden war, bestand doch eine parallele Leistungszuständigkeit ihrer Pflegekasse. Das ergibt sich aus dem vom MDK erstatteten Pflegegutachten, in dem die Voraussetzungen der Pflegestufe I seit Juni 2015 bestätigt werden. Die Versicherte erhielt seit August 2015 Leistungen der Pflegeversicherung auf der Grundlage der Pflegestufe I als Sachleistung. Diese Leistungen führten zu einer zeitlichen Begrenzung des Umfangs der von der Beklagten zu erbringenden Leistungen der häuslichen Krankenpflege.

Nach der Rechtsprechung des BSG folgt aus dem in [§ 37 Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) zu findenden an die Krankenkassen gerichteten Verbot, nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit noch Leistungen der häuslichen Krankenpflege in der Form von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung zu erbringen, die Notwendigkeit einer zeitlichen Anrechnung der Leistungen aus der Pflegeversicherung auf den Umfang der von der Krankenversicherung zu erbringenden Krankenpflegeleistungen, wenn von derselben Pflegekraft neben der Behandlungspflege in der Form der Überwachungspflege zeitgleich auch hauswirtschaftliche Versorgung und Grundpflege erbracht wird (BSG v. 17. Juni 2010 – [B 3 KR 7/09 R](#) – juris Rn 26/27). Bei der Grundpflege soll der Umfang der von der Pflegekasse geschuldeten reinen Grundpflege (abzüglich der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen) ermittelt und zur Hälfte von dem Anspruch auf die ärztlich verordnete, rund um die Uhr erforderliche Behandlungspflege abgezogen werden. Soweit das BSG eine Ausnahme von dem Anrechnungsgebot der Leistungen der Pflegeversicherung für die Fälle der hauswirtschaftlichen Versorgung formuliert hat, in denen diese von einem Dritten, insbesondere einem Angehörigen erbracht wird (BSG v. 17. Juni 2010 – [B 3 KR 7/09 R](#) – juris Rn 15), liegen die Voraussetzungen dafür hier nicht vor.

In dem vorliegenden Sachverhalt haben die Mitarbeiter des K Pflegedienstes GmbH zeitgleich mit der Überwachungspflege nicht nur – was unstreitig ist – Leistungen der Grundpflege sondern auch solche der hauswirtschaftlichen Versorgung erbracht. Denn die Identität des Mitarbeiters wechselte nicht, wenn er bei der Versicherten im Zimmer Leistungen erbrachte, die der Pflegeversicherung zuzuordnen waren. Nach dem Akteninhalt geht der Senat davon aus, dass kein weiterer zusätzlicher Mitarbeiter der K Pflegeeinrichtung in das Zimmer der Versicherten kam, der bei entsprechendem Bedarf die erforderlich werdenden Leistungen der Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung übernahm, während ein anderer weiter ausschließlich Überwachungspflege leistete. Das ist auch in der mündlichen Verhandlung von der Klägerseite so bestätigt worden. Die bei der Pflegebedürftigkeit berücksichtigte notwendige Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung wurde von derselben Pflegeperson parallel zur Überwachungspflege erbracht und ebenso wie die Überwachungspflege mit dem allgemeinen Stundesatz von 30,- EUR für Intensivpflege abgerechnet. Dagegen kann nicht mit Erfolg eingewandt werden, dass bestimmte Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung wie das Wäschewaschen naturgemäß außerhalb des Zimmers der Versicherten erfolgten und von daher notwendigerweise von einer dritten Person erledigt werden mussten. Das BSG ist in seiner bereits zitierten Rechtsprechung davon ausgegangen, dass Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung im Sinne der Pflegeversicherung grundsätzlich auch parallel zur Überwachungspflege erbracht werden können. Anderenfalls hätte es die Anrechnung eines Pflegebedarfs im Sinne des SGB XI auf den zeitlichen Umfang der Behandlungspflege nach dem SGB V grundsätzlich ausschließen müssen, soweit er auf die hauswirtschaftliche Versorgung entfällt, und nicht nur für den Fall, dass er von einem Angehörigen des Versicherten außerhalb eines Pflegedienstes übernommen und abgedeckt wird. Zudem hat der MDK in dem vorliegenden Sachverhalt einen pflegerelevanten Bedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung der Versicherten gerade in Bezug auf die Notwendigkeit des häufigen Wechselns und Waschens der Wäsche gesehen. Jedenfalls das Wechseln der Wäsche ist unmittelbar im Kontakt mit der Versicherten erledigt worden. Weitere Arbeiten wie das Sortieren der Wäsche werden typischerweise noch im Zimmer der Versicherten angefallen sein. Der Senat sieht sich schon aus praktischen Gründen außerstande, minutengenau aufzuklären, ob und welche Anteile der vom MDK berücksichtigten hauswirtschaftlichen Versorgung es gibt, die tatsächlich außerhalb des Zimmers der Versicherten erledigt wurden. Insoweit ist auch darauf hinzuweisen, dass der übliche, dem Lebensalter der Versicherten entsprechende Hilfebedarf vom MDK bei der Bestimmung der Pflegebedürftigkeit nicht berücksichtigt worden ist. Fest steht, dass jedenfalls in wesentlichen Teilbereichen eine räumliche und zeitliche Parallelität der Leistungen der Überwachungspflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung bestand. Das reicht für eine wechselseitige Anrechenbarkeit aus.

Der die hauswirtschaftlichen Arbeiten miterledigende Mitarbeiter des K Pflegedienstes war nicht Dritter im Sinne der Rechtsprechung des BSG. Seine Leistungen wurden ebenso wie die Überwachungspflege mit dem für Intensivpflege geltenden Stundesatz von 30,- EUR abgerechnet. Die Parallelität der Leistungserbringung führt nach der Rechtsprechung des BSG dazu, dass der zeitliche Umfang der von der Krankenkasse als Behandlungspflege zu übernehmenden Leistungen eingeschränkt werden muss (BSG v. 17. Juni 2010 – [B 3 KR 7/09 R](#) – juris Rn 26/27). Abzuziehen von dem an sich bestehenden über 24 Stunden reichenden Überwachungspflegebedarf sind die Zeiträume, in denen gleichzeitig auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbracht worden sind. Dazu ist der Zeitbedarf der hauswirtschaftlichen Versorgung und der reinen Grundpflege ohne behandlungsbezogene Verrichtungen zu ermitteln und zur Hälfte von dem täglich über 24 Stunden reichenden Behandlungspflegebedarf abzuziehen. Zur Hälfte deswegen, weil die Leistungszuständigkeit der Krankenkasse für die gleichzeitig erbrachte Überwachungspflege bestehen bleibt (BSG v. 17. Juni 2010 – [B 3 KR 7/09 R](#) – juris Rn 28). Auf der Grundlage des MDK-Gutachtens über den Pflegebedarf der Versicherten entfallen auf die reine Grundpflege 44 Minuten (49 Minuten abzüglich 5 Minuten täglich für Sekretabsaugung) und auf die hauswirtschaftliche Versorgung 45 Minuten pro Tag. Aus den sich danach ergebenden 89 Minuten folgt rechnerisch ein Abzugsposten von 45 Minuten, so dass die Beklagte zu Recht den Umfang der von ihr zu übernehmenden Behandlungspflege auf 23 Stunden und 15 Minuten täglich beschränkt hat.

Daran ändert nichts, dass die KIntensivpflege GmbH dem Jugendamt die Wäschepflege für die Versicherte auch im Rahmen des geschlossenen Servicevertrags in Rechnung stellt. Die erhobene Servicepauschale führt nicht dazu, dass die Anrechenbarkeit der von dem Pflegedienst zu erbringenden Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung wegfällt oder zumindest zu reduzieren ist. Dazu ist zunächst darauf hinzuweisen, dass die K Pflegedienst GmbH die von ihr der Beklagten erteilte Berechnung der erbrachten Leistungen nicht deswegen kürzt, weil die Wäschepflege teilweise schon in der Servicepauschale enthalten sind. Die Leistungen sind aber auch in der Sache nicht notwendigerweise identisch. Denn in der Pflegeversicherung ist nur der besondere krankheitsbedingte Bedarf der Klägerin an

hauswirtschaftlichen Leistungen berücksichtigt worden, der über den allgemeinen altersgemäßen Bedarf hinausgeht. Dieser besondere Bedarf ist nicht Gegenstand der von der K Pflegedienst GmbH erhobenen Servicepauschale. Das ergibt sich bereits daraus, dass die Bemessung der Servicepauschale auf den Regelbedarf Bezug nimmt. Im Übrigen steht auch eine Anrechnung der im Rahmen der Servicepauschale bereits abgedeckten Leistungen auf die Behandlungspflege in Frage, die nicht zu der von der Klägerin begehrten Ausweitung der Leistungspflicht der Beklagten, sondern zu einer weiteren Kürzung der Behandlungspflege führen würde. Auf der Grundlage der bereits mehrfach zitierten Rechtsprechung des BSG (BSG v. 17. Juni 2010 – [B 3 KR 7/09 R](#)) erscheint eine Anrechnung insoweit zumindest insoweit unumgänglich, wie in der Servicepauschale enthaltene Dienstleistungen zeitgleich und parallel mit der Überwachungspflege erbracht wurden. Darauf kommt es aber im Ergebnis nicht an, weil das nur eine Kürzung der von der Beklagten bereits bewilligten Leistungen rechtfertigen könnte.

Nach alledem war die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung ergeht nach [§ 197a SGG](#) iVm [§ 154 Abs. 2 VwGO](#).

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) sind nicht ersichtlich. Betroffen ist nur altes Recht, weil die für die Bemessung der Pflegebedürftigkeit maßgebenden Vorschriften des SGB XI mittlerweile geändert sind.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2019-07-04