

Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund
nach § 17 Absatz 1b SGB XI
i. V. m. § 53d Absatz 3 Nummer 2 SGB XI

**Kostenabgrenzung zwischen Kranken-
und Pflegeversicherung
bei Pflegebedürftigen
mit besonders hohem Bedarf an
behandlungspflegerischen Leistungen
(Kostenabgrenzungs-Richtlinien)**



Diese Richtlinien wurden vom Medizinischen Dienst Bund unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste und im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 17 Absatz 1b SGB XI i. V. m. § 53d Absatz 3 Nummer 2 SGB XI und § 283 Absatz 3 SGB V am 5. März 2025 erlassen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Richtlinien am 26. März 2025 genehmigt. Diese Richtlinien treten am 1. April 2025 in Kraft.

Herausgeber

Medizinischer Dienst Bund (KÖR)
Theodor-Althoff-Str. 47
45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@md-bund.de
Internet: md-bund.de

Vorwort

Aufgrund der guten medizinischen, pflegerischen und technischen Entwicklung in Deutschland ist es möglich, auch Versicherte mit einem intensivpflegerischen Versorgungsbedarf aus der Krankenhausbehandlung nach Hause zu entlassen. Für diese Versicherten kommen Leistungen der Kranken- und der Pflegeversicherung in Betracht.

Der Medizinische Dienst Bund hat im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien zur Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen die hälftigen Kosten zu tragen hat, zu erlassen. Dies betrifft besonders vulnerable Versicherte, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und Leistungen der häuslichen Pflege und Krankenpflege oder der außerklinischen Intensivpflege beziehen (§§ 36 SGB XI, 37 Absatz 2 SGB V, 37c SGB V).

Mit dem Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-IPReG) wurden die bisherigen Regelungen zur Erbringung medizinischer Behandlungspflege für Versicherte mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf in einen neuen Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V überführt. Um eine für die Betroffenen und die Kranken- und Pflegekassen rechtssichere Fortführung der Kostenabgrenzung zwischen gesetzlicher Pflege- und Krankenversicherung zu gewährleisten, wurden die Kostenabgrenzungs-Richtlinien vom 16. Dezember 2016 im Jahr 2023 an das Gesetz angepasst und bis zum 31. März 2025 durch das Bundesministerium für Gesundheit befristet genehmigt. Diese werden durch die vorliegenden überarbeiteten Richtlinien abgelöst.

Die Befristung durch das Bundesministerium für Gesundheit hatte zum Ziel, das Verfahren und die finanziellen Auswirkungen der Anpassungen in der Richtlinienversion 2023 auf die Versicherten und soziale Pflegeversicherung zu prüfen. Die damaligen Anpassungen betrafen im Wesentlichen redaktionelle Änderungen aufgrund der geänderten Gesetzeslage. Dabei ist die bisherige leistungsrechtliche Zuordnung von Maßnahmen zur Pflegeversicherung und zur Krankenversicherung unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes unverändert geblieben. Die Prüfung hat ergeben, dass die formalen Anpassungen in den Kostenabgrenzungs-Richtlinien keine finanziellen Auswirkungen auf die Versicherten oder soziale Pflegeversicherung haben, sodass sich kein Änderungsbedarf der Richtlinien ergab. Allerdings ergab sich die Möglichkeit, eine Klarstellung im Sinne der Versorgung hinsichtlich des Anwendungsbereichs der Richtlinien vorzunehmen. Hierbei wurden die von den Vertreterinnen und Vertretern der Betroffenenverbände berichteten Probleme im Zusammenhang mit der Umsetzung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien berücksichtigt.

Die Richtlinien wurden durch Expertinnen und Experten der Medizinischen Dienste, des Medizinischen Dienstes Bund und des GKV-Spitzenverbandes erarbeitet und einem Stellungnahmeverfahren unterzogen. Allen, die in diesem Entstehungsprozess ihre Expertise eingebracht haben, gilt unser besonderer Dank.

Essen im März 2025



Dr. Stefan Gronemeyer
Vorstandsvorsitzender



Carola Engler
Stv. Vorstandsvorsitzende

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Inhaltsverzeichnis	5
Präambel	6
1 Vorgaben des Gesetzgebers	7
2 Geltungsbereich	8
3 Verfahren bis 31.12.2016	9
4 Verfahren ab 01.01.2017	10
5 Pauschale Minutenwerte	11
6 Übergangsregelungen	12
7 Inkrafttreten	13

Präambel

Mit dem Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – GKV-IPReG) wurden die bisherigen Regelungen zur Erbringung medizinischer Behandlungspflege für Versicherte mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf in einen neuen Leistungsanspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V überführt. Dies erfordert eine Anpassung der Kostenabgrenzungs-Richtlinien vom 16. Dezember 2016. Nach § 17 Absatz 1b SGB XI ist in diesen Richtlinien die Kostenabgrenzung zwischen Kranken- und Pflegekassen bei gleichzeitiger Erbringung von medizinischer Behandlungspflege nach § 37 Absatz 2 SGB V und körperbezogenen Pflegemaßnahmen im Sinne von § 36 SGB XI oder bei gleichzeitiger Erbringung von außerklinischer Intensivpflege nach § 37c SGB V und körperbezogenen Pflegemaßnahmen im Sinne von § 36 SGB XI durch dieselbe Pflegekraft in Fällen eines besonders hohen behandlungspflegerischen Bedarfs zu regeln.

Für die Kostenaufteilung zwischen Kranken- und Pflegekassen wurden bis zum 31. Dezember 2016 Gutachten des Medizinischen Dienstes herangezogen, die den anhand des bis dahin geltenden Begutachtungsverfahrens erhobenen Zeitaufwand der von der Pflegekasse zu übernehmenden „reinen“ Grundpflege ausweisen. Da der Zeitaufwand ab dem 1. Januar 2017 im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nicht mehr festgestellt wird, konnte das Gutachten seither nicht mehr für eine zeitbezogene Aufteilung der Kostenträgerschaft herangezogen werden.

Zu beachten ist, dass aufgrund der Regelungen in § 37 Absatz 2 Satz 3 SGB V in der Fassung ab dem 31. Oktober 2023 Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, die Anspruch auf Leistungen nach § 37c SGB V haben, während der Zeit, in der diese Leistungen tatsächlich erbracht werden, keinen Anspruch auf Leistungen nach § 37 SGB V haben. Diese Richtlinien regeln, nach welchem Verfahren die Zeitanteile zur Abgrenzung der Kosten zwischen SGB V und SGB XI festgestellt werden.

Die Richtlinien vom 29. September 2023 wurden vom Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2025 befristet genehmigt. Die Befristung erfolgte unter der Maßgabe, zu prüfen, ob die redaktionellen Anpassungen der Richtlinien im Jahr 2023 finanzielle Auswirkungen auf die Versicherten und die soziale Pflegeversicherung haben und ob das pauschale Verfahren methodisch nach wie vor als geeignet angesehen werden kann. Aus dieser Prüfung hat sich kein weiterer Änderungsbedarf ergeben. Unter den Ziffern 3 und 5 wurden Klarstellungen ergänzt.

Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen haben nach Maßgabe von § 118 SGB XI an der Erstellung der vorliegenden Kostenabgrenzungs-Richtlinien mitgewirkt. Der Medizinische Dienst Bund hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene beteiligt. Ihnen wurde unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen vor der Beschlussfassung Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben; die Stellungnahmen wurden in die Entscheidung einbezogen.

1 Vorgaben des Gesetzgebers

Gemäß § 17 Absatz 1b SGB XI hat der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien zur Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 SGB V oder die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI und der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat, zu erlassen. Von den Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI sind dabei nur Maßnahmen der körperbezogenen Pflege zu berücksichtigen. Es ist darauf zu achten, dass die bisherige leistungsrechtliche Zuordnung von Maßnahmen zur Pflegeversicherung und Krankenversicherung unter Umsetzung der Vorgaben der maßgeblichen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 17. Juni 2010 (B 3 KR 7/09 R) unverändert bleibt. In der Gesetzesbegründung zu § 17 Absatz 1b SGB XI wird sowohl eine pauschale als auch eine einzelfallbezogene Feststellung des durch die Pflegeversicherung zu tragenden Zeitanteils in Erwägung gezogen.

2 Geltungsbereich

Diese Richtlinien umfassen Fälle von ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V sowie Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI oder die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI und der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c SGB V durch dieselbe Pflegekraft beziehen.

Ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege liegt bei Versicherten vor, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft im gesamten Versorgungszeitraum notwendig ist, weil eine sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention bei lebensbedrohlichen Situationen mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar erforderlich ist, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.

In der Praxis gibt es ferner auch Versorgungsfälle, bei denen die Versicherten nicht rund um die Uhr einen Bedarf an außerklinischer Intensivpflege haben. Auch für diese Fälle gelten die Kostenabgrenzungs-Richtlinien.

Diese Richtlinien gelten nicht für Versicherte, die Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen nach § 37 SGB XI oder anteiliges Pflegegeld im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI in Anspruch nehmen.

Sie regeln ausschließlich die Kostenverteilung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung, sie reduzieren nicht den Leistungsanspruch der Versicherten nach § 37 SGB V oder § 37c SGB V und haben keinen Einfluss auf den individuellen Umfang des Versorgungsbedarfs der Versicherten. Ebenso regeln sie nicht die Eintrittspflichten der Sozialhilfeträger, diese bleiben unberührt.

3 Verfahren bis 31.12.2016

Für Versicherte mit einem rund um die Uhr bestehenden Intensivpflegebedarf hat das Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil vom 17. Juni 2010 (B 3 KR 7/09 R) entschieden, dass bei gleichzeitigem Erbringen von medizinischer Behandlungspflege nach § 37 Absatz 2 SGB V und Grundpflege (sowie ggf. hauswirtschaftlicher Versorgung) nach § 36 SGB XI durch dieselbe Pflegekraft die beiden Leistungsansprüche grundsätzlich gleichberechtigt nebeneinander stehen. Die Kosten für die Zeiten gleichzeitiger Erbringung sind somit zu gleichen Teilen von der Kranken- und Pflegekasse zu übernehmen.

Auf dieser Grundlage erfolgte die Kostenabgrenzung zwischen Kranken- und Pflegekasse bis zum 31. Dezember 2016 wie folgt:

In Fällen der über 24 Stunden täglich erforderlichen häuslichen Krankenpflege hatte der Medizinische Dienst den zeitlichen Aufwand der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen zu bemessen. Dieser Zeitaufwand pro Tag wurde von dem Gesamtumfang aller Hilfeleistungen bei der Grundpflege abgezogen. Daraus ergab sich der Zeitanteil der von der Pflegekasse geschuldeten „reinen“ Grundpflege (= Grundpflege ohne verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen). Da während der Durchführung der Grundpflege weiterhin Behandlungspflege – auch als spezielle Krankenbeobachtung – stattfindet und beide Leistungsbereiche gleichrangig nebeneinander stehen, wurde der so ermittelte Zeitwert der „reinen“ Grundpflege nicht vollständig, sondern nur zur Hälfte vom Anspruch auf die ärztlich verordnete, über 24 Stunden täglich erforderliche Behandlungspflege (einschließlich der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen) abgezogen. Sofern die hauswirtschaftliche Versorgung von derselben Pflegekraft erbracht wurde, erfolgte ebenfalls ein hälftiger Abzug. Aus der Differenz zwischen dem verordneten zeitlichen Umfang der häuslichen Krankenpflege, der Hälfte des zeitlichen Umfangs der „reinen“ Grundpflege sowie der Hälfte des Umfangs der hauswirtschaftlichen Versorgung (sofern abzugsfähig) ergab sich der zeitliche Umfang der häuslichen Krankenpflege, für den die Krankenkasse einzutreten hatte. Die Pflegekasse hatte die Kosten der Hälfte des Zeitaufwands der „reinen“ Grundpflege und ggf. die Hälfte der hauswirtschaftlichen Versorgung zu tragen, jedoch begrenzt auf den Höchstbetrag für die Sachleistungen der versicherten Person zuerkannten Pflegestufe. Reichte der Höchstbetrag zur Abdeckung dieser Kosten nicht aus, hatte die versicherte Person den verbleibenden Differenzbetrag aus eigenen Mitteln aufzubringen; gegebenenfalls war der Sozialhilfeträger eintrittspflichtig.

4 Verfahren ab 01.01.2017

Vor dem Hintergrund, dass die Regelungen der §§ 14, 15 SGB XI keine zeitorientierte und verrichtungsbezogene Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit mehr vorsehen, wird der durch die Pflegeversicherung gemäß der o. g. Entscheidung des Bundessozialgerichts zu tragende Anteil ab 1. Januar 2017 pauschal festgelegt. Dabei wird jedem Pflegegrad ein bestimmter Minutenwert zugeordnet, für den die Pflegeversicherung aufzukommen hat. Grundlage hierfür sind die Daten, die den Kranken- und Pflegekassen in 2016 vorlagen (sog. „Bestandsfälle“), bezogen auf die Zeitaufwände der "reinen" Grundpflege unter Berücksichtigung der jeweils zuerkannten Pflegestufe. Die ermittelten Minutenwerte entsprechen den Zeitanteilen, die nach dem bis 31. Dezember 2016 gültigen Verfahren (vgl. Ziffer 4) vom verordneten zeitlichen Umfang der häuslichen Krankenpflege abzuziehen waren. Unter Beachtung der Überleitungsregelung nach § 140 Absatz 2 SGB XI wurden die ermittelten Zeitanteile der „reinen“ Grundpflege je Pflegestufe auf die Systematik der Pflegegrade übertragen. Anschließend wurden je Pflegegrad Mittelwerte errechnet. Daraus ergeben sich die unter Ziffer 6 dargestellten pauschalen Minutenwerte.

Durch das so entwickelte Verfahren wird sichergestellt, dass die bisherige leistungsrechtliche Zuordnung von Maßnahmen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung unverändert bleibt. Zudem werden die Vorgaben der maßgeblichen BSG-Rechtsprechung zur Kostenaufteilung in Fällen der über 24 Stunden täglich erforderlichen häuslichen Krankenpflege weiterhin umgesetzt und auf die im Rahmen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingeführten Pflegegrade übertragen.

5 Pauschale Minutenwerte

Folgende pauschale Minutenwerte, die sich auf eine 24-Stunden-Versorgung beziehen, sind ab dem 1. Januar 2017 für die Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung die Kosten zu tragen hat, in den unter Ziffer 3 beschriebenen Fällen zu Grunde zu legen:

	Pauschale Minutenwerte
Pflegegrad 2	37
Pflegegrad 3	76
Pflegegrad 4	104
Pflegegrad 5	141

Die oben genannten pauschalen Minutenwerte sind bei gleichzeitiger Erbringung von medizinischer Behandlungspflege nach § 37 Absatz 2 SGB V und körperbezogenen Pflegemaßnahmen im Sinne von § 36 SGB XI oder von außerklinischer Intensivpflege nach § 37c SGB V und körperbezogenen Pflegemaßnahmen im Sinne von § 36 SGB XI durch dieselbe Pflegekraft vom Zeitaufwand, den die gesetzliche Krankenversicherung zu tragen hat, in Abzug zu bringen. Wenn die Versorgung stundenweise anderweitig, z. B. durch Angehörige, übernommen wird, sind die pauschalen Minutenwerte anteilig nach kaufmännischer Rundung in Abzug zu bringen.

6 Übergangsregelungen

In den Fällen, in denen bereits vor dem 1. Januar 2017 eine Kostenabgrenzung auf Grundlage der bis dahin durch den Medizinischen Dienst erhobenen Zeitwerte für die „reine“ Grundpflege vorgenommen wurde, bleibt es auch nach dem 1. Januar 2017 bei der Berücksichtigung der dort festgestellten Minutenwerte. Das im Rahmen dieser Richtlinien unter Ziffer 5 und Ziffer 6 beschriebene Pauschalmodell findet daher nur bei Versicherten Anwendung, die ab dem 1. Januar 2017 erstmals Sachleistungen der Pflegeversicherung beantragt haben, oder bei Versicherten, die am 31. Dezember 2016 bereits entsprechende Leistungen erhalten haben und bei denen ab dem 1. Januar 2017 eine erneute Begutachtung erfolgt.

7 Inkrafttreten

Diese Richtlinien werden nach ihrer Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit auf der Homepage des Medizinischen Dienstes Bund veröffentlicht ([md-bund.de](https://www.md-bund.de)) und treten am 1. April 2025 in Kraft.