

## Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen

Die Anspruchsvoraussetzungen sind nur dann erfüllt, wenn eine "schwere Krankheit" bzw. eine "Verschlimmerung einer Krankheit" vorliegt. Als Hilfestellung zur vorläufigen Definition der Begriffe "schwere Krankheit" und "Verschlimmerung einer Krankheit" stellen wir Ihnen die nachfolgende Diagnoseliste zur Verfügung. Es sind beispielhaft und nicht abschließend Diagnosen aufgezählt, die typischerweise so schwerwiegende Einschränkungen in der Selbsthilfefähigkeit verursachen, dass der Anspruch auf die Leistung gegeben ist.

### Schwere Erkrankungen, die zur Anerkennung des Leistungsanspruches nach § 37 Abs. 1a SGB V führen:

- CA-Erkrankungen (alle C-Diagnosen) mit Metastasierung oder nach Eintreten einer Kachexie
- Multiple Sklerose (G35.11, G35.21, G35.31) nach akutem Schub oder mit sonstigem Hinweis auf schwere Fähigkeitsstörungen
- Morbus Parkinson mit schwerster Beeinträchtigung (G20.2)
- Beidseitige Frakturen an Armen und Händen
- Beidseitige Frakturen der Beine
- Rückenmarkverletzungen (S14, S24, S34)
- Zustand nach großen offenen Bauchoperationen (z. B. Magenresektion)
- Schulter-TEP (Anspruch ist zwischen Krankenhausentlassung und Reha-Aufnahme gegeben)  
Anmerkung: Nach einer Schulter-TEP-Implantation soll eine Anschluss-Rehabilitation in der Regel erst nach 6 Wochen erfolgen, da das Gelenk erst dann aktiv beübt werden kann. In der Zwischenzeit bestehen weitgehende Einschränkungen der Selbsthilfefähigkeit.

Erkrankungen, die in der Regel keine Einschränkung der Selbsthilfefähigkeit hervorrufen, wie z. B. einseitige Frakturen, Verstauchungen, Dehnungen, Bänderrisse, Zustand nach Gallenblasen-Operation, Zustand nach Blinddarm-Operation, Zustand nach Leistenbruch-Operation, Zustand nach Operation eines Karpaltunnelsyndroms, Zustand nach HNO-Operationen, Zustand nach Hallux valgus-Operation, Hüft-TEP, Knie-TEP begründen **keinen** Leistungsanspruch.

<p>Einseitige Frakturen der oberen Extremitäten (z. B. Schulter, Ellenbogen, Handgelenk)</p>	<p>Keine Einschränkung der Selbsthilfefähigkeit</p>
<p>Beidseitige Frakturen der oberen Extremitäten</p>	<p>Einschränkung der Selbsthilfefähigkeit</p>
<p>Einseitige Frakturen der unteren Extremitäten (z. B. Hüfte, Knie, Fuß)</p>	<p>Keine Einschränkung der Selbsthilfefähigkeit</p>
<p>Beidseitige Frakturen der unteren Extremitäten</p>	<p>Einschränkung der Selbsthilfefähigkeit</p>
<p>Beidseitige Frakturen der oberen Extremitäten und der unteren Extremitäten</p>	<p>Einschränkung der Selbsthilfefähigkeit</p>
<p>Beidseitige Frakturen der oberen Extremitäten und der unteren Extremitäten mit Verletzungen des Beckens</p>	<p>Einschränkung der Selbsthilfefähigkeit</p>
<p>Beidseitige Frakturen der oberen Extremitäten und der unteren Extremitäten mit Verletzungen des Beckens und der Wirbelsäule</p>	<p>Einschränkung der Selbsthilfefähigkeit</p>
<p>Beidseitige Frakturen der oberen Extremitäten und der unteren Extremitäten mit Verletzungen des Beckens, der Wirbelsäule und des Kopfes</p>	<p>Einschränkung der Selbsthilfefähigkeit</p>
<p>Beidseitige Frakturen der oberen Extremitäten und der unteren Extremitäten mit Verletzungen des Beckens, der Wirbelsäule, des Kopfes und des Halses</p>	<p>Einschränkung der Selbsthilfefähigkeit</p>
<p>Beidseitige Frakturen der oberen Extremitäten und der unteren Extremitäten mit Verletzungen des Beckens, der Wirbelsäule, des Kopfes, des Halses und der Brust</p>	<p>Einschränkung der Selbsthilfefähigkeit</p>

# § 37 SGB V

## Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung

Bundesrecht

Fünfter Abschnitt – Leistungen bei Krankheit → Erster Titel – Krankenbehandlung

**Titel:** Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)  
Gesetzliche Krankenversicherung

**Normgeber:** Bund

**Amtliche Abkürzung:** SGB V

**Gliederungs-Nr.:** 860-5

**Normtyp:** Gesetz

### § 37 SGB V – Häusliche Krankenpflege

(1) <sup>1</sup> 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. <sup>2</sup> § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. <sup>3</sup> Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. <sup>4</sup> Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. <sup>5</sup> 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.

Absatz 1 Satz 1 geändert durch G vom 26. 3. 2007 (BGBl I S. 378). Satz 2 eingefügt durch G vom 26. 3. 2007 (a. a. O.); bisherige Sätze 2 bis 4 wurden Sätze 3 bis 5.

(1a) <sup>1</sup> 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 mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches vorliegt, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. <sup>2</sup> Absatz 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

Absatz 1a eingefügt durch G vom 10. 12. 2015 (BGBl I S. 2229). Satz 1 geändert durch G vom 23. 12. 2016 (BGBl I S. 3191).

(2) <sup>1</sup> 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 als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. <sup>2</sup> § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. <sup>3</sup> Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. <sup>4</sup> Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. <sup>5</sup> Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. <sup>6</sup> Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. <sup>7</sup> Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird. <sup>8</sup> Versicherte erhalten in stationären Einrichtungen im Sinne des § 43a des Elften Buches Leistungen nach Satz 1, wenn der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert.

Absatz 2 neugefasst durch G vom 26. 6. 1990 (BGBl I S. 1211). Satz 1 neugefasst durch G vom 26. 3. 2007 (BGBl I S. 378), geändert durch G vom 21. 12. 2015 (BGBl I S. 2424). Satz 2 neugefasst und Satz 3 eingefügt durch G vom 26. 3. 2007 (a. a. O.); bisherige Sätze 3 bis 5 wurden (geändert) Sätze 4 bis 6. Satz 4 eingefügt durch G vom

(5) 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).

**(6) Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V (Unterstützungspflege):**

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 mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 nach dem SGB XI darf nicht vorliegen (vgl. Abschnitt 3.2 "Anspruchsvoraussetzungen nach § 37 Abs. 1a SGB V").

**(7) Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V (Sicherungspflege):**

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 mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 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.

(8) 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).

(9) 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.

---

Rechtsstand: 06.12.2016

Gilt bis:

Fassung vom:

Fundstelle:

### Tit. 3.1 RdSchr. 16c

## Gemeinsames Rundschreiben vom 20.06.2016 zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Gesetzes zur Reform der Struktur der Krankenversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KSHG) zur Haushaltshilfe, häuslichen Krankenpflege und Kurzzeitpflege

### Tit. 3 – Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V

<b>Titel:</b> Gemeinsames Rundschreiben vom 20.06.2016 zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Gesetzes zur Reform der Struktur der Krankenversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KSHG) zur Haushaltshilfe, häuslichen Krankenpflege und Kurzzeitpflege	<b>Normgeber:</b> Bund
<b>Redaktionelle Abkürzung:</b> RdSchr. 16c	<b>Gliederungs-Nr.:</b> [keine Angabe]
<b>Normtyp:</b> Rundschreiben	

#### Tit. 3.1 RdSchr. 16c – Allgemeines

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

(2) 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).

(3) 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:

#### **(4) Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V (Krankenhausvermeidungs- und -verkürzungspflege):**

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

14. 6. 2007 (BGBl I S. 1066); bisherige Sätze 4 bis 6 wurden Sätze 5 bis 7. Satz 6 geändert durch G vom 21. 12. 2015 (a. a. O.), Satz 8 angefügt durch G vom 23. 12. 2016 (BGBl I S. 3191).

(2a) <sup>1</sup>Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. <sup>2</sup>Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Absatz 1 Satz 5 anzunehmen. <sup>3</sup>§ 37b Absatz 4 gilt für die häusliche Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung entsprechend.

Absatz 2a eingefügt durch G vom 1. 12. 2015 (BGBl I S. 2114).

(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 Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.

Absatz 5 angefügt durch G vom 14. 11. 2003 (BGBl I S. 2190).

(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.

Absatz 6 angefügt durch G vom 26. 3. 2007 (BGBl I S. 378). Satz 2 gestrichen durch G vom 21. 12. 2015 (BGBl I S. 2424).

(7) <sup>1</sup>Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § 92 unter Berücksichtigung bestehender Therapieangebote das Nähere zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden. <sup>2</sup>Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden kann auch in spezialisierten Einrichtungen an einem geeigneten Ort außerhalb der Häuslichkeit von Versicherten erfolgen.

Absatz 7 angefügt durch G vom 4. 4. 2017 (BGBl I S. 778).

Zu § 37: Vgl. Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, RdSchr. 88 c Zu § 37 SGB V, RdSchr. 03 o Zu § 37 SGB V, RdSchr. 07 e Zu § 37 SGB V, RdSchr. 16 c zu § 37 SGB V.

**Rechtsstand:** 11.04.2017

**Gilt bis:**

**Fundstelle:**

**Fassung vom:**

---

© 2018 Wolters Kluwer Deutschland GmbH