

Hilfsmittel - Abgrenzung KV/PV

Normen

§ 33 SGB V
§ 40 Abs. 1 SGB XI

Kurzinfo

Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel, soweit diese im Einzelfall erforderlich sind, um eine Krankheit zu behandeln oder eine Behinderung auszugleichen.

Dient ein Hilfsmittel sowohl der Krankenbehandlung als auch der Erleichterung der Pflege, ist die Krankenversicherung zuständig (z.B. für einen Badewannendifter, der sowohl dem Ausgleich fehlender Mobilität dient als auch die Pflege erleichtert).

Zweifelsfälle können mit dem Hilfsmittelverzeichnis einschließlich Pflegehilfsmittelverzeichnis des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen geklärt werden. Welche Hilfen bei Unterbringung in Pflegeeinrichtungen von der Krankenkasse oder vom Träger der Einrichtung zu übernehmen sind, ergibt sich aus den Gemeinsamen Verlautbarungen der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 26.03.2007 .

Information

Ausstattung der Pflegeheime mit technischen Hilfsmitteln

Pflegeheime sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft

- gepflegt und ganztägig (vollstationär),
- nur tagsüber oder
- nur nachts (teilstationär)

untergebracht und gepflegt werden können (§ 71 Abs. 2 SGB XI).

Hilfsmittel, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen, gehören zum Leistungskatalog der GKV (vgl. § 33 Abs. 1 SGB V). Um in der Praxis eine Zuordnung darüber vornehmen zu können, ob ein Hilfsmittel zu den pflegebedingten Anlagegütern eines Pflegeheims gehört oder i.R.d. § 33 SGB V zulasten der Krankenkasse verordnet werden kann, bedarf es entsprechender Abgrenzungskriterien.

Grundsätzlich kann ein Hilfsmittel i.S.d. § 33 SGB V nur dann bei Heimbewohnern in Betracht kommen, wenn dieses ausschließlich von dem betroffenen Versicherten genutzt wird. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn individuelle Anpassungen notwendig sind, wie etwa bei einem Krankenfahrstuhl. Die Hilfsmittel als pflegenotwendige Anlage- oder Verbrauchsgüter eines Pflegeheims werden in einem besonderen Katalog der Spitzenverbände der Pflegekassen aufgelistet (vgl. Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 26.03.2007 unter Anlage 1).

So werden z.B. Schieberollstühle, Dusch- oder Toilettenstühle häufig in Pflegeeinrichtungen eingesetzt, aber nicht krankheits- bzw. behinderungsbedingt ständig ausschließlich von einem Versicherten genutzt, sondern von mehreren Personen. Außerdem helfen sie "Dritten", also dem Pflegepersonal, den Aufwand an pflegerischen Maßnahmen zu reduzieren. Bei solchen Fallgestaltungen entfällt die Leistungspflicht der Krankenkasse.

Abgrenzungskatalog für Hilfsmittel zwischen Kranken- und Pflegeversicherung

Seit Jahren ist umstritten, unter welchen Voraussetzungen Hilfsmittel bei vollstationärer Pflege von einer Pflegeeinrichtung (Pflegeheim) i.S.d. § 71 Abs. 2 SGB XI vorgehalten werden müssen bzw. wann diese von den Krankenkassen zu finanzieren sind. Nach vier Grundsatzentscheidungen des Bundessozialgerichts (BSG) vom 10.02.2000 ist die GKV für medizinisch notwendige, individuell für den einzelnen Versicherten bestimmte Hilfsmittel auch dann leistungspflichtig, wenn sich ein Versicherter in einem Pflegeheim befindet und dort vollstationär gepflegt wird. Ferner hat sie für Produkte einzustehen, die regelmäßig außerhalb der stationären Einrichtung benötigt werden (Sphärentheorie). Die Pflegeheime müssen demgegenüber die i.R.d. üblichen Pflegebetriebs notwendige Sachausstattung in ausreichender Weise vorhalten.

Doppelfunktionale Hilfsmittel

Für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die sowohl den Zwecken der Pflege- als auch denen der Krankenversicherung dienen können, prüft der Leistungsträger, bei dem die Leistung beantragt wird, ob ein Anspruch gegenüber der Krankenkasse oder der Pflegekasse besteht, und entscheidet über die Bewilligung der Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel (§ 40 SGB XI). Zur Gewährleistung einer entsprechenden Abgrenzung der Leistungsverpflichtungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung werden die Ausgaben für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel zwischen der jeweiligen Krankenkasse und der bei ihr errichteten Pflegekasse in einem bestimmten Verhältnis pauschal aufgeteilt. Der GKV-Spitzenverband bestimmt in Richtlinien die Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, das Verhältnis, in dem die Ausgaben aufzuteilen sind, sowie die Einzelheiten zur Umsetzung der Pauschalierung. Die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Festlegung der doppelfunktionalen Hilfsmittel vom 20.12.2013 sind am 01.01.2014 in Kraft getreten. Diese Regelungen gelten nicht für Ansprüche auf Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel von Pflegebedürftigen, die sich in vollstationärer Pflege befinden, sowie von Pflegebedürftigen mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge (§ 28 Abs. 2 SGB XI).

Allerdings kommt es nach Auffassung des Bundessozialgerichts im Verhältnis zum Versicherten nicht darauf an, ob ein Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel in den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes aufgeführt ist, es genügt vielmehr, dass es potentiell doppelfunktional ist.