

Gemeinsame Stellungnahme

Verband der Krankenversicherten Deutschlands e.V. (VKVD)
Arbeitsgemeinschaft privater Pflegeheime e.V. (aph)
Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed)
Bundesverband homecare e.v. (bvhc)
Diätverband e.V.
Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (V.F.E.D.)

zur Hilfsmittelversorgung im Pflegeheim

I. Ausgangslage

Seit einigen Monaten nehmen immer mehr Krankenkassen die sogenannten Rollstuhllurteile des Bundessozialgerichtes (BSG) vom 10. Februar 2000 (z.B. Az: B 3 KR 26/99) zum Anlass, die Kostenübernahme für medizinisch notwendige Hilfsmittel bei Bewohnern vollstationärer Pflegeeinrichtungen pauschal abzulehnen. Die Krankenkassen vertreten die Auffassung, dass die ärztlich verordneten Hilfsmittel dem Bereich der Pflege zuzuordnen seien und von den Pflegeheimen vorzuhalten seien.

II. Stellungnahme

Die Unterzeichner weisen darauf hin, dass medizinisch notwendige Hilfsmittel zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören und daher von den Krankenkassen zu finanzieren sind. Die Unterzeichner begründen ihre Auffassung wie folgt:

1. Vorrangiger Leistungsanspruch gegenüber der Krankenversicherung

Nach § 33 SGB V haben gesetzlich Krankenversicherte Anspruch auf Versorgung mit Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen.

Der vorrangige Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber der Krankenkasse ergibt sich u.a. aus § 78 SGB XI. Bei jedem Leistungsantrag eines Versicherten ist daher zunächst zu prüfen, ob und wenn ja, welche Krankheit vorliegt und ob das beantragte Hilfsmittel den Erfolg einer Krankenbehandlung sichert oder dem Ausgleich einer Behinderung dient. Liegt eine medizinische Indikation vor, ist die Krankenkasse der zuständige Leistungsträger. Dient das Hilfsmittel hingegen ausschließlich/primär der Pflegeererleichterung, ist das Pflegeheim bzw. die Pflegeversicherung für die Kostenübernahme zuständig. Nach § 4 SGB XI obliegt die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung Pflegebedürftiger der Pflegeversicherung und nicht der Krankenversicherung.

2. Verstoß gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz

Die Forderung der Krankenkassen, dass Hilfsmittel für Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen von den Heimen vorzuhalten seien, stellt einen Verstoß gegen das Grundgesetz dar. Diese Forderung widerspricht dem Gleichbehandlungsgrundsatz (Art. 3 GG). Während Pflegebedürftige, die Zuhause leben und von ihren Angehörigen versorgt werden, Hilfsmittel

zu Lasten der Krankenkassen individuell verordnet bekommen, müssten in Pflegeheimen untergebrachte Pflegebedürftige mit dem vom Pflegeheim standardmäßig vorgehaltenen Hilfsmitteln auskommen. Obwohl der Versicherte zur Sicherung des Behandlungserfolges eines spezifisches Hilfsmittel bedarf, wird dieses im letztlich verwehrt, weil der behandelnde Arzt das zur Sicherung des Behandlungserfolges erforderliche Hilfsmittel nicht mehr verordnen dürfte, da es dann nicht mehr zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehört. Damit würde der Pflegeheimbewohner schlechter gestellt werden, als derjenige im eigenen Zuhause.

3. Abhängigkeit des Leistungsanspruches vom Wohnort

Die Forderung der Krankenkassen stellt eine indirekte Beschneidung des Leistungskataloges der Krankenkasse dar. Während der Versicherte, der Zuhause von seinen Angehörigen betreut wird, Anspruch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln zu Lasten der Krankenkasse hat, entfällt dieser Anspruch, sobald sich der Gesundheitszustand des Versicherten derart verschlechtert, dass er Zuhause nicht mehr versorgt werden kann und in einer vollstationären Pflegeeinrichtung untergebracht werden muss. Dies kann dazu führen, dass ein zuvor von seinen Familienangehörigen versorgter Versicherte mit der Aufnahme in ein vollstationäres Pflegeheim nicht nur die individuelle Betreuung durch seine Angehörige verliert, sondern darüber hinaus, Hilfsmittel, die er bisher zur Sicherung seiner Krankenbehandlung benötigt hat, gewissermaßen an der Pforte des Pflegeheimes abgeben muss. Der Leistungsanspruch gegen die Krankenkasse würde somit vom Wohnort des Versicherten abhängig gemacht. Dies stellt sicher kein sachgerechtes Kriterium im Rahmen der Leistungsgewährung dar. Obwohl der Versicherte regelmäßig Jahrzehnte Beiträge in die Krankenversicherung einbezahlt hat, wird ihm im Leistungsfall nach § 27 SGB V Anspruch auf das Hilfsmittel verweigert.

Dies ist auch nicht mit dem Urteil des BSG vereinbar, welches explizit erwähnte, dass der Versorgungsanspruch nicht dadurch ausgeschlossen wird, dass sich der Versicherte im Pflegeheim aufhält.

4. Fehlende Übertragbarkeit der Abgrenzungskriterien des BSG

Nach Ansicht des 3. Senates des BSG sind Hilfsmittel zu Lasten der GKV ordnungsfähig,

- die individuell angepasst sind und ihrer Natur nach für den einzelnen Versicherten bestimmt und grundsätzlich nur für ihn verwendbar sind (Brillen, Hörgeräte, Prothesen) oder
- die der Befriedigung eines allgemeinen Grundbedürfnisses (z.B. Kommunikation oder Mobilität) außerhalb des Pflegeheims dienen.

Die vom BSG aufgeführten Kriterien sind auf einen großen Teil der von vollstationären Pflegeheimbewohner benötigten Hilfsmittel nicht übertragbar.. Die Auswahl der Kriterien zeigen deutlich, dass im Fokus der Abgrenzung – es ging bei dem betreffenden Urteile um einen Rollstuhl - Hilfsmittel standen, die der Fortbewegung dienen. Ein nicht unerheblicher Teil der vollstationären Pflegeheimbewohner ist aber bettlägerig. Das Kriterium der Mobilität ist daher für einen großen Teil der betroffenen Heimbewohner nicht sachgerecht.

Am Rande sei hier erwähnt, dass das BSG bei seiner Entscheidungsbegründung auf die Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 26. Mai 1997 zurückgreift und dabei außer Acht gelassen hat, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen diese genau ein Jahr später am 26. Mai 1998 revidiert hat.

5. Ausweitung des Verantwortungsbereiches der Pflegeheime

Der Gesetzgeber sieht in § 72 Abs. 1 SGB XI vor, dass zwischen Pflegeheim und Pflegekasse eine Vereinbarung über Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen getroffen wird, nicht aber über die vorzuhaltende Ausstattung. Pflegeheime haben nach § 72 Abs. 3 SGB XI eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung zu gewährleisten.

Fällt der Bereich Hilfsmittelversorgung und damit der Bereich der Krankenbehandlung in den Verantwortungsbereich der Pflegeheime, widerspricht dies dem § 4 SGB XI, der als Art der Leistung den Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung nennt. Die Krankenbehandlung ist nicht als Leistung vorgesehen. Die Verschiebung der Hilfsmittelversorgung in den Bereich der Pflegeheime stellt, abgesehen von einer Verschiebung des Verantwortungsbereichs, eine enorme Erweiterung des Aufgabenbereichs der Pflegeheime dar, denn zukünftig müssten die Pflegeheime über die Versorgung der Heimbewohner mit Hilfsmitteln entscheiden. Dies war bisher die Aufgabe des behandelnden Arztes. Die Übertragung dieses Aufgabenbereiches auf die Pflegeheime hieße aber einen Teil der Therapiehoheit des Arztes an die Pflegeheime weiterzugeben.

Neben der Überantwortung der Krankenbehandlung auf die Pflegeheime sind diese dann auch für die Verwaltung, Wartung, Reparatur und Lagerung der Hilfsmittel zuständig. Das Pflegeheim wäre damit verpflichtet, die Fachkräfte (z.B. Medizinprodukteberater; -techniker) vorzuhalten, die über das erforderliche Fachwissen verfügen.

Fazit:

Eine pauschale und undifferenzierte Kostenverschiebung der Hilfsmittelversorgung zu Lasten der Pflegeheime kann weitreichende Folgen für die Patienten haben. Eine medizinisch notwendige Versorgung der Patienten nach den allgemein anerkannten Standards der medizinischen Erkenntnisse bzw. des medizinischen Fortschrittes ist dann nicht mehr sichergestellt. Es besteht die Gefahr der medizinischen Unter- und Fehlversorgung, verbunden mit zusätzlichen Kosten für die evtl. stationäre Krankenbehandlung. Dies widerspricht den gesundheitspolitischen Zielsetzungen der Wirtschaftlichkeit und dem Prinzip "ambulant vor stationär".

Für den zusätzlichen Verantwortungsbereich der damit auf die Pflegeheime zukommt, fehlen bei den vollstationären Pflegeheimen die finanziellen und personellen Ressourcen. Diese können nur durch die Eigenbeteiligung der Patienten für die medizinisch notwendigen Hilfsmittel aufgefangen werden. Dies bedeutet eine Beschneidung des Leistungsanspruches für kranke alte Menschen, die pflegebedürftig sind und nicht Zuhause leben.

III. Empfehlung

Für die Abgrenzung der Kostenzuständigkeit Krankenkasse – Pflegeheim sind die Abgrenzungskriterien des BSG nicht ausreichend.

Es muss auch zukünftig überprüft werden, ob ein Hilfsmittel der **Krankenbehandlung** dient, dann sind die Kosten von der **Krankenkasse** zu tragen. Dient es vorwiegend bzw. ausschließlich der **Pflegeerleichterung**, fällt es in die Kostenzuständigkeit des **Pflegeheims**.

Eine Leistungspflicht der GKV nach § 33 SGB V kann dahingehend abgegrenzt werden, wenn das Hilfsmittel

- medizinisch indiziert und
- im Einzelfall erforderlich ist und
- eine individuelle Anpassung erfordert oder
- ausschließlich dem/der betroffenen Versicherten zur alleinigen Nutzung zur Verfügung steht.

Eine bundesweit einheitliche Regelung der Kostenzuständigkeit für Hilfsmittel im Pflegeheim ist zu begrüßen. Eine solche Regelung muss den Sachbearbeitern der Krankenkassen bei der Beurteilung der Leistungspflicht für Hilfsmittel eine klare und eindeutige Entscheidungshilfe geben.

Um Missverständnisse zu vermeiden, muss ein produktgruppenbezogener Abgrenzungskatalog im Einklang mit allgemein festgelegten Abgrenzungskriterien stehen. Seine Vollständigkeit ist von mehreren Fachgremien zu überprüfen.

Die Regelung der Kostenzuständigkeit darf nicht dazu führen, dass zur finanziellen Entlastung der Krankenkasse, die medizinisch notwendige und qualitativ hochwertige Krankenbehandlung der Versicherten in Pflegeheimen eingeschränkt oder beeinträchtigt wird.

Berlin, den 2. Oktober 2001