



Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn

- bundesunmittelbare Pflegekassen-

nachrichtlich

- Bundesministerium für Gesundheit
- Spitzenverband Bund der Pflegekassen
- Spitzenverbände der Pflegekassen
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen
- Spitzenverbände der Krankenkassen
- Aufsichtsbehörden der Länder
- bundesunmittelbare Krankenkassen

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 (0) 228 619 - 1625
FAX +49 (0) 228 619 - 1866
E-MAIL AbteilungI@bva.de
INTERNET www.bundesversicherungsamt.de
BEARBEITER(IN) Michael Mühlhoff

DATUM 01. September 2008
AZ **II 5 - 5710.5 - 29/2005**
(bei Antwort bitte angeben)

Abgrenzung der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Hilfsmittel gemäß § 33 SGB V von der Leistungspflicht der sozialen Pflegeversicherung (SPV) für Pflegehilfsmittel gemäß § 40 Abs. 1 SGB XI

hier: Urteil des Bundessozialgerichtes vom 15.11.2007 (Az. B 3 A 1/07 R)

RUNDSCHREIBEN

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Bundessozialgericht (BSG) hat mit seinem o. g. Urteil ausführlich zur Abgrenzung der Leistungspflicht zwischen Krankenkassen und Pflegekassen bei der Gewährung von Hilfsmitteln bzw. Pflegehilfsmitteln im Bereich der häuslichen Pflege Stellung genommen und unsere mit Rundschreiben vom 15.03.2005 dargelegte Rechtsauffassung bestätigt.

Mit den folgenden Ausführungen konkretisieren wir unsere aufsichtsrechtliche Haltung zur Anwendung des § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI und bitten Sie, in diesem Sinne für eine entsprechende Bearbeitungspraxis Sorge zu tragen.

Eine Leistungsentscheidung ist nach den folgenden Kriterien vorzunehmen:

I. Abgrenzungsprüfung

Nach dem Urteil des BSG hat die Krankenkasse vorgreiflich eine Entscheidung zu treffen. Deren Ablehnungsentscheidung ist jeweils Voraussetzung für die Prüfung eines Leistungsantrages durch die Pflegekasse unter dem Blickwinkel einer Hilfsmittelbewilligung nach § 40 Abs. 1 SGB XI (BSG, Urteil vom 15.11.2007, B 3 A 1/07 R, juris Rn. 37).

Es ist somit stets vorrangig die Leistungspflicht der Krankenversicherung nach § 33 SGB V zu prüfen, und zwar nach den vom BSG in ständiger Rechtsprechung zu dieser Vorschrift auch schon vor der Einführung des SGB XI entwickelten Maßstäben. Die Regelung des § 40 Abs. 1 SGB XI kann bei dieser Prüfung zunächst keine Rolle spielen, weil eine Zuständigkeitsverlagerung zu Lasten der Pflegeversicherung weder vom Gesetzgeber bezweckt war noch stattgefunden hat (BSG, Urteil vom 15.11.2007, B 3 A 1/07 R juris Rn. 27).

Erst nach Abschluss dieser Prüfung ist der Weg für eine Anspruchsprüfung nach § 40 Abs. 1 SGB XI eröffnet.

Wie wir bereits in unserem Rundschreiben vom 15.03.2005 dargelegt haben, ist die Prüfung des Anspruchs nach § 40 Abs. 1 SGB XI unter Berücksichtigung der Umstände des konkreten Einzelfalls durchzuführen (gleichlautend BSG, Urteil vom 15.11.2007, B 3 A 1/07 R, juris Rn. 24, 27) und nachvollziehbar zu dokumentieren. Wir sehen dabei eine genaue Darlegung, für welche Verrichtungen und in welchem Umfang das Hilfsmittel eingesetzt werden soll, als unverzichtbar an. Eine Darlegung durch Ankreuzen der Tatbestandsmerkmale nach § 40 Abs. 1 SGB XI in einem Formular oder ein bloßer Verweis auf das Gutachten des Medizinischen Dienstes genügt dem Anspruch einer nachvollziehbaren Dokumentation nicht.

Die Regelung des § 40 Abs. 1 SGB XI nennt folgende Kriterien für eine solche Prüfung:

- Erleichterung der Pflege eines Pflegebedürftigen
- Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen
- Ermöglichung einer selbstständigeren Lebensführung

Das BSG hat ausdrücklich betont, dass ein Anspruch auf Gewährung eines Gegenstandes als Pflegehilfsmittel auch heute nur dann gegeben ist, wenn der Gegenstand **allein oder**

„**ganz überwiegend**“ einem der o. g. Zwecke dient. Der Vorsitzende Richter hat in der mündlichen Urteilsbegründung zu der Entscheidung vom 15.11.2007 am Beispiel des Behinderungsausgleichs ausgeführt, dass dieses Überwiegen der o. g. Tatbestände vorliegt, wenn der Behinderungsausgleich „nur noch im Reflex“ stattfindet.

Nach den Erläuterungen des BSG bedeutet dies, dass ein Anspruch auf Gewährung eines Gegenstandes als Pflegehilfsmittel dann in Betracht kommt, wenn im konkreten Einzelfall **zwar marginal** bzw. **in äußerst geringem Maß** noch ein Behinderungsausgleich vorstellbar ist, der Aspekt der Pflegeerleichterung aber so weit überwiegt, dass es nicht gerechtfertigt wäre, trotz des im Interesse der Versicherten gebotenen großzügigen Maßstabs bei der Prüfung des § 33 SGB V eine Leistungspflicht der Krankenkasse zu bejahen (BSG; Urteil vom 15.11.2007, B 3 A 1/07 R, juris Rn. 28).

Fazit

Von der Leistungspflicht der sozialen Pflegeversicherung ist auszugehen, wenn die Gewährung eines Gegenstandes als Hilfsmittel im Einzelfall

- ausschließlich den Tatbestandsmerkmalen des § 40 Abs. 1 SGB XI dient

oder

- ganz überwiegend den Tatbestandsmerkmalen des § 40 Abs. 1 SGB XI dient und nur marginal bzw. in äußerst geringem Maß, also nur im Reflex, ein Tatbestandsmerkmal des § 33 SGB V (z. B. Behinderungsausgleich) erfüllt wird.

II. Bedeutung der Hilfsmittelverzeichnisse

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt ein systematisch strukturiertes **Hilfsmittelverzeichnis**. In dem Verzeichnis sind von der Leistungspflicht umfasste Hilfsmittel aufzuführen (§ 139 Abs. 1 SGB V).

§ 78 Abs. 2 Satz 2 SGB XI regelt, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen als Anlage zu dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V ein systematisch strukturiertes **Pflegehilfsmittelverzeichnis** erstellt. Darin sind die von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfassten Pflegehilfsmittel aufzuführen, soweit diese nicht bereits im (GKV) -Hilfsmittelverzeichnis enthalten sind.

Mithin bleiben für das Pflegehilfsmittelverzeichnis „an sich“ nur jene Mittel übrig, die generell nach ihrer Konstruktion, Ausstattung, Funktion und Zweckbestimmung die Pflege erleichtern, die Beschwerden lindern bzw. eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen, ohne zugleich im Hilfsmittelverzeichnis der GKV verzeichnet oder als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens einzustufen zu sein (BSG, Urteil vom 15.11.2007, B 3 A 1/07 R, juris Rn. 23).

Der Rechtsnatur nach stellen beide Hilfsmittelverzeichnisse keine Rechtsnorm dar und erstrecken sich nicht auf den Sachleistungsanspruch des Versicherten (vgl. Gerhard Dalichau / Lutz Müller-Alten, SGB XI - Pflegeversicherung, Kommentar und Rechtssammlung, Stand 01.04.2008, § 78, Erläuterungen 2.3. [„Pflegehilfsmittelverzeichnis“], S. 26).

Nach ständiger Rechtsprechung des BSG verkörpern sie auch keine abschließende, die Leistungspflicht der Krankenkassen oder Pflegekassen im Sinne einer „Positivliste“ beschränkende Regelung. Dem hat mittlerweile auch der Gesetzgeber Rechnung getragen, indem er durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.03.2007 redaktionelle Änderungen vorgenommen hat. Beide Verzeichnisse sind als reine Auslegungs- und Orientierungshilfen für die medizinische und pflegerische Praxis zu verstehen (BSG, Urteil vom 15.11.2007, B 3 A 1/07 R, juris Rn. 20).

In diesem Zusammenhang ist allerdings darauf hinzuweisen, dass die Hilfsmittelverzeichnisse bis dato nicht gesetzeskonform geführt werden, da sie „Doppellistungen“ aufweisen. So sind bspw. in den Verzeichnissen Gegenstände gelistet, die sich lediglich in der Artikelbezeichnung unterscheiden (z. B. behindertengerechtes Bett / Pflegebett), so dass auch aus diesem Grunde eine an dem Pflegehilfsmittelverzeichnis orientierte Leistungsentscheidung ausscheidet.

Das BSG führt aus, dass ein Hilfsmittel in das Verzeichnis der GKV aufzunehmen ist, wenn es nach seiner Konstruktion, Ausstattung, Funktion und Zweckbestimmung generell dazu geeignet ist, den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Unerheblich ist hingegen, ob der Gegenstand nach seiner Konstruktion, Ausstattung, Funktion und Zweckbestimmung **nur** oder **auch** einem der genannten Ziele dient. Trifft dies zu, ist ein Hilfsmittel in das Hilfsmittelverzeichnis der GKV einzutragen, auch wenn es dazu beitragen kann, die Pflege eines Pflegebedürftigen zu erleichtern bzw. seine Beschwerden zu lindern oder ihm eine selbstständigere

Lebensführung zu ermöglichen. Inbesondere die dem Behinderungsausgleich - nur oder auch - dienenden Hilfsmittel wirken in der Regel auch pflegeteichternd. Dennoch bleibt es bei der Zuständigkeit der Krankenkasse nach § 33 SGB V (BSG, Urteil vom 15.11.2007, B 3 A 1/07 R, juris Rn. 21).

Wir bitten Sie, entsprechend unseren o. g. Ausführungen zu verfahren.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

gez. Christmann

Beglaubigt:

Verw.-Angest.