

Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften
Politikwissenschaften
Blockseminar „Pflege und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“
vom 30.6. – 4.7.2014

Donnerstag, 3.7.14

Defizite der pflegerischen Versorgung
Hilfsmittelversorgung

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf

Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen (§ 45c SGB XI)

- (1) Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte **insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige** fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 25 Millionen Euro je Kalenderjahr den Auf- und Ausbau von **niedrigschwelligen Betreuungsangeboten** sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10 vom Hundert des in Satz 1 genannten Fördervolumens.
- (2) Der Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt eine Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebotedurch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft. Der Zuschuss wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss, der vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, so dass insgesamt ein Fördervolumen von 50 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht wird.

Fördermittel zur Entwicklung nichtstationärer Versorgung

Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI) – Wohnumfeldverbesserung -

- (4) Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für *Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen* gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird.
- Die Höhe der Zuschüsse ist unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme *sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit von dem Einkommen des Pflegebedürftigen zu bemessen*. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 2 557 Euro je Maßnahme nicht übersteigen.
- (5) Für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die sowohl den in § 23 und § 33 des Fünften Buches als auch den in Absatz 1 genannten Zwecken 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.

§ 45 e SGB XI

Anschubfinanzierung betreute Wohngruppen

- (1) Zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen wird Pflegebedürftigen, die Anspruch auf Leistungen nach § 38a haben und die an der gemeinsamen Gründung beteiligt sind, für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung zusätzlich zu dem Betrag nach § 40 Absatz 4 einmalig ein Betrag von bis zu 2 500 Euro gewährt. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10 000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt.
- (2) Die Pflegekassen zahlen den Förderbetrag aus, wenn die Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe nachgewiesen wird

§ 45f SGB XI

Weiterentwicklung neuer Wohnformen

- (1) Zur wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen werden zusätzlich 10 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Dabei sind insbesondere solche Konzepte einzubeziehen, die es alternativ zu stationären Einrichtungen ermöglichen, außerhalb der vollstationären Betreuung bewohnerorientiert individuelle Versorgung anzubieten

Leistungen für Versicherte mit erheblichem
allgemeinem Betreuungsbedarf und
Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Berechtigter Personenkreis (§ 45a SGB XI)

- (1) Die Leistungen in diesem Abschnitt betreffen Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen **neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege** und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15) **ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist**. Dies sind
1. Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III sowie
 2. Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht,
- mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung **Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben**.

Berechtigter Personenkreis (§ 45a SGB XI)

- Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes bei dem Pflegebedürftigen **wenigstens in zwei Bereichen**, davon **mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt**.
- Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene**das Nähere** zur einheitlichen Begutachtung und Feststellung des erheblichen und dauerhaften Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung. (Richtlinien)

(2) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
4. tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Zusätzliche **Betreuungsleistungen** (§ 45b SGB XI)

- (1) Versicherte, die die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, können **je nach Umfang** des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs **zusätzliche Betreuungsleistungen** in Anspruch nehmen.
- Die Kosten hierfür werden ersetzt, **höchstens jedoch 100 Euro monatlich** (Grundbetrag) oder **200 Euro monatlich** (erhöhter Betrag).
 - Die Höhe des jeweiligen Anspruchs nach Satz 2 wird von der Pflegekasse auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Einzelfall festgelegt und dem Versicherten mitgeteilt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt **.....Richtlinien über einheitliche Maßstäbe zur Bewertung des Hilfebedarfs**zur Bemessung der jeweiligen Höhe des Betreuungsbetrages;
 - Der Betrag ist **zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen**. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen
 1. der Tages- oder Nachtpflege,
 2. der Kurzzeitpflege,
 3. der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, oder
 4. der nach Landesrecht anerkannten niedrigschweligen Betreuungsangebote, die nach § 45c gefördert oder förderungsfähig sind.

Niedrigschwellige Betreuungsangebote (§ 45c SGB XI)

- (3) Niedrigschwellige Betreuungsangebote ... sind Betreuungsangebote, in denen **Helfer und Helferinnen** unter pflegefachlicher Anleitung **die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung** in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige **entlasten und beratend unterstützen**.
- Die Förderung dieser niedrigschwelligen Betreuungsangebote erfolgt als **Projektförderung** und dient insbesondere dazu, **Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlichen Betreuungspersonen zu finanzieren**, sowie notwendige **Personal- und Sachkosten, die mit der Koordination und Organisation der Hilfen und der fachlichen Anleitung und Schulung der Betreuenden durch Fachkräfte** verbunden sind.
 - Dem Antrag auf Förderung ist ein Konzept zur Qualitätssicherung des Betreuungsangebotes beizufügen. Aus dem Konzept muss sich ergeben, dass **eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung** der ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert ist.
 - Als grundsätzlich förderungsfähige niedrigschwellige Betreuungsangebote kommen in Betracht Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige im Sinne des § 45a sowie Familienentlastende Dienste

Förderung der ehrenamtlichen Strukturen sowie der Selbsthilfe (§ 45d SGB XI)

- (1) In entsprechender Anwendung des § 45c können die dort vorgesehenen Mittel des Ausgleichsfonds, die dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenziell Erkrankte zur Verfügung stehen, auch verwendet werden zur Förderung und zum Auf- und Ausbau
1. von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die sich die Unterstützung, allgemeine Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben, und
 2. von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben.
- (2) Selbsthilfegruppen im Sinne von Absatz 1 sind freiwillige, neutrale, unabhängige und nicht gewinnorientierte Zusammenschlüsse von Personen, die entweder auf Grund eigener Betroffenheit oder als Angehörige das Ziel verfolgen, durch persönliche, wechselseitige Unterstützung, auch unter Zuhilfenahme von Angeboten ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zu verbessern.
 - Selbsthilfeorganisationen im Sinne von Absatz 1 sind die Zusammenschlüsse von Selbsthilfegruppen nach Satz 1 in Verbänden. Selbsthilfekontaktstellen im Sinne von Absatz 1 sind örtlich oder regional arbeitende professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal, die das Ziel verfolgen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zu verbessern.

Selbsthilfegruppen/Selbsthilfeorganisationen (§ 45d Abs. 2 SGB XI)

- (2) Selbsthilfegruppen im Sinne ...sind freiwillige, neutrale, unabhängige und nicht gewinnorientierte Zusammenschlüsse von Personen, die entweder auf Grund eigener Betroffenheit oder als Angehörige das Ziel verfolgen, durch persönliche, wechselseitige Unterstützung, auch unter Zuhilfenahme von Angeboten ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zu verbessern.
- Selbsthilfeorganisationen ...sind die Zusammenschlüsse von Selbsthilfegruppen ... in Verbänden.
 - Selbsthilfekontaktstellen im Sinne ...sind örtlich oder regional arbeitende professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal, die das Ziel verfolgen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zu verbessern.

Nichtstationäre Versorgung

Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung - § 38 SGB XI)

- Nimmt der Pflegebedürftige die ihm nach § 36 Abs. 3 und 4 zustehende Sachleistung nur teilweise in Anspruch, erhält er daneben ein anteiliges Pflegegeld im Sinne des § 37.
- Das Pflegegeld wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem der Pflegebedürftige Sachleistungen in Anspruch genommen hat.
- An die Entscheidung, in welchem Verhältnis er Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen will, ist der Pflegebedürftige für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI)

- Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr;
- Voraussetzung ist, daß die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.
- Die Aufwendungen der Pflegekassen können sich im Kalenderjahr auf bis zu 1.470 Euro ab 1. Juli 2008, auf bis zu 1.510 Euro ab 1. Januar 2010 und auf bis zu 1.550 Euro ab 1. Januar 2012 belaufen, wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.
- Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Abs. 1 nicht überschreiten, es sei denn, die Ersatzpflege wird erwerbsmäßig ausgeübt; in diesen Fällen findet der Leistungsbetrag nach Satz 3 Anwendung.
- Bei Bezug der Leistung in Höhe des Pflegegeldes für eine Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, können von der Pflegekasse auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, übernommen werden. Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 4 und 5 dürfen zusammen den in Satz 3 genannten Betrag nicht übersteigen.

Häusliche Pflege durch Einzelpersonen (§ 77 SGB XI)

- 1) Zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und Betreuung sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung kann die zuständige Pflegekasse Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, soweit
 1. die pflegerische Versorgung ohne den Einsatz von Einzelpersonen im Einzelfall nicht ermöglicht werden kann,
 2. die pflegerische Versorgung durch den **Einsatz von Einzelpersonen** besonders wirksam und wirtschaftlich ist (§ 29),
 3. dies den Pflegebedürftigen in besonderem Maße hilft, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen (§ 2 Abs. 1), oder
 4. dies dem besonderen Wunsch der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe entspricht (§ 2 Abs. 2);
 - **Verträge mit Verwandten** oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, **sind unzulässig**.
 - In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Qualität, Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln;
 - die Vergütungen sind für Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie für Betreuungsleistungen nach § 36 Abs. 1 zu vereinbaren.
 - In dem Vertrag ist weiter zu regeln, daß die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen.
 - Die Pflegekassen können Verträge ...schließen, wenn dies zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung und der Betreuung ...unter **Berücksichtigung des in der Region vorhandenen ambulanten Leistungsangebots** oder um den Wünschen der Pflegebedürftigen zu entsprechen erforderlich ist.
- (2) **Die Pflegekassen** können bei Bedarf einzelne Pflegekräfte zur Sicherstellung der häuslichen Pflege **anstellen**, für die hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit und Qualität ihrer Leistungen die gleichen Anforderungen wie für die zugelassenen Pflegedienste nach diesem Buch gelten.

Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI) – Pflegehilfsmittel -

- (1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, *die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen,*
- soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind.
- Die Pflegekasse überprüft die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes.
- Entscheiden sich Versicherte für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Abs. 6 und 7 des Fünften Buches gilt entsprechend.
- (2) Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 31 Euro nicht übersteigen. Die Leistung kann auch in Form einer Kostenerstattung erbracht werden.

Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI) – Technische Pflegehilfsmittel -

- (3) Die Pflegekassen sollen technische Pflegehilfsmittel in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen.
- Lehnen Versicherte die leihweise Überlassung eines Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Kosten des Pflegehilfsmittels in vollem Umfang selbst zu tragen
 - Sie können die Bewilligung davon abhängig machen, daß die Pflegebedürftigen sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in seinem Gebrauch ausbilden lassen.
 - Der Anspruch umfaßt auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch.
 - Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Pflegehilfsmittel mit Ausnahme der Pflegehilfsmittel nach Absatz 2 eine Zuzahlung von zehn vom Hundert, höchstens jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel an die abgebende Stelle zu leisten.
 - Zur Vermeidung von Härten kann die Pflegekasse den Versicherten in entsprechender Anwendung des § 62 Abs. 1 Satz 1, 2 und 6 sowie Abs. 2 und 3 des Fünften Buches ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreien. Versicherte, die die für sie geltende Belastungsgrenze nach § 62 des Fünften Buches erreicht haben oder unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach Satz 4 erreichen, sind hinsichtlich des die Belastungsgrenze überschreitenden Betrags von der Zuzahlung nach diesem Buch befreit.

Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)

- (1) Pflegebedürftige haben Anspruch **auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege**, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die teilstationäre Pflege umfasst auch **die notwendige Beförderung** des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück.
- (2) Die Pflegekasse übernimmt im Rahmen der Leistungsbeträge nach Satz 2 die **pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege**, die **Aufwendungen der sozialen Betreuung** und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der **medizinischen Behandlungspflege**. Der Anspruch auf teilstationäre Pflege umfasst je Kalendermonat
 - 1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I einen Gesamtwert bis zu
 - c) 450 Euro ab 1. Januar 2012,
 - 2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II einen Gesamtwert bis zu
 - c) 1.100 Euro ab 1. Januar 2012,
 - 3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III einen Gesamtwert bis zu
 - c) 1.550 Euro ab 1. Januar 2012.
- (3) Pflegebedürftige können nach näherer Bestimmung der Absätze 4 bis 6 die Ansprüche auf Tages- und Nachtpflege, Pflegegeld und Pflegesachleistung nach ihrer Wahl miteinander kombinieren.

Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)

- (1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:
1. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
 2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.
- (2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.

Die Pflegekasse übernimmt die **pflegebedingten Aufwendungen**, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1.470 Euro ab 1. Juli 2008, 1.510 Euro ab 1. Januar 2010 und 1.550 Euro ab 1. Januar 2012 im Kalenderjahr.

Kurzzeitpflege bei Reha § 42 Abs. 4 SGBXI

(4) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation erbringen, wenn während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist.

Hilfsmittelrecht

SGB V / SGB IX/ SGB XI

I. Rechtsgrundlagen der Hilfsmittelversorgung

(alle „roten“ Vorschriften sind im Sinne des SGB IX auszulegen)

	Akut	MedReha § 31 SGB IX	LTA § 33 SGB IX	LTG § 55 SGB IX	Pflege
SGB V	§ 33	§ 33			
SGB VI		§ 15	§ 16		
SGB VII	§ 31	§ 31	§ 35	§ 39	§ 44
SGB III			§ 102		
SGB XII	§ 48	§ 54	§ 54	§ 54	§ 61
SGB VIII		§ 35a	§ 35a	§ 35a	
BVG	§ 13	§ 13	§ 26	§ 27d	§ 26c
SGB XI					§ 40

Rehabilitationsrecht der GKV nach dem SGB V

- Bis 31.12.1999 waren die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation der GKV Bestandteil der Krankenversorgung (§ 11 Abs. 2 idFd GRG:
 - „Zu den Leistungen nach Absatz 1 zählen auch...“
 - Zielorientierung entsprechend den Zielen nach § 27 SGB V
- § 11 Abs. 2 SGB V beginnt seit der Gesundheitsreform 2000 mit den Worten: „Jeder Versicherte hat auch Anspruch auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation...“
 - Bis 30.6.2001: Zielorientierung entsprechend dem Reha-AnglG
 - Ab 1.7.2001: Zielorientierung an den Zielen nach §§ 1, 4 Abs. 1, insbesondere § 26 Abs. 1 SGB IX

Rehabilitationsrecht der GKV nach dem SGB V

Problem:

Die mit der Gesundheitsreform 2000 in § 11 SGB V vollzogene Trennung von Krankenbehandlung und medizinischen Leistungen zur Rehabilitation wurde

- weder im nachfolgenden Leistungs- und Leistungserbringungsrecht des SGB V (ua §§ 33, 40) nachvollzogen
- noch – mit Ausnahme des § 11 Abs. 2 Satz 3 – in den Kontext des SGB IX gestellt.

III. 2. Besonderheiten im SGB V

- **Medizinische Rehabilitation ist nicht auf §§ 40-43 SGB V beschränkt**
- **Alle Leistungen nach § 26 SGB IX können auch in der GKV Leistungen zur Teilhabe sein (§ 11 Abs. 2 SGB V)**
- **Krankenbehandlung verfolgt auch rehabilitative Ziele (§ 27 SGB IX; § 2a SGB V; § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V)**
- **BSG prüft in der jüngeren Rechtsprechung Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich auch am Maßstab des SGB IX**

Gegenstand der medizinischen Reha der GKV

- Das SGB V enthält keine spezifischen Regelungen darüber,
 - was Gegenstand der medizinischen Reha der GKV ist
 - welche Ziele mit der Reha der GKV anzustreben sindund insoweit auch kein abweichendes Recht.
- Mangels spezifischer Vorschriften im SGB V ist deshalb für die GKV die Definition des § 26 SGB IX unmittelbar maßgebend (§ 11 Abs. 2 Satz 3 SGB V)
- Nach Abs. 2 Nr. 6 aaO können Hilfsmittel Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sein
- Letztlich verpflichtet § 27 SGB IX -unabhängig von § 7 SGB IX – die GKV ausdrücklich dazu, die in § 26 Abs. 1 IX genannten Ziele und § 10 SGB IX (Bedarfsfeststellungsverfahren) nicht nur bei Leistungen zur medizinischen Reha, sondern bei allen Leistungen der Krankenbehandlung anzuwenden.

Für die Hilfsmittel im Rahmen der medizinischen Rehabilitation gilt das Verfahrens- und Leistungserbringungsrecht des SGB IX

- Alle Leistungen der Rehabilitation können ohne ärztliche Verordnung auf Antrag geltend gemacht werden.
- Der Rehabilitationsträger ist nach §§ 10, 14 SGB IX verpflichtet, den individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarf orientiert an den Maßstäben der ICF durch einen Sachverständigen feststellen zu lassen und selbst über die Leistung zu entscheiden
- In welchen Fällen und in welcher Weise die Leistungen zur Teilhabe angeboten werden, haben die Träger der medizinischen Rehabilitation in einer gemeinsamen Empfehlung nach § 13 SGB IX im Rahmen der BAR zu regeln. Ein Hilfsmittelverzeichnis für rehabilitative Hilfsmittel könnte das Ergebnis sein, muss es aber nicht.
- § 32 Abs. 2 SGB IX ermächtigt jedenfalls das BMA, das Nähere zur Auswahl der im Einzelfall geeigneten Hilfsmittel, insbesondere zum Verfahren, zur Eignungsprüfung, Dokumentation und leihweisen Überlassung sowie zur Zusammenarbeit mit den orthopädischen Versorgungsstellen in einer Rechtsverordnung zu regeln.

Bedarfsfeststellung nach § 10 SGB IX

Die Reha-Träger sind nach § 10 SGB IX verpflichtet, den individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarf festzustellen. Er umfasst alle Leistungen, die zur Behandlung von Teilhabebeeinträchtigungen in den neun Funktionsbe-reichen der ICF, insbesondere denen der

- körperlichen Integrität
- seelischen Integrität
- sozialen Integrität
- Integrität der Aktivitäten und Leistungen sowie der
- Partizipation

zur Erreichung der Rehabilitationsziele erforderlich und wirksam sind.

Leistungsverpflichtung nach § 14 SGB IX

Die Zuständigkeit nach § 14 SGB IX verpflichtet den im Außenverhältnis berufenen Rehabilitationsträger, dem Berechtigten Teilhabeleistungen aufgrund aller Rechtsgrundlagen zu erbringen, die überhaupt als Bedarfssituation für irgendeinen Rehabilitationsträger vorgesehen sind (BSG v 26.6.07 – B 1 KR 34/06 R und 36/06 R).

Erstattungspflichten nach § 14 SGB IX

Das BSG hat zur Kostenerstattungspflicht festgestellt, dass für die Träger untereinander weiterhin das gegliederte System mit seinen ausdifferenzierten Zuständigkeiten maßgebend ist (B 1 KR 34/06 R). Der durch die bindende Weiterleitung kraft Gesetzes zuständig gewordene zweitangegangene Träger ist nach Auffassung des BSG schutzwürdig und erhält den speziellen Erstattungsanspruch nach § 14 Abs. 4 S 1, der die Regelungen der §§ 102ff SGB X verdrängt. Die Erstattung richtet sich entspr. § 102 Abs 2 SGB X nach den für den zweitangegangenen Träger geltenden Vorschriften, damit er einen vollständigen Ersatz seiner Aufwendungen erhält.

Erstattungspflichten nach § 14 SGB IX

In allen übrigen Fällen richtet sich die Erstattungspflicht nicht nach § 14 Abs. 4 S 1, sondern wegen der im Innenverhältnis der Träger fortgeltenden Zuständigkeitsregelungen des gegliederten Systems nach den Bestimmungen der §§ 102 ff SGB IX.

Ist ein Träger durch Unterlassung (Nichtstun) nach § 14 Abs 1 zuständig geworden, weil er alle gesetzlichen Pflichten nach §§ 14,10 versäumt und deswegen den Antrag nicht fristgemäß an den zuständigen Träger weitergeleitet hat, ist er zur Leistung verpflichtet ohne einen Erstattungsanspruch zu bewirken.

SGB IX

im Verhältnis zur
früheren Rechtsprechung des BSG
zu § 33 SGB V

BSG-Urteil vom 26.3.2003 – B 3 KR 23 R

- Durch das SGB IX ändert sich an der Zuständigkeit der GKV für die Hilfsmittelversorgung nichts. Die von der GKV zu leistende medizinische Rehabilitation zielt wie bisher darauf ab, die *Gesundheit und Organfunktion möglichst weitgehend wiederherzustellen und den Behandlungserfolg zu sichern, um ein selbständiges Leben zu führen und die Anforderungen des Alltags – definiert durch die Grundbedürfnisse des täglichen Lebens – meistern zu können*. Eine darüber hinausgehende berufliche und soziale Rehabilitation bleibe Aufgabe anderer Sozialleistungssysteme
- Das Urteil übersieht § 27 SGB IX und die mit dem SGB IX für alle Reha-Träger vollzogenen Paradigmenwechsel (Orientierung auf Teilhabeziele, Einheitlichkeit der Leistungen u.a.)

- Es trifft zwar zu, dass das SGB IX die Aufgabenstellung der GKV bezogen auf Leistungen zur medizinischen Reha nicht verändert hat.
- Das SGB IX hat jedoch die Aufgaben, Ziele und Rahmenbedingungen der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aller Rehabilitationsträger und damit auch der Träger der GKV verändert.
- Im Übrigen hat die GKV als Solidargemeinschaft unverändert die Aufgabe, die Gesundheit ihrer Mitglieder zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern.
- Nach der WHO-Definition von Krankheit gehört zur Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern auch die Bewältigung der Folgen von Krankheit.
- Gerade das ist jedoch das Ziel des SGB IX, das regelt, auf welche Weise und nach welchen Regeln die Krankheitsfolgen zu bewältigen sind, nämlich durch Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (§ 1 SGB IX) bzw. für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Erreichung der in § 26 Abs. 1 SGB IX genannten Ziele.
- Die Teilhabeorientierung des SGB IX ist danach ausdrücklich auch Gegenstand der Aufgabenstellung der GKV iSd § 1 SGB V

Anwendung des § 33 SGB V unter Beachtung der Bestimmungen des SGB IX

Der Gesetzgeber bindet die Leistungserbringung in § 33 SGB V an die Erreichbarkeit folgender Ziele:

- den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern
- einer drohenden Behinderung vorzubeugen
- eine Behinderung auszugleichen

Anwendung des § 33 SGB V unter Beachtung der Bestimmungen des SGB IX

Das SGB IX bindet die Leistungserbringung in § 26 Abs. 1 SGB IX ebenfalls an Ziele. Die Leistungen müssen geeignet sein

- Behinderungen einschl. chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den Bezug von Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern

Anwendung des § 33 SGB V unter Beachtung der Bestimmungen des SGB IX

- BSG-Urteil vom 26.3.2003 stellt den Behindertenausgleich des § 33 SGB V ausdrücklich in den Kontext der medizinischen Rehabilitation
- Die Ziele des § 33 SGB V „drohende Behinderung vorbeugen“ und „Behinderung ausgleichen“ finden sich deckungsgleich in § 11 Abs. 2 SGB V und 26 Abs. 1 SGB IX
- BSG-Urteil vom 24.5.2006 stellt klar, dass § 33 SGB V nicht nur auf „Behinderung ausgleichen“, sondern auch auf die Beseitigung und Minderung abstellt.
Damit umfasst § 33 SGB V alle in § 11 Abs. 2 SGB V und § 26 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX genannten Ziele und beinhaltet insoweit kein abweichendes Recht
- Das gilt auch für die in § 26 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX genannten Ziele der med. Reha:
 - auf die Pflegebedürftigkeit bezogenen Ziele sind deckungsgleich mit § 11 Abs. 2 SGB V
 - das Ziel der Vermeidung von Sozialleistungen usw. ist in der GKV bereits nach § 10 Nr. 5 SGB I zu beachten
 - für die auf die Erwerbsfähigkeit bezogenen Ziele ist die in der Regel die GRV zuständig.

Fazit:

§ 33 SGB V beinhaltet kein abweichendes Recht im Sinne des § 7 Satz 1 SGB IX, das als spezifisches Recht die Anwendung des SGB IX ganz oder teilweise ausschließen könnte

Fazit bezogen auf Hilfsmittel

- Die GKV kann nach geltendem Recht unter Berücksichtigung des SGB IX Hilfsmittel
 - im Rahmen der Krankenbehandlung nach §§ 11 Abs. 1, 27 Abs. 1 Nr. 3, 33 SGB V
 - als Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 11 Abs. 2 SGB V iVm 26 Abs. 1 Nr. 7, 31 SGB IX erbringen.
- Der individuelle funktionsbezogene Leistungsbedarf ist – orientiert an der ICF – nach § 27 SGB IX in beiden Fällen im Verfahren nach § 10 SGB IX festzustellen.
- Hilfsmittel (auch Heilmittel) können mangels entgegenstehender gesetzlicher Regelungen auch eine *eigenständige ambulante Leistung zur medizinischen Rehabilitation* sein.

Initiative zur Klarstellung im Zuges des GKV-WSG

- Zu § 33 Abs. 1 SGB V:
„¹Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall notwendig sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern. **²Sie haben weiterhin Anspruch auf Hilfsmittel der medizinischen Rehabilitation nach §§ 26 Abs. 2 Nr. 6, 31 des Neunten Buches.** ³Der Anspruch besteht nicht, soweit er nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen ist. ⁴Für die Hilfsmittel nach Satz 1 bleibt § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 unberührt. **⁵§ 31 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches sind auf die Hilfsmittel nach Satz 1 anzuwenden.“**
- An § 31 Absatz 1 sollte folgender Satz angefügt werden:
„Die Grundbedürfnisse des täglichen Lebens umfassen in jedem Fall eine möglichst selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.“
- **Mit diesen Änderungen wäre somit kein neues Recht in der GKV geschaffen, sondern lediglich das bereits geltende Recht im Lichte des SGB IX klargestellt worden.**

IV. Probleme

1. Grundbedürfnisse des täglichen Lebens

„um eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen“ (§ 31 I Nr. 3 SGB IX)

- Was sind die Grundbedürfnisse im Lichte des Ziels, **Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft** zu erreichen (§ 1 SGB IX)?
- *Grundbedürfnisse* ist eine gesetzgeberische Einschränkung;
- *Basisausgleich* ist eine Interpretation der Leistungsträger und Gerichte

IV. Probleme

1. Grundbedürfnisse des täglichen Lebens

„Das bezieht sich im Bereich der **Mobilität** auf den Bewegungsradius, den ein **Gesunder üblicherweise noch zu Fuß** erreicht. (...) Dagegen hat er – von besonderen qualitativen Momenten abgesehen – grundsätzlich keinen Anspruch darauf, in Kombination von Auto und Rollstuhl den Radius der selbstständigen Fortbewegung (erheblich) zu erweitern. Dies gilt auch, wenn im Einzelfall die Stellen der Alltagsgeschäfte nicht im Nahbereich liegen (...). **Besonderheiten des Wohnorts können nicht maßgeblich sein.**“

(BSG vom 20.11.2008, Az. B 3 KR 6/08 R - Kraftknoten)

IV. Probleme

1. Grundbedürfnisse des täglichen Lebens

„Das **Radfahren**, mag es in der Bevölkerung auch weit verbreitet sein, gehört nicht zu den Grundbedürfnissen des täglichen Lebens. (...) dasselbe gilt für Freizeitbeschäftigungen wie Wandern, Dauerlauf, Ausflüge u.ä. (...).“

(BSG vom 21.11.2003, Az. B 3 KR 8/02 R – Therapie-Tandem)

IV. Probleme

1. Grundbedürfnisse des täglichen Lebens

„Die **Schulfähigkeit** ist aber nur insoweit als allgemeines Grundbedürfnis des täglichen Lebens anzusehen, als es um die Vermittlung von grundlegendem schulischen Allgemeinwissen an Schüler im **Rahmen der allgemeinen Schulpflicht oder der Sonderschulpflicht** geht. (...) Wenn die Krankenversicherung dafür einzustehen hat, Behinderten im Wege der medizinischen Rehabilitation die notwendige Kompetenz zur Bewältigung des Alltags zu vermitteln, so muss sie zwar die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Behinderte das staatlicherseits als Minimum angesehene Maß an Bildung erwerben können (...); darüber hinausgehende Bildungsziele hat sie aber nicht mehr zu fördern.“

(BSG vom 22.07.2004, Az. B 3 KR 13/03 R – Notebook-PC für Blinde)

IV. Probleme

1. Grundbedürfnisse des täglichen Lebens

„Zwar besteht eine Leistungspflicht der Krankenkassen nur für solche Hilfsmittel, die zur Ausübung eines elementaren Grundbedürfnisses erforderlich sind. Hierzu hat das BSG **auch die Ausübung einer sinnvollen beruflichen Tätigkeit** gezählt. (...) diese Rechtsprechung gilt weiterhin. Sie war damit begründet worden, dass es zu den elementaren Grundbedürfnissen des Menschen zählt, eine berufliche oder andere gleichwertige Tätigkeit auszuüben.“

(BSG vom 21.08.2008, Az. B 13 R 33/07 R – digitales Hörgerät)

IV. Probleme

1. Grundbedürfnisse des täglichen Lebens

„Solange der Ausgleich der Behinderung nicht vollständig erreicht worden ist im Sinne eines Gleichziehens mit einem gesunden Menschen, kann die Versorgung mit einem fortschrittlichen Hilfsmittel nicht mit der Begründung abgelehnt werden, der bisher erreichte Versorgungsstandard sei ausreichend.“

(BSG vom 16.09.2004, Az. B 3 KR 20/04 R – C-Leg)

IV. Probleme

2. Festbeträge

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt Hilfsmittel für die Festbeträge festgesetzt werden.“ (§ 36 I 1 SGB V)

„Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag.“ (§ 12 II SGB V)

Was ist, wenn der Festbetrag nicht ausreicht, um die Behinderung bei einem Grundbedürfnis auszugleichen?

IV. Probleme

2. Festbeträge

„Sollte sich ergeben, dass Versicherte die Hilfsmittel benötigen, diese (...) nicht mehr als Sachleistung ohne Eigenbeteiligung beziehen können (...), wären die Verbände ihren Aufgaben nach den §§ 35, 36 SGB V nicht gesetzeskonform nachgekommen. Unter diesem Aspekt gewinnt die gerichtliche Kontrolle der Festbetragsfestsetzung besondere Bedeutung. (...) Sie verhindert, dass der Festbetrag so niedrig festgesetzt wird, dass eine ausreichende Versorgung der Versicherten (...) nicht mehr gewährleistet ist.“

(BVerfG vom 17.12.2002, Az. 1 BvL 28/95, 29/95, 30/95 – Festbeträge)

IV. Probleme

2. Festbeträge

„Dies ist grundsätzlich verfassungsgemäß, gilt jedoch in dieser Form **nur, wenn eine sachgerechte Versorgung des Versicherten zu den festgesetzten Festbeträgen möglich ist.** Der für ein Hilfsmittel festgesetzte Festbetrag begrenzt die Leistungspflicht der Krankenkasse nämlich dann nicht, wenn er für den Ausgleich der konkret vorliegenden Behinderung objektiv nicht ausreicht.“

(BSG vom 21.08.2008, Az. B 13 R 33/07 R – digitales Hörgerät)

IV. Probleme

2. Festbeträge

„Eine einzelfallbezogene Relativierung der Maßgeblichkeit (rechtswirksam) festgesetzter Festbeträge ist nicht zulässig.“

(LSG Baden-Württemberg vom 24.09.2008, Az. L 5 KR 1539/07 – digitales Hörgerät)

„Ein Leistungsausschluss hinsichtlich der von der Klägerin gewählten, zum Festbetrag nicht erhältlichen Versorgung ergibt sich trotz der grundsätzlichen und ausnahmslosen Verbindlichkeit von Festbeträgen aber vorliegend nicht, weil **die Festbeträge unwirksam sind.“**

(SG Neubrandenburg vom 10.06.2008, Az. S 4 RA 114/03 – digitales Hörgerät)

IV. Probleme

3. Ärztliche Verordnung

„(Der GBA) soll insbesondere Richtlinien beschließen über die (...) **Verordnung** von (...) Hilfsmitteln“ (§ 92 I 2 Nr. 6 SGB V)

„Die Krankenkasse kann in geeigneten Fällen vor **Bewilligung** eines Hilfsmittels durch den MDK prüfen lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist.“ (§ 5 III HilfsM-RL)

„Wird die Hilfsmittelversorgung nicht innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung aufgenommen, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Wenn der **Leistungsantrag** innerhalb dieses Zeitraums bei der Krankenkasse eingeht, gilt die Frist als gewahrt.“ (§ 8 II HilfsM-RL)

Ist für das Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich eine ärztliche Verordnung erforderlich?

IV. Probleme

3. Ärztliche Verordnung

„Die vertragsärztliche Verordnung eines bestimmten Hilfsmittels stellt sich rechtlich als **ärztliche Empfehlung** dar, bindet die Krankenkasse im Verhältnis zum Versicherten aber nicht.“

(BSG vom 23.7.2002, Az. B 3 KR 66/01 R – Echthaarperücke)

IV. Probleme

4. Hilfsmittelverzeichnis

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis. In dem Verzeichnis sind die von der Leistungspflicht erfassten Hilfsmittel aufzuführen. (§ 139 I 1, 2 SGB V)

„Von gleichartig wirkenden Hilfsmitteln ist im Rahmen der Indikationsstellung das nach Art und Umfang dem Gebot der Wirtschaftlichkeit entsprechende zu verordnen. Das Hilfsmittelverzeichnis dient hierbei als Orientierungs- und Auslegungshilfe und bietet einen für Vergleichszwecke geeigneten Überblick“ (§ 6 V 1, 2 HilfsMRL)

Kann das Hilfsmittelverzeichnis die Leistungspflicht für Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich begrenzen?

IV. Probleme

4. Hilfsmittelverzeichnis

„Ein Ausschluss der Elektromobile aus der Leistungspflicht der Krankenkassen ergibt sich auch nicht aus ihrer Nichtaufnahme im Hilfsmittelverzeichnis. Dieses dient nicht dazu, den Anspruch des Versicherten einzuschränken, sondern nur als **Richtschnur für die Kassen und als unverbindliche Auslegungshilfe für die Gerichte.**“

BSG vom 03.11.1999, Az. B 3 KR 16/99 R – Shoprider)

IV. Probleme

5. Stationäre Einrichtungen

„Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich hängt bei stationärer Pflege nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist; die Pflicht der stationären Pflegeeinrichtungen zur Vorhaltung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die für den üblichen Pflegebetrieb jeweils notwendig sind, bleibt hiervon unberührt.“ (§ 33 I 2 SGB V)

Verlieren Leistungsberechtigte in stationären Einrichtungen der Pflege, Behindertenhilfe, medizinischen oder beruflichen Rehabilitation ihren individuellen Anspruch auf Hilfsmittel?

IV. Probleme

5. Stationäre Einrichtungen

„Entscheidend ist vielmehr, dass der Klägerin eine verantwortungsbewusste Entscheidung über das eigene Schicksal nicht mehr möglich ist, sie also wegen des Fehlens eigenbestimmter Bestimmungsmöglichkeiten quasi zum ‚Objekt der Pflege‘ geworden ist. (...) Eine Rehabilitation ist dann mangels Erfolgsaussichten nicht mehr möglich, der Ist-Zustand der Behinderung nicht mehr behebbar.“

(BSG vom 22.07.2004, Az. B 3 KR 5/03 R – Lagerungsrollstuhl)

IV. Probleme

6. Leistungserbringungsrecht

„Soweit dies zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung zweckmäßig ist, können die Krankenkassen (...) im Wege der Ausschreibung Verträge mit Leistungserbringern (...) schließen. (...) Für Hilfsmittel, die für einen bestimmten Versicherten individuell angefertigt werden, oder Versorgungen mit hohem Dienstleistungsanteil sind Ausschreibungen in der Regel nicht zweckmäßig.“ (§ 127 I 1, 4 SGB V)

Können die Leistungsansprüche der Versicherten und ihr Wunsch- und Wahlrecht durch das Leistungserbringungsrecht beschränkt werden?

V. Abgrenzung der Leistungsgruppen nach § 5 SGB IX

- Das BSG stützt die Leistungsabgrenzung auf
 - Zuständigkeit der GKV - auf
 - der Basis der Grundbedürfnisse sowie - den
 - Schwerpunkt der Leistungserbringung.

(BSG v. 24.6.80 – 1 RA 51/79; zusammenfassend SG Berlin v 9.1.06 – S 77 AL 3061/05)
- Die Bedingungen am Arbeitsplatz, aber auch die der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft können eine über die Basisversorgung der GKV hinausgehende Versorgung erfordern, die einen entsprechenden – die Basisversorgung einschließenden - Leistungsanspruch gegenüber dem dafür jeweils zuständigen Träger (z.B. SGB II, SGB XII) begründet (LSG Niedersachsen-Bremen v 15.12.05 – 10 R 480/05; anders
- u.a. LSG NRW v 14.6.07 – L 2 KN 209/05 KR das an der vorrangigen Zuständigkeit der GKV für den Behinderungsausgleich im Bereich der Grundbedürfnisse festhält)

Abgrenzung der Leistungsgruppen nach § 5 SGB IX

- Als schwierig wird die Abgrenzung zwischen SGB V und SGB XII angesehen.
- Entscheidend ist, ob ein Hilfsmittel
 - zur Krankenbehandlung und damit als Hilfe bei Krankheit (§ 48 SGB XII) oder
 - zur Erreichung von Teilhabezielen und damit als Leistung der Eingliederungshilfe (§ 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII) erforderlich ist.
- Im zweiten Fall handelt es sich nämlich um Hilfsmittel nach
 - § 26 Abs. 1 Nr. 6 SGB IX im Rahmen der med. Reha oder n.
 - § 55 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX um über den § 31 SGB IX hinausgehende Hilfsmittel.
- Letztlich bedarf es einer Abgrenzung der Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation (§§ 26, 31 SGB IX) zu den Hilfsmitteln zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 SGB IX). Diese Abgrenzung bestimmt zugleich die Zuständigkeit der jeweiligen Träger nach § 6 SGB IX.

VI. Einstweilige Anordnung

Urteil des BVerfG vom 25.2.09 – 1 BvR 120/09

- Art 19 Abs. 4 GG verlangt auch bei Vornahmesachen jedenfalls dann vorläufigen Rechtsschutz, wenn ohne ihn schwere und unzumutbare, anders nicht abwendbare Nachteile entstünden, zu deren nachträglicher Beseitigung die Entscheidung in der Hauptsache nicht mehr in der Lage wäre.
- Die Gerichte sind gehalten, die Versagung vorläufigen Rechtsschutzes auf eine eingehende Prüfung der Sach- und Rechtslage zu stützen.
- Ist dem Gericht die Vollständige Aufklärung der Sach- und Rechtslage im Eilverfahren nicht möglich, so ist anhand einer Folgenabwägung zu entscheiden. Dies gilt ganz besonders, wenn es um die Wahrung der Würde des Menschen geht.

VII. Ausblick

Eine Reform des Hilfsmittelrechts ist erforderlich. Aus Sicht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen:

- **Vereinfachung der Zuständigkeiten**
- **Klarstellung der bereits mit der Gesundheitsreform 2000 vollzogenen Trennung der rehabilitativen Versorgung von der Krankenbehandlung**
- **Integration der Pflege in die rehabilitative Versorgung**
- **Rezeption des technischen und des sozialen Fortschritts**
- **Sicherung der individuellen Leistungsansprüche**