

Empfehlungen

zur Hilfsmittelbegutachtung bei bestehender Pflegebedürftigkeit und häuslicher Pflege

Stand 08.06.2009

Die Empfehlungen wurden nach Abnahme durch den MDS-Vorstand am 18.05.2009 vom GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) am 08.06.2009 nach § 282 Abs. 2 Satz 4 SGB V beschlossen.

Herausgeber:

Medizinischer Dienst
des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V. (MDS)
Lützwstraße 53
D-45141 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: <http://www.mds-ev.org>

Vorwort

Seit Einführung der Pflegeversicherung ist die Darstellung medizinisch-pflegerischer Sachverhalte zur Beurteilung der Leistungszuständigkeit zwischen Kranken- und Pflegeversicherung bei der Versorgung mit Hilfsmitteln Gegenstand von Einzelfall-Begutachtungen durch die Medizinischen Dienste.

Die Geschäftsführer der Medizinischen Dienste beschlossen im März 2002 allgemeine Grundsätze zu gutachterlichen Fragen einer leistungsrechtlichen Abgrenzung der Hilfsmittelversorgung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung als Arbeitshilfe im MDK-System zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung bei entsprechenden Fragestellungen der Krankenkassen. Sofern es von der beauftragenden Krankenkasse gewünscht wurde, wurden ergänzende Fragen zur Hilfsmittelversorgung für Empfänger häuslicher Pflegeleistungen beantwortet, die im Einzelnen in der Arbeitshilfe aufgelistet waren.

Das Bundessozialgericht hat im November 2007 in einem Urteil, das sich u.a. mit Fragen einer leistungsrechtlichen Abgrenzung von Hilfsmitteln der Krankenversicherung gegenüber Pflegehilfsmitteln der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege befasst, konkretisierende Feststellungen getroffen. Nach Veröffentlichung des Urteilstextes war dies Anlass, die Praxis der Hilfsmittelbegutachtung bei bestehender Pflegebedürftigkeit zu überprüfen.

Eine Arbeitsgruppe aus Vertretern der Medizinischen Dienste, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie der Spitzenverbände der Krankenkassen hat unter Federführung des MDS die vorliegende Empfehlung erarbeitet, die die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und dem MDK in diesem Begutachtungsfeld beschreibt und Kriterien für das gutachterliche Vorgehen benennt.

Allen, die an der Erarbeitung dieser Empfehlungen mitgewirkt haben, sagen wir besonderen Dank.

Berlin/Essen, im Juni 2009

Dr. Doris Pfeiffer
Vorsitzende des Vorstands
GKV-Spitzenverband

Dr. Peter Pick
Geschäftsführer
MDS

Inhaltsverzeichnis	Seite:
Vorwort	3
1 Einleitung	5
2 Rechtliche und sozialmedizinische Grundlagen der Einzelfall-Beratung und - Begutachtung von Hilfsmittelversorgungen bei bestehender Pflegebedürftigkeit und häuslicher Pflege	6
2.1 Leistungsrechtliche Grundlagen	6
2.2 Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung	8
2.2.1 Empfehlungen zur Hilfs-/Pflegehilfsmittelversorgung im Rahmen der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit	8
2.2.2 Prüfung der Notwendigkeit der Hilfs-/Pflegehilfsmittelversorgung im Einzelfall	8
2.3 Kriterien / Maßstäbe zur Begutachtung von Hilfsmittelversorgungen bei bestehender Pflegebedürftigkeit und häuslicher Pflege	9
2.3.1 Bearbeitungsschritte der Einzelfallbegutachtung	11
2.3.2 Erläuterungen zu den Bearbeitungsschritten der Einzelfallbegutachtung	12
3 Ergebnismitteilung bei der Prüfung der Notwendigkeit der Hilfs-/Pflegehilfsmittelversorgung im Einzelfall	17

1 Einleitung

Zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung beschlossen die Geschäftsführer der Medizinischen Dienste im März 2002 allgemeine gutachterliche Grundsätze und Vorgehensweisen zur Frage einer leistungsrechtlichen Abgrenzung der Hilfsmittelversorgung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung, die als Arbeitshilfe im MDK-System umgesetzt wurde. Die Arbeitshilfe sollte sowohl bei Stellungnahmen im Rahmen der sozialmedizinischen Fallberatung als auch bei der Abfassung sozialmedizinischer Gutachten zum Hilfsmittelleinsatz beachtet werden. Wenn dies von der beauftragenden Krankenkasse gewünscht wurde, sollten ergänzende Fragen zur Hilfsmittelversorgung für Empfänger häuslicher Pflegeleistungen beantwortet werden, die im Einzelnen in der Arbeitshilfe aufgelistet waren.

Nachdem sich das Bundessozialgericht seit 2003 in mehreren Urteilen zur Hilfsmittelversorgung bei stationärer Pflege positionierte, verkündete es erstmals am 10.11.2005 leistungsrechtliche Abgrenzungskriterien auch bei häuslicher Pflege (Az.: B 3 P 10/04 R). Schließlich hat das Bundessozialgericht in einem weiteren Urteil (BSG-Urteil vom 15.11.2007, Az: B 3 A 1/07 R), das sich vor dem Hintergrund einer beklagten Aufsichtsordnung mit der leistungsrechtlichen Zuordnung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln bei häuslicher Pflege befasst, eine Entscheidung getroffen, die nach Veröffentlichung des Urteilstextes im März 2008 Anlass gab, die Praxis der Hilfsmittelbegutachtung bei bestehender Pflegebedürftigkeit und häuslicher Pflege zu überprüfen.

Sowohl die Konferenz der Leitenden Ärzte, als auch die Spitzenverbände der Krankenkassen und der GKV-Spitzenverband baten um Prüfung, ob unter Berücksichtigung der BSG-Urteile die bisherige Regelung durch die Arbeitshilfe vom März 2002 noch Bestand haben kann. In der Folge wurde die vorliegende Empfehlung erstellt. Sie verfolgt vor allem die Zwecke,

- eine Begutachtung nach einheitlichen Kriterien sicherzustellen,
- eine effiziente und effektive Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und Medizinischen Diensten zu gewährleisten sowie
- inhaltliche Anforderungen an die Ergebnisdokumentation in relevanten Abgrenzungsfällen zu benennen.

2 Rechtliche und sozialmedizinische Grundlagen der Einzelfall-Beratung und -Begutachtung von Hilfsmittelversorgungen bei bestehender Pflegebedürftigkeit und häuslicher Pflege

2.1 Leistungsrechtliche Grundlagen

Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung haben einen Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln (§ 33 SGB V), die im Einzelfall erforderlich sind,

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

soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen sind. Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen gehören zu den Hilfsmitteln

- Sehhilfen,
- Hörhilfen,
- Körperersatzstücke,
- orthopädische und
- andere Hilfsmittel.

Zu den Hilfsmitteln zählen auch Zubehörteile, ohne die die Basisprodukte nicht oder nicht zweckentsprechend betrieben werden können. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen.

Die Hilfsmittel müssen im Einzelfall, d.h. nach den individuellen (körperlichen und geistigen) Verhältnissen der/des Versicherten, erforderlich sein, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen. Ein Versorgungsanspruch kann auch dann bestehen, wenn die Produkte dazu dienen, einer drohenden Behinderung, einer Krankheit bzw. deren Verschlimmerung oder dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit vorzubeugen.

Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI, die **Leistungen bei häuslicher Pflege** beziehen, haben nach § 40 SGB XI Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die

- zur Erleichterung der Pflege oder
- zur Linderung ihrer Beschwerden beitragen oder
- ihnen eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen,

soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind.

In der Praxis stellt sich die Frage, welcher Kostenträger bei Produkten, die sowohl den Zielen der Krankenversicherung als auch den Zielen der Pflegeversicherung dienen können, zuständig ist.

Das **Bundessozialgericht** hat sich insbesondere im Urteil vom 15.11.2007, Az.: B 3 A 1/07 R, mit dieser Frage befasst und u.a. folgende Aussagen getroffen:

1. Die Frage der Abgrenzung der Leistungspflicht der Krankenkassen bei der Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln nach § 33 SGB V von der Leistungspflicht der Pflegekassen bei der Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln nach § 40 Abs. 1 SGB XI stellt sich nur im ambulanten Bereich.
2. Dem Behinderungsausgleich dienende Produkte wirken häufig auch pflegeerleichternd; dennoch bleiben sie als Hilfsmittel vorrangig in der Leistungszuständigkeit der Krankenkassen.
3. Der Umfang der Leistungspflicht der Krankenkassen ist im Rahmen der Einführung der Pflegeversicherung nicht eingeschränkt worden. Die Leistungspflicht der Pflegekassen sollte lediglich dort ergänzend einsetzen, wo das Recht der Krankenversicherung für bestimmte Produkte keine Leistungspflicht vorsieht, so dass die Versorgung vor der Einführung der Pflegeversicherung von den Versicherten aus eigenen Mitteln (bzw. von der Sozialhilfe) bestritten werden musste.
4. Ob ein Produkt trotz seiner Aufführung im Hilfsmittelverzeichnis der Krankenversicherung einem Pflegebedürftigen als Pflegehilfsmittel zur Verfügung gestellt werden muss, ist nach den konkreten Umständen des Einzelfalls zu entscheiden.
5. Die Zuständigkeit der Krankenkassen nach § 33 SGB V ist stets vorrangig zu prüfen. Erst wenn der Anspruch gegen die Krankenkasse zu verneinen ist, ist der Weg für eine Prüfung des Anspruchs nach § 40 SGB XI eröffnet.
6. Besteht nach § 33 SGB V kein Leistungsanspruch, kann ein Produkt - selbst dann, wenn es im Hilfsmittelverzeichnis gelistet ist - als Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 1 SGB XI in Betracht kommen, wenn
 - es im Einzelfall **allein** den Zwecken nach § 40 Abs. 1 SGB XI dient oder
 - diese Zwecke im Einzelfall **ganz überwiegend** verfolgt werden, weil nur marginal bzw. in äußerst geringem Maß noch ein Behinderungsausgleich vorstellbar ist.

Bei Hilfsmitteln, die weder im Hilfsmittelverzeichnis noch im Pflegehilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind, gilt ein vergleichbarer Maßstab.

2.2 Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

2.2.1 Empfehlungen zur Hilfs-/Pflegehilfsmittelversorgung im Rahmen der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit

Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste sind aufgefordert, sowohl bei Erst- als auch bei Folgebegutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit Empfehlungen für die Versorgung mit Hilfsmitteln oder Pflegehilfsmitteln auszusprechen. Die Gutachterinnen und Gutachter haben dabei die **Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien - BRi) in der geltenden Fassung** zu beachten.

2.2.2 Prüfung der Notwendigkeit der Hilfs-/Pflegehilfsmittelversorgung im Einzelfall

Die Beauftragung des Medizinischen Dienstes zur Begutachtung von Hilfsmittelversorgungen für Pflegebedürftige, die Leistungen bei häuslicher Pflege beziehen, ergibt sich u.a. aus § 275 SGB V. Zur Prüfung, ob ein Produkt erforderlich ist, kann die **Krankenkasse** den MDK mit der Erstellung eines Gutachtens gemäß § 275 Abs. 3 Nr. 1 SGB V „Begutachtung und Beratung“ beauftragen:

- (3) Die Krankenkassen können in geeigneten Fällen durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen
- ...
1. vor Bewilligung eines Hilfsmittels, ob das Hilfsmittel erforderlich ist (§ 33 SGB V); der Medizinische Dienst hat hierbei den Versicherten zu beraten; er hat mit den Orthopädischen Versorgungsstellen zusammenzuarbeiten,
- ...

Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste werden von der **Krankenkasse** mit Fragen einer möglichen Hilfsmittelversorgung von Pflegebedürftigen, die Leistungen bei häuslicher Pflege beziehen, also dann beauftragt, wenn die Krankenkasse vor Bewilligung des Hilfsmittels die Frage der Notwendigkeit der Versorgung prüfen lassen möchte. Gleiches gilt auch, wenn ein Produkt vom behandelnden Arzt als Hilfsmittel verordnet wurde.

Die **Pflegekassen** können den Medizinischen Dienst zur gezielten Feststellung, ob ein beantragtes Pflegehilfsmittel notwendig ist, hinzuziehen (§ 40 Abs. 1 Satz 2 SGB XI):

... Die Pflegekasse überprüft die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes. ...

Für diese Prüfung hat die Kranken-/Pflegekasse dem Medizinischen Dienst die ihr vorliegenden, für die Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

Die Aufgabe der Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes liegt in diesen Fällen in der Erhebung und Darstellung der in Kapitel 2.3 näher beschriebenen medizinischen und pflegerischen Tatsachen, die Grundlage der Leistungsentscheidungen der Kranken- und Pflegekassen sind.

2.3 Kriterien / Maßstäbe zur Begutachtung von Hilfsmittelversorgungen bei bestehender Pflegebedürftigkeit und häuslicher Pflege

Für die Einzelfallbegutachtung durch den MDK gilt, dass primär die anspruchsbegründenden medizinischen Fragen hinsichtlich einer Hilfsmittelversorgung zu Lasten der Krankenkasse geprüft werden. Dies gilt auch, wenn die Versorgung mit einem Pflegehilfsmittel zu Lasten der Pflegeversicherung beantragt wird.

Grundsätzlich ist zunächst - unter Berücksichtigung der funktionellen und strukturellen Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten der/des zu versorgenden Versicherten - zu prüfen, welchem konkreten Versorgungsziel das Produkt dienen soll (Sicherung des Erfolges der Krankenbehandlung, Vorbeugung einer Behinderung oder unmittelbarer / mittelbarer Ausgleich einer Behinderung).

Anschließend sind unter Bezugnahme auf das beantragte Produkt und das konkrete Versorgungsziel im Einzelnen folgende Bewertungsschritte erforderlich:

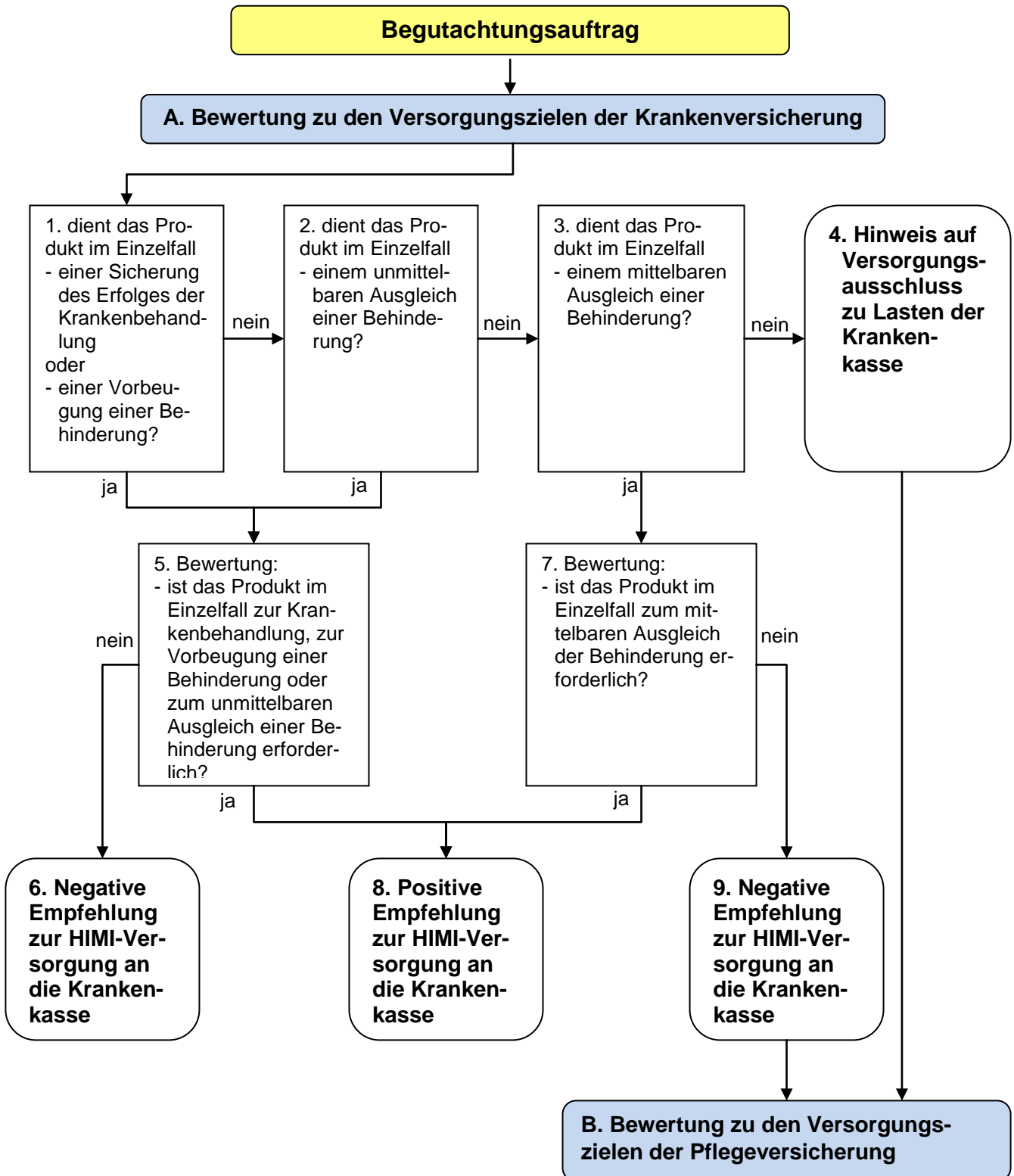
- Bei Produkten zur Sicherung des Erfolges der Krankenbehandlung und bei Produkten, die dem Ersatz oder der unmittelbaren Unterstützung einer ausgefallenen oder beeinträchtigten Körperfunktion dienen (z. B. Prothesen) wird bewertet, ob die Versorgung aus medizinischer Sicht im Einzelfall erforderlich ist.
- Bei Produkten zum mittelbaren Ausgleich der Behinderung (z. B. Badehilfen, Krankenfahrzeugen, Krankenpflegeartikel, Mobilitätshilfen, Toilettenhilfen) ist im Einzelfall zu prüfen, ob mit dem beantragten Produkt dieses Versorgungsziel der Krankenversicherung erreicht werden kann.
- Falls kein oder nur ein marginaler Behinderungsausgleich resultiert, ist im Weiteren zu prüfen, ob das Produkt ganz überwiegend den Versorgungszielen der Pflegeversicherung dient.

Somit können lediglich solche Produkte, die eine Doppelfunktion aufweisen (Behinderungsausgleich und Pflegeeerleichterung / Linderung von Beschwerden / selbstständigere Lebensführung), einer Abgrenzung der Leistungspflicht zufallen. Dies betrifft in der Regel Produkte, welche an sich dem mittelbaren Ausgleich einer Behinderung dienen, bei denen sich im Einzelfall aber zeigt, dass dieser nicht erzielt werden kann. Sofern kein oder nur ein marginaler Behinderungsausgleich erzielt werden kann, ist die Krankenkasse nicht leistungszuständig. Im Rahmen der Einzelfallbegutachtung sind dann gutachterlich medizinische / pflegerische Voraussetzungen einer Versorgung zu Lasten der Pflegekasse zu prüfen. Im Fokus steht dann, ob der Einsatz des Produktes ganz überwiegend

- zur Erleichterung der Pflege beiträgt oder
- zur Linderung der Beschwerden der/des Pflegebedürftigen beiträgt oder
- der/dem Pflegebedürftigen eine selbstständigere Lebensführung ermöglicht.

In diesem Fall kann anstelle der Krankenkasse die Pflegekasse für die Leistung zuständig sein, unabhängig davon, ob das Produkt im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V gelistet ist. Für diese Entscheidung benötigt sie ergänzend im Gutachten entsprechende medizinische bzw. pflegerische Feststellungen. Zur Sicherstellung einer sachgerechten Begutachtung sind die nachfolgenden Bearbeitungsschritte und Erläuterungen zu beachten.

2.3.1 Bearbeitungsschritte der Einzelfallbegutachtung



2.3.2 Erläuterungen zu den Bearbeitungsschritten der Einzelfallbegutachtung

Die medizinischen Voraussetzungen einer möglichen Hilfsmittelversorgung der Krankenkassen nach § 33 SGB V ist stets vorrangig zu prüfen. Erst wenn medizinisch der Anspruch gegen die Krankenkasse zu verneinen ist, ist der Weg für eine Prüfung der pflegerischen Voraussetzungen eines Anspruchs nach § 40 SGB XI eröffnet. Dementsprechend sind zunächst die unter „A. Bewertung zu den Versorgungszielen der Krankenversicherung“ genannten Schritte zu bearbeiten. Erst dann, wenn erkennbar ist, dass die medizinischen Voraussetzungen für eine mögliche Leistungszuständigkeit der Krankenkasse nicht bestehen, wird eine Bewertung zu den Versorgungszielen der Pflegeversicherung erstellt (siehe „B. Bewertung zu den Versorgungszielen der Pflegeversicherung“).

LEGENDE ZU A.: Bewertung zu den Versorgungszielen der Krankenversicherung

Die gutachterliche Bewertung, ob Versicherte der Krankenkasse, die auch Pflegebedürftige nach dem SGB XI sind und Leistungen bei häuslicher Pflege beziehen, mit Hilfsmitteln der Krankenkasse versorgt werden müssen, hat sich an den Aufgaben und Zielen der Krankenversicherung zu orientieren. Deshalb ist zunächst über die Schritte 1) bis 3) zu bewerten, ob das verordnete oder beantragte Produkt in dem vorliegenden Einzelfall einem der gesetzlich genannten Versorgungsziele dienen kann.

Anschließend erfolgt die Bewertung, ob das Produkt auch im konkreten Einzelfall erforderlich ist, um die Versorgungsziele der Krankenversicherung zu erreichen

LEGENDE ZU SCHRITT 1): Dient das Produkt im Einzelfall einer Sicherung des Erfolges der Krankenbehandlung oder Vorbeugung einer Behinderung?

Im Zentrum steht die Frage, ob das beantragte Produkt auf die Krankheit und eine ggf. drohende Behinderung einwirkt und zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes führen soll. Produkte, die der Behandlung von Krankheitszuständen oder der Vorbeugung einer Behinderung dienen sollen, tragen dazu bei, eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder die Krankheitsbeschwerden zu lindern. Zu solchen Produkten zählen u.a. Applikationshilfen, bestimmte Bandagen, Einlagen, Inhalations- und Atemtherapiegeräte, Elektrostimulationsgeräte, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie, Messgeräte für Körperzustände / -funktionen.

LEGENDE ZU SCHRITT 2): Dient das Produkt im Einzelfall einem unmittelbaren Ausgleich einer Behinderung?

Hierbei handelt es sich um Produkte, die dem Ersatz oder der unmittelbaren Unterstützung einer ausgefallenen oder beeinträchtigten Körperfunktion dienen, wie Hörgeräte, Prothesen, Orthesen, orthopädische Schuhe. Ziel ist, die verlorengegangene Funktion wieder zu erlangen.

LEGENDE ZU SCHRITT 3): Dient das Produkt im Einzelfall einem mittelbaren Ausgleich einer Behinderung?

Produkte, die dem mittelbaren Ausgleich der Behinderung dienen, setzen nicht direkt an der funktionellen oder strukturellen Schädigung an, sondern bewirken eine Kompensation von Beeinträchtigungen der Aktivitäten, die ohne den Einsatz eines Hilfsmittels nicht möglich wären. Typische Beispiele sind Badehilfen, Krankenfahrzeuge, Krankenpflegeartikel, Mobilitätshilfen, Toilettenhilfen. Sie ersetzen nicht die verlorengegangene Körperfunktion, ermöglichen allerdings dem behinderten Menschen, ggf. mit Unterstützung einer Hilfsperson, die Durchführung von Aktivitäten im Bereich der Grundbedürfnisse des täglichen Lebens.

LEGENDE ZU SCHRITT 4): Hinweis auf Versorgungsausschluss zu Lasten der Krankenversicherung

Trägt das Produkt nicht dazu bei

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

ist dies entsprechend gutachterlich darzulegen. Auch ist zu prüfen, ob es sich hier um allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens handelt, die zum allgemeinen Lebensbedarf oder zu den Kosten der normalen Lebenshaltung gehören. Die Anschaffung solcher Produkte wird in der Regel der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet.

Im Ausnahmefall können solche Produkte jedoch zu den Zielen einer Versorgung mit Pflegehilfsmitteln beitragen. Ergänzend zu den Feststellungen hat die Gutachterin/der Gutachter dann darzulegen, ob das Produkt zu den Zielen der Pflegeversicherung nach § 40 Abs. 1 SGB XI beiträgt (siehe Legende B.).

LEGENDE ZU SCHRITT 5): Ist das Produkt im Einzelfall erforderlich, den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung unmittelbar auszugleichen?

Soll das beantragte Produkt dazu dienen, eines der hier genannten Ziele zu erreichen, sind die medizinischen Voraussetzungen im Einzelnen zu prüfen.

Bei Produkten, die den Erfolg der Krankenbehandlung sichern, ist zu beurteilen, ob die Versorgung der/des Versicherten erfolgversprechend möglich und notwendig ist. Unter Beachtung des ärztlichen Behandlungskonzeptes sind vor allem Feststellungen zur konkreten Indikation und zu konkret vorliegenden Kontraindikationen zu treffen. Gleiches gilt auch für Versorgungen, die einer drohenden Behinderung vorbeugen sollen. Die zentralen Fragen sind:

- Wie wirkt sich das beantragte Produkt auf das Krankheitsbild und die zugehörigen funktionellen / strukturellen Schädigungen aus?
- Kann die/der Versicherte das Produkt zielgerichtet nutzen?

Bei Produkten, die einen unmittelbaren Behinderungsausgleich herbeiführen sollen, ist die individuelle Eignung der/des Versicherten unter Beachtung von Kontraindikationen zu bewerten und darzulegen, ob die Versorgung erfolgversprechend durchführbar erscheint. Zentrale Fragen sind:

- Führt das Produkt im vorliegenden Einzelfall zu einer weitgehenden Wiederherstellung der ausgefallenen oder beeinträchtigten Körperfunktion?
- Wie wirkt sich das Produkt konkret auf die beeinträchtigten Aktivitäten, insbesondere im Bereich der elementaren Grundbedürfnisse, aus und inwieweit ist es geeignet, die beeinträchtigten Aktivitäten im gesamten täglichen Leben auszugleichen?
- Kann die/der Versicherte das Produkt zielgerichtet nutzen?

LEGENDE ZU SCHRITT 6): Negative Empfehlung zur HIMI-Versorgung aus Schritt 5

Ergibt sich, dass im Einzelfall die Versorgung der/des Versicherten mit dem beantragten Produkt nicht erforderlich ist, sind die gutachterlichen Feststellungen nachvollziehbar darzulegen. Ggf. können im Gutachten erfolgversprechende und notwendige Alternativen zur vorgeschlagenen/beantragten Versorgung aufgezeigt werden. Wird eine alternative Hilfsmittelversorgung vorgeschlagen, ist dies als positive Empfehlung zu werten (siehe Legende zu Schritt 8).

Bei gezielter Fragestellung durch die Krankenkasse ist darzulegen, ob das Produkt im individuellen Fall zu den Zielen der Pflegeversicherung nach § 40 Abs. 1 SGB XI beiträgt (siehe Legende 9 und Legende B).

LEGENDE ZU SCHRITT 7): Ist das Produkt im Einzelfall erforderlich, eine Behinderung mittelbar auszugleichen?

Bei Produkten, die einen mittelbaren Behinderungsausgleich herbeiführen sollen, ist die individuelle Eignung für die Versicherte/den Versicherten unter Beachtung von Kontraindikationen zu bewerten und darzulegen, ob die Versorgung erfolgversprechend durchführbar erscheint. Zu bewerten ist insbesondere, in welchem Umfang durch die Anwendung des Produktes Grundbedürfnisse des täglichen Lebens beeinflusst werden. Zentrale Fragen sind:

- Ermöglicht das Produkt der/dem Versicherten eine Kompensation von Beeinträchtigungen der Aktivitäten im Rahmen der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens, die ohne den Einsatz eines Hilfsmittels nicht möglich wären?
- Kann die/der Versicherte das Produkt zielgerichtet nutzen oder in welcher Art und in welchem Umfang benötigt sie/er Hilfestellungen?
- Dient das Produkt dem Ausgleich einer Behinderung in mehr als marginalem Umfang?

Zu den Grundbedürfnissen des täglichen Lebens zählen nach ständiger Rechtsprechung:

- die körperlichen Grundfunktionen (z. B. die Bewegungsfreiheit wie das Gehen, das Stehen, das Treppensteigen, das Sitzen, das Liegen, das Greifen, das Sehen, das Sprechen, das Hören, die Nahrungsaufnahme, das Ausscheiden),
- die allgemeinen Verrichtungen des täglichen Lebens (z. B. die elementare Körperpflege, das An- und Auskleiden, das selbstständige Wohnen, die Möglichkeit, die Wohnung zu verlassen und die Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind),

- die Erschließung eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums im Nahbereich der Wohnung (z. B. die Aufnahme von Informationen, die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, das Erlernen eines lebensnotwendigen Grundwissens [Schulwissens] sowie die Integration eines behinderten Kindes in die Gruppe Gleichaltriger).

LEGENDE ZU SCHRITT 8): Positive Empfehlung zur HIMI-Versorgung

Ergibt sich, dass im Einzelfall die Versorgung der/des Versicherten mit dem beantragten Produkt

- den Erfolg der Krankenbehandlung sichert,
- einer drohenden Behinderung vorbeugt oder
- eine Behinderung unmittelbar oder mittelbar ausgleicht,

ist dies gutachterlich zusammenfassend nachvollziehbar darzulegen.

Eine positive Empfehlung in diesem Sinne ergibt sich auch dann, wenn die Gutachterin/der Gutachter die Versorgung mit dem beantragten Produkt nicht empfehlen kann, aber eine erfolgversprechende und notwendige Versorgung mit anderen Hilfsmitteln aufzeigt.

LEGENDE ZU SCHRITT 9): Negative Empfehlung zur HIMI-Versorgung aus Schritt 7

Sind die Voraussetzungen für die Hilfsmittelversorgung zu Lasten der Krankenversicherung nicht gegeben, ist dies unter Berücksichtigung der Umstände des konkreten Einzelfalls zusammenfassend nachvollziehbar darzulegen.

Ergibt sich, dass mit dem Produkt kein Behinderungsausgleich oder ein nur marginaler Behinderungsgleich in solch geringem Maße erreicht werden kann, das eine Leistungspflicht der Krankenversicherung nicht gerechtfertigt erscheint, werden ergänzende Feststellungen des Gutachters notwendig, ob das Produkt als Pflegehilfsmittel in Betracht kommt, da es allein oder ganz überwiegend den Zwecken der Pflege dient. Ergänzend zu den Feststellungen hat die Gutachterin/der Gutachter dann detailliert darzulegen, ob, bei welchen Verrichtungen und in welchem Umfang das Produkt zu den Zielen der Pflegeversicherung nach § 40 Abs. 1 SGB XI beiträgt (siehe Legende B). Dies betrifft insbesondere Produkte, die über eine Doppelfunktion verfügen.

LEGENDE ZU B.: Bewertung zu den Versorgungszielen der Pflegeversicherung

Besteht nach den Prüfschritten der Legende zu A kein Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse, kann ein Produkt - selbst dann, wenn es im Hilfsmittelverzeichnis gelistet ist - als Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 1 SGB XI in Betracht kommen.

Zur leistungsrechtlichen Prüfung der Pflegekasse, ob ein Anspruch auf Versorgung als Pflegehilfsmittel besteht, sind insbesondere Feststellungen zu treffen, ob das beantragte Produkt bei den Aktivitäten bzw. pflegerischen Verrichtungen der:

- Körperpflege (insbesondere Waschen, Duschen, Baden, Darm- und Blasenentleerung),
- Ernährung (mundgerechte Zubereitung der Nahrung, Aufnahme der Nahrung),
- Mobilität (insbesondere Aufstehen und Zubettgehen, (Um-)Lagern, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Transfer, Treppensteigen)

im konkreten Einzelfall der Erleichterung der Pflege, der Linderung der Beschwerden oder der Ermöglichung einer selbstständigeren Lebensführung dient.

Anhand der konkret noch durchführbaren und nicht durchführbaren Aktivitäten der/des Pflegebedürftigen und der pflegerischen Aktivitäten der Pflegeperson bzw. Pflegefachkraft ist darzulegen, wie sich der Einsatz des Produktes auf die vorgenannten Versorgungsziele auswirkt.

Kommt eine Versorgung als Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 1 SGB XI nicht in Betracht, ist ggf. zu prüfen, ob es sich um eine Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes handelt. Zur leistungsrechtlichen Prüfung der Pflegekasse, ob ein Anspruch auf Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen (z. B. mit technischen Hilfen) besteht, sind insbesondere Feststellungen zu treffen, ob das beantragte Produkt im Einzelfall dazu dient;

- die häusliche Pflege zu ermöglichen oder erheblich zu erleichtern oder
- eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wieder herzustellen.

3 Ergebnismitteilung bei der Prüfung der Notwendigkeit der Hilfs-/ Pflegehilfsmittelversorgung im Einzelfall

Die Ergebnisdokumentation hat den üblichen sozialmedizinischen Standards zu genügen.

In Fällen, in denen die medizinischen Voraussetzungen einer Versorgung zu Lasten der Krankenkasse nicht vorliegen, aber mit der Versorgung die Zwecke nach § 40 Abs. 1 SGB XI erreicht werden, ist vor allem darzulegen:

- Begutachtungsanlass,
- vorgelegte Unterlagen,
- zusammenfassende Angaben zur Krankheits- und Pflege-Vorgeschichte sowie relevante Angaben zum Befund (vor allem Angaben zu relevanten Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie den angegebenen pflegerelevanten Diagnosen; bei Auswertung eines Pflegegutachtens genügt eine knappe Darstellung, wenn auf den Inhalt des Pflegegutachtens und die dort hinterlegten, entscheidungsrelevanten Fakten verwiesen wird),
- sozialmedizinische Beurteilung bezogen auf die Fragestellung des Auftraggebers (vor allem Angaben zur Erreichung des Versorgungszieles und zur Prognose unter Berücksichtigung des Pflegegutachtens und der Kriterien des Kapitels 2.3.), ggf. Hinweise auf Versorgungsalternativen (z.B. wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach § 40 Abs. 4 SGB XI),
- sozialmedizinische Empfehlung unter Darlegung,
 - warum eine Versorgung zu Lasten der Krankenkasse nicht empfohlen wird,
 - für welche Verrichtung und in welchem Umfang das Produkt im Rahmen der Pflege eingesetzt werden soll und
 - ob der Einsatz des Produktes den Zwecken nach § 40 Abs. 1 SGB XI dient.