Die Verbesserung der Schnittstellenproblematik zwischen Kranken- und Pflegeversicherung aus aufsichtsrechtlicher Sicht

Thesenpapier zur 14. Münsterischen Sozialrechtstagung am 5. Dezember 2008

Dr. Rainer Daubenbüchel, Präsident des Bundesversicherungsamtes a.D.

Abgrenzung zwischen häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V und Leistungen bei häuslicher Pflege nach § 36 SGB XI

Anspruch auf Behandlungspflege

- nach § 37 Abs. 1 SGB V (Krankenhausverhinderungspflege)
- nach § 37 Abs. 2 (Behandlungssicherungspflege)

richten sich bei häuslicher Pflege immer gegen die Krankenkasse.

Anspruch auf Behandlungspflege nach § 37 SGB V

Grundsätzlich unabhängig von der gleichzeitigen Gewährung von häuslicher Grundpflege nach § 36 Abs. 2 SGB XI

Ausnahme:

Zeitlicher und funktionaler Zusammenhang einer Maßnahme der Behandlungspflege mit der Grundpflege nach § 36; dann Leistungspflicht der Pflegeversicherung.

BSG, NZS 2002, 484 f.

§ 34 Abs. 2 SGB XI:

Vorrang eines Anspruchs auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nach § 37 Abs. 1 SGB V gegenüber einem entsprechenden Anspruch nach § 36 SGB XI.

§ 37 Abs. 2 S. 6 SGB V:

Bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit wird Leistung von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung als Satzungsleistung nach § 37 Abs. 2 SGB V unzulässig.

Stationäre Versorgung Pflegebedürftiger:

- Kein Schnittstellenproblem zwischen Kranken- und Pflegekasse; denn:
  § 40 SGB XI – Anspruch auf Pflegehilfsmittel – gilt nur im Bereich der häuslichen Pflege. Im stationären Bereich Abgrenzung allein zwischen der Leistungspflicht der Krankenkasse und der Vorhaltepflicht des Heimträgers.

Verpflichtung des Heimträgers

- zur medizinischen Behandlungspflege,
- Versorgung mit den notwendigen Hilfsmitteln, soweit sie dem in der Einrichtung üblichen Pflegebetrieb entsprechen
  Regelung von Einzelheiten durch den Versorgungsvertrag
- BSG, Urt. v. 15.11.2007, B 3 A 1/07 R

Schnittstellenprobleme in der häuslichen Pflege

Für pflegebedürftige Versicherte sehen sowohl das SGB V als auch das SGB XI Ansprüche auf Versorgung mit Hilfsmitteln vor.

§ 33 Abs. 1 S. 1 SGB V:

Anspruch von Versicherten auf Versorgung mit Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind

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

Nach § 40 Abs. 1 S. 1 SGB XI haben Pflegebedürftige Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln,

- die zur Erleichterung der Pflege oder
- zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder
- ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen.

Subsidiarität des Anspruchs nach § 40 Abs. 1 S. 1:

Ausschluss des Anspruchs, soweit Hilfsmittel wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung o.a. zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind.

Leistungsausschluss sowohl in der KV als auch in der Pflegeversicherung für allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens.

Kern der Schnittstellenproblematik

Teilweise Überschneidung des gesetzlichen Zieles „Behinderungsausgleich“ (§ 33 Abs. 1 SGB V) mit den Zielen „Erleichterung der Pflege“ und „selbständige Lebensführung der Pflegebedürftigen“ (§ 40 Abs. 1 S. 1 SGB XI).

Keine Lösung durch Hilfsmittelverzeichnisse

Hilfsmittelverzeichnisse haben weder abschließenden noch verbindlichen Charakter i.S. einer „Positivliste“.

Reine Orientierungs- und Auslegungshilfen.
BSG v. 15.11.2007, a.a.O.

Klarstellung durch das Bundessozialgericht Urt. v. 15.11.2007, B3A1/07R

- Bestätigung des Vorrangs des Anspruchs nach § 33 Abs. 1 SGB V.
- Keine Doppelzuständigkeit der Leistungsträger im Überschneidungsbereich.
- Dort Hilfsmittelanspruch zu Lasten der Pflegeversicherung nur dann, wenn das Hilfsmittel „allein“ oder „ganz überwiegend“ der Erleichterung der Pflege oder einem der beiden anderen in § 40 SGB XI genannten Ziele dient.

Erläuterung von „ganz überwiegend“

Kein Anspruch nach § 33 SGB V, wenn im konkreten Einzelfall ein Behinderungsausgleich „zwar marginal bzw. in äußerst geringem Maße“ noch vorstellbar ist, der Aspekt der Pflegeerleichterung aber so weit überwiegt, dass eine Leistungspflicht der Krankenkasse nicht gerechtfertigt wäre.

Erhöhte Anforderungen an die Dokumentation

Die gebotene Prüfung im Überschneidungs-bereich ist unter Berücksichtigung der Umstände des konkreten Einzelfalles vorzunehmen und zu dokumentieren.

Insbesondere: Darlegungspflicht der Kräfte des MDK, bei welcher Verrichtung und in welchem Umfang ein Behinderungsausgleich noch möglich ist.

Erhebliche Fehlbuchungen zu Lasten der Pflegeversicherung

- Rechtswidrige Genehmigung insbesondere von technischen Hilfsmitteln zu Lasten der Pflegekassen
- Regelmäßige Begründung: Mit den Hilfsmitteln wird „auch“ eine Erleichterung der Pflege erreicht.
- Fehlbuchungen in dreistelliger Millionenhöhe

Schadenseintritt beim Ausgleichsfonds

Erheblicher finanzieller Anreiz für Fehlbuchungen;
denn:
im Finanzausgleich der Pflegeversicherung werden sämtliche angefallenen Kosten vollständig ausgeglichen.
Erhebliche Schädigung des Ausgleichsfonds.

Unterschiedliche Reaktion der Aufsichtsbehörden

- Das BVA und einige Landesaufsichten haben Korrekturen konsequent durchgesetzt.
- Andere Landesaufsichten haben zwar beanstandet, aber keine Korrekturen durchgesetzt.
- Zusätzliche Folge: Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen.

Korrektur von Fehlbuchungen im Finanzausgleich der Pflegeversicherung durch das BVA als Verwalter des Ausgleichsfonds.

Verantwortung des BVA, dass dem Ausgleichs-fonds zu Unrecht entzogene Mittel wieder zugeführt werden.

Korrekturmöglichkeit durch Berücksichtigung der Erstattungsansprüche der Pflegekasse gegen die Krankenkasse in Höhe der Fehlbuchungen.

Erstattungsforderungen werden beim Finanzausgleich als Vermögen der Pflegekasse berücksichtigt.

Folge: Je nach Finanzlage der Pflegekasse geringere Ausgleichsforderung oder höhere Zuweisung an den Ausgleichsfonds.

Musterverfahren mit einem landesunmittelbaren Träger noch nicht abgeschlossen.

Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!