

Finanzierung von Pflegehilfsmitteln – ein ungelöstes Problem



Hardy Landolt

Prof. Dr. iur. LL. M., Lehrbeauftragter an der Universität St. Gallen für Haftpflicht-, Privat- und Sozialversicherungsrecht, wissenschaftlicher Konsulent des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis der Universität St. Gallen sowie Rechtsanwalt und Notar, Glarus

Inhaltsübersicht

- I. Einleitung
- II. Unfallversicherungsrechtliche Leistungspflicht
- III. Invalidenversicherungsrechtliche Leistungspflicht
- IV. Krankenversicherungsrechtliche Leistungspflicht
 - A. Allgemeines
 - B. Anspruch auf Mittel und Gegenstände, welche der Untersuchung oder Behandlung dienen
 - C. Umfang der Leistungspflicht
- V. Ergänzungsleistungsrechtliche Leistungspflicht

I. Einleitung [↑]

Pflegebedürftige Personen benötigen regelmässig nicht nur persönliche Dienstleistungen, sondern auch Hilfsmittel unterschiedlichster Art. Um eigentliche Pflegehilfsmittel handelt es sich dann, wenn das fragliche Hilfsmittel im Zusammenhang mit Pflegedienstleistungen oder alternativ anstelle von Pflegedienstleistungen von der betroffenen Person benötigt wird. Nach der sozialversicherungsrechtlichen Nomenklatur handelt es sich bei den Hilfsmitteln um Sachleistungen.¹

Die Leistungspflicht für Pflegehilfsmittel ist nicht einheitlich geregelt, sondern hängt davon ab, welcher Sozialversicherungsträger für die Pflegebedürftigkeit leistungspflichtig ist. Sind mehrere Sozialversicherungsträger leistungspflichtig, richtet sich der Umfang der Leistungspflicht nach den Bestimmungen des jeweiligen Einzelgesetzes. Zwischen den einzelnen Sozialversicherungsträgern besteht folgende Rangfolge: Prioritär leistungspflichtig ist die Militär- oder die Unfallversicherung; besteht keine Leistungspflicht der Militär- oder der Unfallversicherung, ist die Invalidenversicherung

oder die Alters- und Hinterlassenenversicherung leistungspflichtig. Besteht auch diesbezüglich keine Leistungspflicht, ist die Krankenversicherung subsidiär leistungspflichtig.²

Begründet ein Versicherungsfall einen Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen, bestehen aber Zweifel darüber, welcher Sozialversicherungsträger die Leistungen zu erbringen hat, so kann die berechnigte Person Vorleistung verlangen. Vorleistungspflichtig ist die Krankenversicherung für Sachleistungen, deren Übernahme durch die Krankenversicherung, die Unfallversicherung, die Militärversicherung oder die Invalidenversicherung umstritten ist.³ Der Sozialversicherungsträger ist berechnigt, die Leistungspflicht für Sachleistungen einzuschränken, wenn die pflegebedürftige Person die Schadensminderungspflicht im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG verletzt hat. Keine Leistungseinschränkung ist demgegenüber – anders als bei den Geldleistungen – bei einer schuldhaften Herbeiführung des Versicherungsfalles zulässig.⁴

II. Unfallversicherungsrechtliche Leistungspflicht ↑

Pflegebedürftige Personen, welche einen gemäss UVG versicherten Unfall oder eine Berufskrankheit erlitten haben, haben Anspruch auf einfache und zweckmässige Hilfsmittel, welche körperliche Schädigungen oder Funktionsausfälle ausgleichen.⁵ Der Umfang der versicherten Hilfsmittel ist vom Bundesrat im Rahmen einer Hilfsmittelliste zu regeln.⁶ Das Eidgenössische Departement des Innern hat die Leistungspflicht in der Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Unfallversicherung (HVUV) vom 18. Oktober 1984⁷ näher geregelt. Es gilt weitaus das positive Listenprinzip, wonach nur gelistete Hilfsmittel beansprucht werden können. Die Hilfs-

Pflegerecht 2018 - S. 26

mittelliste der HVUV führt folgende Hilfsmittelkategorien auf:

- **1 Prothesen**
 - 1.01 Funktionelle Fuss- und Beinprothesen
 - 1.02 Hand- und Armprothesen
 - 1.03 Brustexoprothesen
- **2 Stütz- und Führungsapparate für Gliedmassen**
 - 2.01 Beinapparate
 - 2.02 Armapparate
- **3 Orthopädische Stützkorsetts**
 - 3.01 Stützkorsetts
 - 3.02 Lendenmieder
- **4 Orthopädisches Schuhwerk**
 - 4.01 Orthopädische Massschuhe
 - 4.02 Kostspielige orthopädische Änderungen an Serienschuhen
 -

- 4.03 Schuheinlagen
- **5 Hilfsmittel für Defekte im Kopfbereich**
 - 5.01 Augenprothesen und Augenepithesen
 - 5.02 Ohrmuschelersatz
 - 5.03 Nasenersatzstücke
 - 5.04 Kieferersatzstücke und Gaumenplatten
 - 5.05 Zahnprothesen
 - 5.06 Perücken
- **6 Hörapparate**
 - 6.01 Hörapparate
- **7 Brillen**
 - 7.01 Brillen
 - 7.02 Kontaktlinsen
- **8 Sprechhilfegeräte**
 - 8.01 Sprechhilfegeräte als Ersatz für die Kehlkopffunktion
- **9 Fahrstühle**
 - 9.01 Fahrstühle ohne motorischen Antrieb
 - 9.02 Fahrstühle mit elektromotorischem Antrieb, sofern gehunfähige Versicherte infolge von Lähmungen oder anderen Gebrechen der oberen Extremitäten einen gewöhnlichen Fahrstuhl nicht bedienen und sich nur dank elektromotorischem Antrieb selbständig fortbewegen können.
- **11 Hilfsmittel für Blinde und hochgradig Sehschwache**
 - 11.01 Blindenlangstöcke
 - 11.02 Lupenbrillen
- **12 Gehhilfen**
 - 12.01 Krückstöcke
 - 12.02 Gehwagen und Gehböcke

III. Invalidenversicherungsrechtliche Leistungspflicht [↑]

Ist die Pflegebedürftigkeit nicht auf einen gemäss UVG versicherten Unfall oder eine Berufskrankheit zurückzuführen, beurteilt sich die Leistungspflicht für allfällige Hilfsmittel nach Massgabe der invalidenversicherungsrechtlichen Grundsätze. Im Geltungsbereich der obligatorischen Unfallversicherung hat die versicherte Person Anspruch auf die Hilfsmittel, welche in der vom Bundesrat aufzustellenden Liste aufgeführt sind. Das IVG unterscheidet dabei – im Gegensatz zum UVG – zwischen Hilfsmitteln, welche die versicherte Person für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit oder der angestammten Tätigkeit im Aufgabenbereich oder zum Zwecke der funktionellen Angewöhnung benötigt⁸, und solchen Hilfsmitteln, welche die versicherte Person für die Fortbewegung, für die Herstellung des Kontakts mit der Umwelt oder für die Selbstsorge benötigt.⁹

Das Eidgenössische Departement des Innern hat den Hilfsmittelanspruch in der Verordnung des EDI über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (HVI) vom 29. November 1976¹⁰

geregelt, wobei ebenfalls das positive Listenprinzip gilt. Danach ist die versicherte Person berechtigt, die auf der Liste aufgeführten, aber nur diese Hilfsmittel geltend zu machen. Das positive Listenprinzip wird insoweit gelockert, als der versicherten Person die sogenannte «Austauschbefugnis» zusteht. Schafft sich die versicherte Person ein auf der Hilfsmittelliste aufgeführtes Hilfsmittel oder ein nicht gelistetes Hilfsmittel, das funktionell gleichwertig wie ein gelistetes Hilfsmittel ist, auf eigene Kosten an, hat der zuständige Sozialversicherungsträger ausnahmsweise die Kosten zu ersetzen.¹¹

Die Hilfsmittelliste der HVI führt folgende Hilfsmittelkategorien auf:¹²

- *1 Prothesen*
 - 1.01 Definitive funktionelle Fuss- und Beinprothesen
 - 1.02 Definitive Hand- und Armprothesen
 - 1.03 Definitive Brustexoprothesen
- *2 Orthesen*
 - 2.01 Beinorthesen
 - 2.02 Armorthesen
 - 2.03 Rumpforthesen
 - 2.04 Halsorthesen
- *4 Schuhwerk und orthopädische Schuheinlagen*
 - 4.01 Orthopädische Massschuhe und orthopädische Serienschuhe einschliesslich Fertigungskosten

Pflegerecht 2018 - S. 27

 - 4.02 Orthopädische Änderungen und Schuhzurichtungen an Konfektionsschuhen oder orthopädischen Spezialschuhen
 - 4.03 Orthopädische Spezialschuhe
 - 4.04 Invaliditätsbedingter Mehrverbrauch von Konfektionsschuhen
 - 4.05* Orthopädische Schuheinlagen
- *5 Hilfsmittel für den Kopfbereich*
 - 5.01 Augenprothesen
 - 5.02 Gesichtsepithesen
 - 5.05* Zahnprothesen
 - 5.06 Perücken
 - 5.07 Hörgeräte bei Schwerhörigkeit
 - 5.08 Sprechhilfegeräte nach Kehlkopfoperationen
- *7 Brillen und Kontaktlinsen*
 - 7.01* Brillen,
 - 7.02* Kontaktlinsen
- *9 Rollstühle*
 - 9.01 Rollstühle ohne motorischen Antrieb
 - 9.02 Elektrorollstühle

- *10 Motorfahrzeuge und Invalidenfahrzeuge*
 - 10.01* Motorfahräder, zwei- bis vierrädig
 - 10.02* Kleinmotorräder und Motorräder
 - 10.04* Automobile
 - 10.05 Invaliditätsbedingte Abänderungen von Motorfahrzeugen
- *11 Hilfsmittel für blinde und hochgradig sehbehinderte Personen*
 - 11.01 Weisse Stöcke und Navigationsgeräte für Fussgänger
 - 11.02 Blindenführhunde
 - 11.04 Abspielgeräte für Tonträger
 - 11.05* Abspielgeräte für Tonträger
 - 11.06 Lese- und Schreibsysteme
 - 11.07 Lupenbrillen, Ferngläser und Filtergläser,
- *12 Gehhilfen*
 - 12.01 Krückstöcke
 - 12.02 Rollatoren und Gehböcke
- *13 Hilfsmittel am Arbeitsplatz, im Aufgabenbereich, zur Schulung und Ausbildung sowie bauliche Vorkehrungen zur Überwindung des Arbeitsweges*
 - 13.01* Invaliditätsbedingte Arbeits- und Haushaltgeräte sowie Zusatzeinrichtungen, Zusatzgeräte und Anpassungen für die Bedienung von Apparaten und Maschinen
 - 13.02* der Behinderung individuell angepasste Sitz-, Liege- und Stehvorrichtungen
 - 13.03* der Behinderung individuell angepasste Arbeitsflächen
 - 13.04* Invaliditätsbedingte bauliche Änderungen am Arbeitsplatz und im Aufgabenbereich
 - 13.05* Hebebühnen und Treppenlifte sowie Beseitigung oder Änderung von baulichen Hindernissen im und um den Wohn-, Arbeits-, Ausbildungs- und Schulungsbereich
- *14 Hilfsmittel für die Selbstsorge*
 - 14.01 WC-Dusch- und WC-Trockenanlagen sowie Zusätze zu bestehenden Sanitäreinrichtungen
 - 14.02 Krankenheber
 - 14.03 Elektrobetten (mit Aufzugbügel, jedoch ohne Matratze und sonstiges Zubehör)
 - 14.04 Invaliditätsbedingte bauliche Änderungen in der Wohnung
 - 14.05 Treppensteighilfen und Rampen
 - 14.06 Assistenzhund für körperbehinderte Personen,
- *15 Hilfsmittel für den Kontakt mit der Umwelt*
 - 15.02 Elektrische und elektronische Kommunikationsgeräte
 - 15.04 Seitenwendegeräte
 - 15.05 Umweltkontrollgeräte
 - 15.06 SIP-Videophones
 - 15.07 Beiträge an massgefertigte Kleider
 - 15.08 Sturzhelme
 - 15.09 Ellbogen- und Knieschoner für Hämophile
 - 15.10 Spezielle Rehab-Kinder-Autositze für Kinder ohne Kopf- und Rumpfkontrolle

Erreicht die versicherte Person das ordentliche Rentenalter, richtet sich der Hilfsmittelanspruch nach der Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Altersversicherung (HVA) vom 28. August 1978¹³, wobei nach dem Grundsatz der Besitzstandsgarantie die gemäss HVI versichert gewesenen Hilfsmittel weiterhin beansprucht werden können¹⁴. Die Hilfsmittelliste der HVA führt folgende Hilfsmittelkategorien auf:

- **4 Schuhwerk**
 - 4.51 Orthopädische Massschuhe und orthopädische Serienschuhe einschliesslich Fertigungskosten
- **5 Hilfsmittel für den Kopfbereich**
 - 5.52 Gesichtsepithesen
 - 5.56 Perücken
 - 5.57 Hörgeräte für ein Ohr
 - 5.58 Sprechhilfegeräte nach Kehlkopfoperationen
- **9 Rollstühle**
 - 9.51 Rollstühle ohne motorischen Antrieb
- **11 Hilfsmittel für Sehbehinderte**
 - 11.57 Lupenbrillen

Pflegerecht 2018 - S. 28

IV. Krankenversicherungsrechtliche Leistungspflicht ↑

A. Allgemeines ↑

Die in den Hilfsmittellisten HVUV, HVI und HVA nicht erwähnten Hilfsmittel sind vom obligatorischen Krankenpflegeversicherer zu vergüten, sofern und soweit im KVG eine diesbezügliche Vergütungspflicht besteht. Weder KVG noch KVV sehen eine eigentliche gesetzliche Vergütungspflicht für Hilfsmittel, insbesondere Pflegehilfsmittel, wie sie beispielsweise in 14 der Hilfsmittelliste HVI erwähnt sind, vor. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung hat als Heilungskostenversicherung lediglich eingeschränkt für die Mittel und Gegenstände, welche der Untersuchung oder der Behandlung dienen, aufzukommen. Eine entsprechende Leistungspflicht kennt auch das UVG.¹⁵ Insoweit ist zwischen Pflegehilfsmitteln, welche der Untersuchung oder Behandlung dienen, und anderen Pflegehilfsmitteln zu unterscheiden.

B. Anspruch auf Mittel und Gegenstände, welche der Untersuchung oder Behandlung dienen ↑

Die krankenversicherungsrechtliche Leistungspflicht setzt – im Gegensatz zum Hilfsmittelanspruch gemäss HVUV, HVI und HVA – voraus, dass das versicherte Mittel bzw. der versicherte Gegenstand

von einem Arzt oder einem Chiropraktor verordnet¹⁶ und von einem anerkannten Leistungserbringer abgegeben worden ist. Als Leistungserbringer anerkannt sind die Abgabestellen, welche nach kantonalem Recht zugelassen sind und mit einem Krankenversicherer einen Vertrag über die Abgabe von der Untersuchung oder der Behandlung dienenden Mitteln und Gegenständen abgeschlossen haben.¹⁷

Der obligatorische Krankenpflegeversicherer hat für die versicherten Mittel und Gegenstände die gesetzlich vorgeschriebene Vergütung zu leisten, wobei der Tarifschutz unter Vorbehalt der besonderen Bestimmungen gilt,¹⁸ was bedeutet, dass die versicherte Person, sofern die vorgeschriebene Vergütung die tatsächlichen Kosten nicht deckt, eine Zuzahlung leisten muss. Der Gesetzgeber sieht sodann vor, dass das EDI Bestimmungen über die Leistungspflicht und den Umfang der Vergütung erlässt,¹⁹ wobei das zuständige Bundesamt von der Analysen-, Mittel- und Gegenständekommission (EAMGK) beraten wird.²⁰

Aktuell gültig ist die kommentierte Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) vom 1. Januar 2018. Die MiGeL wird in der AS und der SR nicht veröffentlicht,²¹ ist aber online verfügbar.²² Die kommentierte MiGeL gliedert sich wie folgt:

1. Allgemeine Vorbemerkungen
2. Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen von KVG, KVV und KLV
3. Aufnahmeverfahren MiGeL
4. Struktur der MiGeL
 - Produktgruppen
 - Positionsnummern
 - Zuordnung Miete/Kauf, Kumulation von Positionen
 - Limitationen
 - Reparaturen
5. Definitionen und Erläuterungen zu den einzelnen Produktgruppen (gemäss Aufbau MiGeL)
6. Abkürzungen
7. Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)

Rechtsverbindlich ist lediglich die letztgenannte Mittel- und Gegenständeliste (Ziffer 7), nicht aber die Vorbemerkungen und die Erläuterungen (Ziffern 2 bis 6), welche das Bundesamt für Gesundheit explizit als nicht rechtsverbindlich, sondern als blosse Dienstleistung bezeichnet.²³ Die in der MiGeL ab Seite 18 bis Seite 98 aufgeführten Produktgruppen sind folgende:

- Absauggeräte
- Applikationshilfen
- Bandagen
- Bestrahlungsgeräte
- Elektrostimulationsgeräte
- Gehhilfen
- Hörhilfen
- Inhalations- und Atemtherapiegeräte

- Inkontinenzhilfen
- Kälte- und/oder Wärmetherapiemittel
- Kompressionstherapiemittel
- Messgeräte für Körperzustände/-funktionen
- Orthesen
- Prothesen
- Sehhilfen

Pflegerecht 2018 - S. 29

- Stomaartikel
- Therapeutische Bewegungsgeräte
- Tracheostoma-Hilfsmittel
- Verbandmaterial
- Verschiedenes

C. Umfang der Leistungspflicht ↑

1. Hilfsmittel, welche der Untersuchung oder Behandlung dienen

Die MiGeL gilt nur, wenn das versicherte Mittel oder der versicherte Gegenstand von der versicherten Person selbst oder mithilfe einer nicht beruflich an der Untersuchung oder der Behandlung mitwirkenden Person angewendet wird.²⁴ Die Vergütungspflicht des Krankenversicherers für versicherte Mittel und Gegenstände richtet sich bei einer Abgabe durch den anerkannten Leistungserbringer nicht nach der MiGeL, sondern nach Massgabe der abgeschlossenen Tarifverträge.

2. Pflegeverbrauchsmaterialien

Seit dem Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung sind Pflegemassnahmen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur dann vollumfänglich versichert, wenn die fragliche Pflegemassnahme in einem Spital erbracht wird. Mit Bezug auf ambulant erbrachte Pflegemassnahmen ist der obligatorische Krankenpflegeversicherer mit Bezug auf Pflegedienstleistungen nur noch zur Leistung eines Beitrages verpflichtet. Unklar ist, ob und inwieweit für Pflegesachleistungen überhaupt noch bzw. inwieweit eine Leistungspflicht besteht. Art. 25 Abs. 2 lit. b KVG und Art. 20 KLV erwähnen nämlich Pflegesachleistungen nicht, weshalb sich die Frage stellt, ob für Pflegeverbrauchsmaterialien überhaupt eine Vergütungspflicht besteht.

Pflegeverbrauchsmaterialien sind teilweise gelistet bzw. mit Limitationen versehen in der MiGeL aufgeführt. In der Praxis bestehen aktuell aber zahlreiche Unklarheiten, ob und inwieweit eine Leistungspflicht für Pflegeverbrauchsmaterialien besteht. Der Bundesrat hat in einer Stellungnahme

vom 13. 3. 2015 betreffend Motion Nr. 14.4292 von Nationalrätin Ruth Humbel vom 12. 12. 2014 festgehalten:

«Bezüglich der Verrechnung von Pflegematerial ist zu unterscheiden, ob es sich um Material handelt, welches für die Erbringung der Pflegeleistungen notwendig ist, oder ob es sich um Material handelt, welches in den Geltungsbereich der Liste der Mittel und Gegenstände (MiGeL) fällt. ... Die Frage der Abrechnung von Material bei der Pflege wurde von verschiedener Seite bereits eingebracht. Das Bundesamt für Gesundheit führt daher derzeit mit den betroffenen Verbänden Diskussionen, in denen die Praxis bezüglich der Vergütung des Pflegematerials in der Krankenpflege ambulant und im Pflegeheim analysiert wird.»²⁵

Die von den Leistungserbringern abgeschlossenen Tarifverträge unterscheiden sich hinsichtlich der Vergütung für Mittel und Gegenstände nicht unerheblich. Die Tarifverträge, die der Schweizerische Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner abgeschlossen hat, sehen je nach Krankenversicherer eine Übernahme des MiGeL-Tarifs mit und ohne eines Abzuges von 15% vor.²⁶ Derselbe «Rabatt» ist im Administrativvertrag zwischen dem Spitex Verband Schweiz und der Association Spitex Privée Suisse (ASPS) vereinbart,²⁷ während in der Pflegeheimbranche ein tarifloser Zustand herrscht.²⁸

Das Bundesverwaltungsgericht hat erst die Leistungspflicht für Pflegeverbrauchsmaterial, das von Pflegeheimen verwendet wird, grundsätzlich bejaht und ferner erwogen, dass diese tariflich zu regeln ist, wobei kantonale Einzelleistungstarife unzulässig sind.²⁹ In zwei neueren Entscheiden hat das Bundesverwaltungsgericht klargestellt, dass die Kosten für die Materialien zur Applikation durch Pflegefachpersonen im Beitrag, der für die versicherten Pflegeleistungen zu leisten ist, eingeschlossen sind.³⁰

Für die Abgrenzung von Mitteln und Gegenständen zur Selbstanwendung, die unter die Positivlistenpflicht gemäss MiGeL fallen, und zur Fachapplikation, die nicht vergütungspflichtig ist, ist entscheidend, wer das betreffende Produkt als Endverbraucher anwendet oder verwendet. Massgebend ist somit die konkrete Anwendung bzw. Verwendung des Produkts im jeweiligen Einzelfall und nicht, ob (abstrahiert vom Einzelfall) eine Anwendung bzw. Verwendung durch die versicherte Person – allenfalls mit Hilfe einer nicht beruflich mitwirkenden Person – nicht grundsätzlich ausgeschlossen ist.³¹

Pflegerecht 2018 - S. 30

V. Ergänzungsleistungsrechtliche Leistungspflicht [↑]

Das Eidgenössische Departement des Innern erliess gestützt auf Art. 19 aELV am 29. Dezember 1997 die Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (ELKV), welche am 1. Januar 1998 in Kraft trat. Die ELKV sah vor, dass den Bezüglern einer jährlichen Ergänzungsleistung ausgewiesene Krankheits- und Behinderungs-³² sowie Hilfsmittelkosten erstattet bzw. die in der Hilfsmittelliste der ELKV vorgesehenen Hilfsmittel

leihweise abgegeben werden.³³ In der Hilfsmittelliste der ELKV wurden folgende Hilfsmittelkategorien aufgeführt, wobei die mit einem * bezeichneten Hilfsmittel lediglich leihweise abgegeben wurden:

- *I. Hilfsmittel*
 - 2 Orthesen
 - 2.03 Rumpforthesen
 - 4 Schuhwerk
 - 4.02 Kostspielige orthopädische Änderungen/Schuhzurichtungen an Konfektionsschuhen
 - 7 Starbrillen oder Kontaktlinsen nach Staroperationen
 - 11 Hilfsmittel für Blinde und hochgradig Sehschwache
 - 11.01* Blindenlangstöcke
 - 11.02* Blindenführhunde
 - 11.03* Punktschriftschreibmaschinen
 - 11.04* Tonbandgeräte
 - 16 Hilfsmittel für den Kontakt mit der Umwelt
 - 16.01* Elektrische Schreibmaschinen
 - 16.02* Automatische Schreibgeräte
 - 16.03* Tonbandgeräte
 - 16.04* Seitenwendegeräte
 - 16.05* Steuergeräte zur selbständigen Bedienung des Telefons
- *II. Pflegehilfsgeräte und Behandlungsgeräte*
 - 20* Atmungsapparate bei Ateminsuffizienz
 - 21* Inhalationsapparate
 - 22* Automatische Zusätze zu Sanitäreinrichtungen
 - 23* Krankenheber
 - 24* Elektrobetten
 - 25 Nachtstühle
 - 26* Coxarthrosestühle
 - 27* Aufzugständer (Bettgalgen)

Die Ergänzungsleistungen haben durch den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Neuen Finanzausgleich³⁴ eine umfassende Neuregelung erfahren. Gemäss den nunmehr geltenden Bestimmungen werden die vergütbaren Krankheits- und Behinderungskosten im Rahmen bundesrechtlicher Vorgaben³⁵ durch die Kantone bezeichnet.³⁶ Die bundesrechtliche Regelung (Art. 3 bis 18 ELKV) galt bis zum 31. Dezember 2010, sofern und soweit die Kantone keine diesbezüglichen Normen erlassen haben.³⁷

Mit Wirkung ab 1. Januar 2011 sind die Kantone im Rahmen der bundesrechtlichen Vorgaben frei, die ersatzfähigen Kosten und die zu ersetzenden Höchstbeträge zu bestimmen.³⁸ Sie sind insbesondere berechtigt, die Kostenvergütung auf im Rahmen einer wirtschaftlichen und zweckmässigen Leistungserbringung erforderliche Ausgaben zu beschränken. Die Kantone haben von Bundesrecht wegen folgende Kosten zu vergüten:³⁹

- Kosten für zahnärztliche Behandlung,
- Kosten für Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause sowie in Tagesstrukturen,
- Kosten für ärztlich angeordnete Bade- und Erholungskuren,
- Diätkosten,
- Kosten für Transporte zur nächstgelegenen Behandlungsstelle,
- Hilfsmittel und
- die Kostenbeteiligung nach Artikel 64 KVG.

Diese Aufzählung war in der bis zum 31. Dezember 2007 geltenden Regelung abschliessend und ist es auch de lege lata.⁴⁰ Die Kantone sind aber berechtigt, Art und Umfang der ersatzfähigen Kosten innerhalb der vorerwähnten Kostenkategorien zu bestimmen,⁴¹ und können freiwillig andere Kostenkategorien im kantonalen Recht vorsehen. Die Kantone regeln den Umfang der ersatzfähigen Krankheits- und Behinderungskosten unterschiedlich, haben jedoch regelmässig die Regelung des früheren Bundesrechts übernommen.

Pflegerecht 2018 - S. 31

Mit Bezug auf die Kantone, welche die Pflegesachleistungen gemäss Ziffer II. der Hilfsmittelliste der ELKV nicht explizit aufführen, stellt sich die Frage, ob die Kosten der notwendigen Pflegesachleistungen als Anwendungsfall der Pflegekosten gemäss Art. 14 lit. b ELG qualifiziert werden können bzw. Art. 14 ELG zwischen Pflegesachleistungen und Hilfsmitteln unterscheidet.

VI. Kritische Anmerkungen

Das geltende Pflegesachleistungsvergütungsrecht ist heterogen und komplex geregelt. Die Unklarheiten beginnen bereits in begrifflicher Hinsicht, als der Gesetzgeber im ATSG im Sinne eines Oberbegriffes von Hilfsmitteln spricht und damit in Abgrenzung zu den Pflegedienstleistungen auch Pflegehilfsmittel meint, diese Begrifflichkeit aber einzelgesetzlich differenziert bzw. eigentliche Hilfsmittel sowie Mittel und Gegenstände, welche der Untersuchung und Behandlung dienen, unterscheidet.

Die krankenversicherungsrechtliche Regelung geht noch einen Schritt weiter und unterscheidet einerseits Pflegehilfsmittel, welche im Spital oder ambulant verwendet werden, und andererseits Pflegehilfsmittel, welche der Untersuchung und Behandlung dienen, und Pflegehilfsmittel, welche im Rahmen der Grundpflege (sog. Pflegeverbrauchsmaterialien) benötigt werden.

Vor diesem Hintergrund umfassen Pflegesachleistungen:

- Pflegehilfsmittel, welche der Untersuchung und Behandlung dienen,
- Pflegehilfsmittel, welche im Rahmen der Grundpflege benötigt werden,
- Pflegehilfsmittel, welche die Ausübung von Pflegedienstleistungen überhaupt ermöglichen oder erleichtern bzw. welche die versicherte Person für ihre Selbstsorge benötigt.

Es ist nicht nur für die pflegebedürftige Person, sondern auch den Leistungserbringer oft nicht klar, in welche dieser drei Kategorien ein pflegerelevanter Gegenstand zuzuordnen ist. Als Beispiel möge die Dekubitusmatratze dienen: Handelt es sich dabei um ein Pflegehilfsmittel, das der Untersuchung oder Behandlung dient, oder ist eine Dekubitusmatratze Bestandteil des Pflegebetts, das lediglich die Ausübung der Pflegedienstleistungen erleichtert?

Die nicht aufeinander abgestimmte Leistungspflicht der einzelnen Hilfsmittellisten trägt ferner dazu bei, dass oft auch nicht klar ist, welcher Sozialversicherungsträger inwieweit leistungspflichtig ist. Dass dabei die Kantone die ergänzungsleistungsrechtliche Leistungspflicht autonom konkretisieren können, trägt weiter zur Rechtsunsicherheit bei. Es wäre deshalb wünschenswert, wenn der Gesetzgeber eine einheitliche Regelung hinsichtlich der Finanzierung von Pflegehilfsmitteln vorsehen würde.

1 Vgl. Art. 14 ATSG.

2 Vgl. Art. 65 ATSG.

3 Vgl. Art. 70 Abs. 2 ATSG.

4 Vgl. Art. 21 Abs. 1 bis 3 ATSG.

5 Vgl. Art. 11 UVG.

6 Vgl. Art. 11 Abs. 1 UVG.

7 SR 832.205.12.

8 Vgl. Art. 21 Abs. 1 IVG.

9 Vgl. Art. 21 Abs. 2 IVG.

10 SR 831.232.51.

11 Vgl. Art. 8 Abs. 1 HVI.

12 Anspruch auf die in dieser Liste mit (*) bezeichneten Hilfsmittel besteht nur, soweit diese für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit oder die Tätigkeit im Aufgabenbereich, für die Schulung, die Ausbildung, die funktionelle Angewöhnung oder für die in der zutreffenden Ziffer des Anhangs ausdrücklich genannte Tätigkeit notwendig sind.

13 SR 831.135.1.

14 Vgl. Art. 4 HVA.

15 Vgl. Art. 10 Abs. 1 lit. e UVG und Art. 25 Abs. 2 lit. b KVG.

16 Vgl. Art. 25 Abs. 2 lit. b KVG.

17 Vgl. Art. 55 KVV.

18 Vgl. Art. 52 Abs. 1 lit. a Ziff. 3 KVG.

- 19 Vgl. Art. 52 Abs. 1 lit. a Ziff. 3 KVG und Art. 33 lit. e KVV.
- 20 Vgl. Art. 37a lit. b und Art. 37f KVV.
- 21 Vgl. Art. 20a KLV.
- 22 Siehe BAG > Themen > Krankenversicherung > Tarife und Preise.
- 23 Vgl. Kommentierte MiGeL, S. 5.
- 24 Vgl. Art. 20 KLV.
- 25 Siehe <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20144292> (zuletzt besucht am 18. Dezember 2017).
- 26 Die Tarifverträge sind online unter <https://www.sbk.ch/dienstleistungen/freiberufliche-pflege/formulare-und-dokumente.html> verfügbar (zuletzt besucht am 2. Februar 2018).
- 27 Der Tarifvertrag ist online unter <http://www.spitex.ch/Politik/Vertraege/Administrativvertraege/Pg0kl/> verfügbar (zuletzt besucht am 2. Februar 2018).
- 28 Vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-1190/2012 vom 2. Juli 2015 E. 6.8.5 und 7.2 sowie Tarifsuisse-Rundschreiben Nr. 05/2016 vom 28. Januar 2016.
- 29 Vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-1190/2012 vom 2. Juli 2015 E. 6.8.5 und 7.2.
- 30 Vgl. Urteil Bundesverwaltungsgericht C-3322/2015 vom 1. September 2017 E. 9.8; siehe ferner Urteil Bundesverwaltungsgericht C-1970/2015 vom 7. November 2017 (siehe dazu Urteilsbesprechung Nr. 102 in diesem Heft).
- 31 Ibid. E. 9.9.4.
- 32 Vgl. Art. 6 ff. aELKV.
- 33 Vgl. Art. 16 ff. aELKV und Anhang aELKV.
- 34 Siehe Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006 über die Schaffung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (AS 2007, 5779).
- 35 Vgl. Art. 14 Abs. 1 und 3 ELG.
- 36 Vgl. Art. 14 Abs. 2 ELG.
- 37 Vgl. Art. 34 ELG.
- 38 Vgl. Art. 14 Abs. 2 und 3 ELG.
- 39 Vgl. Art. 14 Abs. 1 ELG.
- 40 Vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_84/2009 vom 10. August 2009 E. 4.4. Die Limitierung der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten in Art. 14 ELG verletzt weder das Gleichbehandlungsgebot von Art. 8

Abs. 1 BV und Art. 14 EMRK noch das Recht auf Familienleben gemäss Art. 13 Abs. 1 BV und Art. 8 Ziff. 1 EMRK (vgl. BGE 138 I 225 E. 3.5–3.9).

41 Vgl. Art. 14 Abs. 2 ELG.