

07.10.02

G - FS - In

Gesetzesantrag

der Länder

Bayern, Baden-Württemberg,
Saarland, Sachsen, Thüringen**Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung der Hilfsmittelversorgung
von Pflegebedürftigen (Hilfsmittelsicherungsgesetz - HSG)****A. Zielsetzung**

Der vorliegende Gesetzentwurf dient der dauerhaften Sicherung der Hilfsmittelversorgung von Pflegebedürftigen bei häuslicher und stationärer Pflege. Mit ihm sollen Fehlentwicklungen der vergangenen Jahre entgegengewirkt, vermeidbare finanzielle Belastungen der Pflegebedürftigen, der Pflegeheime, der Sozialhilfeträger und der Pflegekassen vermieden, die Grundlage für eine in sich stimmige und klare gesetzliche Regelung (gerade auch im Hinblick auf die Leistungspflicht der Krankenkassen) geschaffen und der krankenversicherungsrechtliche Hilfsmittelanspruch von stationär gepflegten Versicherten gestärkt werden.

Die Entscheidung, wer für die Versorgung der Pflegebedürftigen mit Hilfsmitteln zuständig ist, darf nicht von den Umständen des Einzelfalles abhängen. Es müssen eindeutige gesetzliche und vertragliche Vorgaben bestehen, ob Pflegebedürftige die benötigten Hilfsmittel von der Krankenkasse oder der Pflegekasse erhalten bzw. ob die Hilfsmittel von einem Pflegeheim vorzuhalten sind. An diese klare Systematik muss die jeweilige Finanzierungszuständigkeit anknüpfen.

Ziel des Gesetzentwurfes ist es, die Zuständigkeiten der Krankenkassen, der Pflegekassen und der Heimträger bei der Versorgung von Pflegebedürftigen mit Hilfsmitteln festzulegen und hierdurch Rechtssicherheit für alle Beteiligten zu schaffen. Den

...

Krankenkassen soll zugleich die Möglichkeit genommen werden, Kosten im Zusammenhang mit der Hilfsmittelversorgung von Pflegebedürftigen auf andere Kostenträger zu verschieben. Hierbei ist es unerheblich, ob sich die von den Krankenkassen eingeleiteten oder vollzogenen Kostenverschiebungen derzeit auf die geltende Fassung des Gesetzes oder die durch die Rechtsprechung vorgenommene Auslegung der gesetzlichen Vorschriften stützen lassen oder nicht.

B. Lösung

Klarstellung der die Hilfsmittelgewährung durch die Pflegekassen bei häuslicher Pflege regelnden Vorschrift des § 40 SGB XI sowie Regelung der Hilfsmittelausstattung der stationären Pflegeeinrichtungen durch Ergänzung der einschlägigen Vorschriften des SGB XI.

C. Alternativen

Keine.

D. Kosten der öffentlichen Haushalte

Keine. Durch die Verhinderung der bisherigen Abgrenzungsstreitigkeiten können bei den Sozialhilfeträgern geringfügig Verwaltungskosten eingespart werden.

E. Sonstige Kosten

Für Krankenkassen, Pflegekassen, Pflegeheimträger und Beitragszahler entstehen insgesamt keine Mehrkosten. Durch die Verhinderung der bisherigen Abgrenzungsstreitigkeiten können geringfügig Verwaltungskosten eingespart werden.

Bundesrat

Drucksache 755/02

07.10.02

G - FS - In

Gesetzesantrag

der Länder

**Bayern, Baden-Württemberg,
Saarland, Sachsen, Thüringen**

Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung der Hilfsmittelversorgung von Pflegebedürftigen (Hilfsmittelsicherungsgesetz - HSG)

Der Bayerische Ministerpräsident

München, den 3. Oktober 2002

An den
Präsidenten des Bundesrates
Herrn Regierenden Bürgermeister
Klaus Wowereit

Sehr geehrter Herr Präsident!

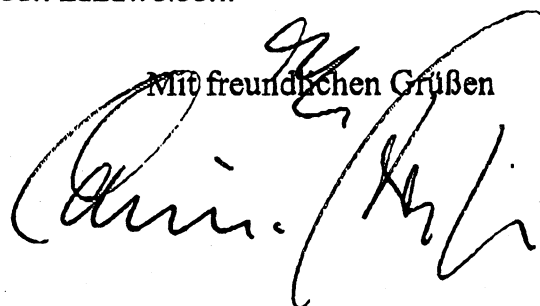
Im Namen der Regierungen der Länder Baden-Württemberg, Bayern, Saarland, Sachsen und Thüringen übermittle ich den in der Anlage mit Vorblatt und Begründung beigefügten

Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung der Hilfsmittelversorgung
von Pflegebedürftigen (Hilfsmittelsicherungsgesetz – HSG)

mit dem Antrag, dass der Bundesrat diesen gemäß Art. 76 Abs. 1 GG im Bundestag einbringen möge.

Ich bitte, den Gesetzentwurf den Ausschüssen zuzuweisen.

Mit freundlichen Grüßen



**Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung der Hilfsmittelversorgung von
Pflegebedürftigen (Hilfsmittelsicherungsgesetz – HSG)**

Vom ...

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. § 40 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Im Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 SGB V aufgeführte Hilfsmittel, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, können durch die Pflegekasse weder bewilligt noch zu ihren Lasten abgerechnet werden.“

b) Der bisherige Satz 2 wird Satz 3.

2. In § 75 Abs. 2 wird nach der Nummer 3 folgende Nummer 3a eingefügt:

„3a. Grundsätze für eine am Versorgungsauftrag orientierte Grundausstattung der Pflegeheime mit Hilfsmitteln,“

3. § 80a Abs. 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 2 Nr. 3 werden hinter dem Wort „Mitarbeiter“ die Worte „und der Grundausrüstung an Hilfsmitteln“ eingefügt.
- b) Nach Satz 3 werden folgende Sätze 4 und 5 angefügt:

„Soweit Hilfsmittel nicht zur vertraglich vereinbarten Grundausrüstung des Pflegeheims gehören, verbleibt es beim Anspruch der Pflegebedürftigen auf Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 33 SGB V. Zur Grundausrüstung eines Pflegeheims gehören insbesondere nicht: Applikationshilfen und Inkontinenzhilfen sowie Hilfsmittel gegen Dekubitus, soweit ihr Einsatz medizinisch erforderlich ist.“

4. Nach § 84 Abs. 4 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu regeln, welche Hilfsmittel, die zur Grundausrüstung eines Pflegeheims gehören, von den Parteien der Pflegesatzvereinbarung bei der Bemessung der Pflegesätze zu berücksichtigen sind.“

Artikel 2

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Begründung

I. Allgemeiner Teil

1. Nach Auffassung der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder sowie des Bundesministeriums für Gesundheit ist die Zuständigkeit der Pflegeversicherung bei der Hilfsmittelversorgung nach § 40 SGB XI (Pflegehilfsmittel als Leistungen bei häuslicher Pflege) gegenüber der Zuständigkeit der Krankenkassen zur Hilfsmittelversorgung nach § 33 SGB V (Hilfsmittel als Leistungen bei Krankheit oder Behinderung) subsidiär (vgl. Wortlaut des § 40 SGB XI: „soweit ... nicht ...“). Die Abgrenzung der Zuständigkeiten erfolgt insbesondere durch das Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 SGB V und das Pflegehilfsmittelverzeichnis nach § 78 SGB XI. Bei der Hilfsmittelgewährung durch die Krankenkassen ist demnach nicht jeweils eine Prüfung vorzunehmen, ob das Hilfsmittel eher medizinischen oder eher pflegerischen Zielsetzungen dient und es dementsprechend entweder der Leistungspflicht der Kranken- oder der Pflegeversicherung zuzuordnen wäre. Hilfsmittel, die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 SGB V aufgeführt sind, können folglich grundsätzlich nicht zulasten der Pflegeversicherung abgerechnet werden.

Während diese Rechtsauffassung nunmehr von der überwiegenden Zahl der Krankenkassen geteilt wird, halten der AOK Bundesverband und seine Mitglieds-kassen weiterhin an der Auffassung fest, es bedürfe einer Entscheidung im Einzelfall, ob ein Hilfsmittel von der Kranken- oder der Pflegeversicherung zu gewähren sei. Ein entsprechendes gerichtliches Verfahren zur Abklärung dieser Rechtsfrage ist derzeit in Bayern anhängig.

Eine solche unterschiedliche Verfahrensweise der verschiedenen Kranken- und Pflegekassen ist nicht länger hinnehmbar, da es hierdurch zu Wettbewerbsverzerrungen insbesondere zwischen den Krankenkassen kommt. Da sich zudem die Ausschöpfung des Rechtswegs durch die Krankenkassen noch jahrelang hinziehen kann, ist ein gesetzgeberisches Handeln zum Zwecke der Klarstellung des

bereits bislang in der gesetzlichen Regelung niedergelegten Willens des Gesetzgebers notwendig. Hierzu wird in der für die Leistungsgewährung der Pflegekassen geltenden Vorschrift des § 40 SGB XI klargestellt, dass zulasten der Pflegeversicherung kein Hilfsmittel bewilligt oder abgerechnet werden kann, das im Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 SGB V aufgeführt und im Einzelfall erforderlich ist, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen.

2. Die Versorgung mit Hilfsmitteln im Pflegeheim ist seit langem problembehaftet. Dabei geht es nicht um eine Abgrenzung der Zuständigkeiten zwischen Kranken- und Pflegeversicherung. Zu beantworten sind vielmehr die Fragen, welche Hilfsmittel das Pflegeheim vorzuhalten hat und welche Hilfsmittel die Heimbewohner und -bewohnerinnen von der Krankenversicherung beanspruchen können. Hierzu finden sich bislang weder im SGB XI noch im SGB V ausdrückliche Regelungen.

Im Zweiten Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung vom 15.03.2001 wird in diesem Zusammenhang zutreffend ausgeführt, dass es sich beim Problemfeld „Hilfsmittelversorgung im Heim“ um Probleme bei der gesetzlichen Aufgabenbeschreibung und bei der Aufgabenwahrnehmung durch die Krankenkassen unter den Bedingungen des Wettbewerbs der Kassen und dem Finanzdruck, der in den Krankenkassen das (restriktive) Verhalten bei der Bewilligung von Leistungen mitbestimmt, handelt.

Im Februar 2000 hat das Bundessozialgericht in mehreren Entscheidungen die Ansicht vertreten, dass die Leistungspflicht der Krankenversicherung dort ende, wo die Vorhalteverpflichtung des Pflegeheimes einsetze. Die Zuständigkeiten zwischen Krankenversicherung und Pflegeheim seien mittels eines räumlichen Abgrenzungskriteriums abzugrenzen. Nach dieser sog. Sphärentheorie habe die gesetzliche Krankenversicherung nur solche medizinisch notwendigen Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen, die nicht der „Sphäre“ der (voll-) stationären Pflege zuzurechnen sind. Die Anwendung dieser Grundsätze führt derzeit dazu, dass von den Krankenkassen in jedem Einzelfall geprüft werden muss, ob ein bestimmtes Hilfsmittel zu den für den üblichen Pflegebetrieb notwendigen Hilfsmitteln gehört und ob das Hilfsmittel der Befriedigung eines allgemeinen Grundbedürfnisses au-

Berhalb des Pflegeheims dient. Die Gewährung eines Rollstuhls als Leistung der Krankenversicherung hängt damit u.a. von der Prüfung der Fragen ab, ob der Rollstuhl ausnahmsweise für den Pflegebedürftigen individuell angepasst ist, ob der Pflegebedürftige mit dem Rollstuhl auch außerhalb des Heimgeländes unterwegs ist, ob diese Ausflüge von Angehörigen oder Pflegekräften organisiert werden, wie häufig diese Ausflüge stattfinden und ob es sich nicht etwa um eine Gartenanlage handelt, die noch zum Heimgelände zu zählen ist.

Die bei der Entscheidungsfindung auftretenden Abgrenzungs- und Nachweisschwierigkeiten gehen zulasten der Pflegebedürftigen, die von den Krankenkassen an die Pflegeheimträger und von den Pflegeheimträgern an die Krankenkassen verwiesen werden.

In seinen jüngsten Entscheidungen vom Juni 2002 hat das Bundessozialgericht klargestellt, dass aus den sog. Rollstuhllurteilen nicht gefolgert werden könne, alle nur im Heim benutzten Hilfsmittel gehörten zur Heimausstattung. So sei etwa ein Hilfsmittel, das der Sicherstellung der ärztlichen Behandlung diene, auch weiterhin ein Hilfsmittel im Sinne der Krankenversicherung, selbst wenn die Behandlungspflege in einer stationären Pflegeeinrichtung noch für eine begrenzte Zeit in unsystematischer Weise zu den Leistungen der Pflegeversicherung gehöre.

Ein von den Spitzenverbänden der Krankenkassen seit März 2002 zur Anwendung empfohlener Abgrenzungskatalog kann an dem bestehenden Zuständigkeitsstreit zwischen Krankenkassen und Pflegeheimen nichts ändern, da die rechtliche Verbindlichkeit des Abgrenzungskatalogs für alle Beteiligten (Krankenkassen, Pflegekassen, Pflegeheimträger) nicht gegeben ist. Zudem ist er selbst wiederum auslegungsbedürftig, da er keine Festlegungen enthält, welche Hilfsmittel in welcher Anzahl für den üblichen Betrieb eines Pflegeheims erforderlich sind und damit zur Ausstattung einer stationären Pflegeeinrichtung gehören.

Aus diesen Gründen ist es notwendig, vertragliche Vereinbarungen der Pflegekassen mit den Heimträgern über die Ausstattung der stationären Pflegeeinrichtungen mit Hilfsmitteln zwingend vorzuschreiben und die Leistungspflicht der Krankenkassen bezogen auf die Hilfsmittelgewährung mit diesen vertraglichen

Festlegungen in Einklang zu bringen. Eine ausgewogene Finanzierungszuständigkeit zwischen Krankenkassen auf der einen Seite und Heimträgern, Pflegebedürftigen und Sozialhilfeträgern auf der anderen Seite hat dabei von folgenden Grundsätzen auszugehen:

- Für die Pflegebedürftigen darf es nicht von den Zufälligkeiten des Einzelfalles abhängen, ob sie einen Leistungsanspruch gegen die Krankenversicherung besitzen oder das Pflegeheim das Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen hat. Insoweit kann es auch nicht auf die einzelvertraglichen Regelungen in den Heimverträgen mit den Pflegebedürftigen ankommen.
- Das Pflegeheim hat all diejenigen Hilfsmittel vorzuhalten, die zur Grundausstattung der Einrichtung gehören. Der Begriff „Grundausstattung“ ist zugleich umfassend und einschränkend zu verstehen. Umfassend deshalb, weil er alle Hilfsmittel beinhaltet, die vom Pflegeheim aufgrund der vertraglichen Vereinbarung mit den Kostenträgern (Pflegekassen, Sozialhilfeträger) für die Versorgung der Pflegebedürftigen vorzuhalten sind. Einschränkend, weil es nur um eine Grundausstattung der Einrichtung geht und die Krankenversicherung auch in den Pflegeheimen einen über die Grundausstattung hinausgehenden Bedarf an Hilfsmitteln abzudecken hat.

Was zur Grundausstattung der Einrichtung bzw. einzelner Abteilungen der Einrichtung gehört, vereinbaren die Vertragspartner der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (Pflegekassen, Sozialhilfeträger, einzelner Pflegeheimträger). In den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI, die landesweit verbindlich sind, sind hierzu die Grundsätze zu regeln. Dabei werden von der Regelungskompetenz der Vertragsparteien auch Hilfsmittel erfasst, die den Anlagegütern zuzuordnen sind.

- Die Leistungspflicht der Krankenkassen korrespondiert mit der Vorhaltepflcht der Heimträger. Das heißt, die Leistungspflicht der Krankenversicherung nach § 33 SGB V besteht, soweit nicht die vertragliche Verpflichtung des Heimträ-

gers zur Versorgung der Pflegebedürftigen mit Hilfsmitteln reicht. Bei der Festlegung der Vorhaltepflcht der Heime kommt es insbesondere auf die Konzeption der Einrichtung an.

Für drei Arten von Hilfsmitteln wird die Zuordnung zur Leistungspflicht der Krankenversicherung durch den Gesetzgeber ausdrücklich bestimmt, um den bestehenden Zuständigkeitsstreit zwischen den Krankenkassen und den Heimträgern zu beseitigen. Hierbei handelt es sich um Applikationshilfen und Inkontinenzhilfen sowie Hilfsmittel gegen Dekubitus (ausgenommen Hilfsmittel gegen Dekubitus, soweit ihr Einsatz nicht medizinisch erforderlich ist). Eine Vorhalteverpflichtung der Heime kann für diese drei Hilfsmittelgruppen nicht begründet werden.

II. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 40)

Hilfsmittel, die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 SGB V aufgeführt sind, sind geeignet, im Einzelfall den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Dies ist auch der Fall, wenn es sich bei dem Leistungsempfänger um eine pflegebedürftige Person handelt. Für die Leistungsverpflichtung der Krankenkasse kommt es nicht darauf an, ob das Hilfsmittel auch zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beiträgt oder ihm eine selbstständige Lebensführung ermöglicht. Die Leistungsverpflichtung der Pflegeversicherung ist auch in diesen Fällen subsidiär.

Sollte ein im Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 SGB V aufgeführtes Hilfsmittel im Einzelfall ausschließlich der Erleichterung der Pflege dienen (Beispiel: Hilfsmittel, dessen Einsatz allein den Zweck verfolgt, die Pflegeperson zu entlasten), kommt weiterhin eine Leistungspflicht der Pflegeversicherung nach § 40 SGB XI in Betracht. In diesen seltenen Fällen ist es ausnahmsweise unerheblich, wenn das entsprechende Hilfsmittel nicht im Hilfsmittelverzeichnis nach § 78 SGB XI aufgeführt ist.

Zu Nummer 2 (§ 75)

Die Parteien des Rahmenvertrags stellen Grundsätze auf, welche Hilfsmittel zur Grundausstattung eines Pflegeheims gehören. Sie orientieren sich dabei an den für die Pflegeheime geltenden Versorgungsaufträgen. Die Vereinbarung der Parteien des Rahmenvertrages kann sich sowohl auf Verbrauchsgüter als auch auf Anlagegüter erstrecken. Die Vorschrift ermöglicht es den Rahmenvertragsparteien auf Landesebene die Grundsätze für eine am Versorgungsauftrag orientierte Grundausstattung der Pflegeheime mit Hilfsmitteln in Form eines Verzeichnisses aufzustellen, in dem die zur Grundausstattung gehörenden Hilfsmittel enthalten sind.

Hilfsmittel, die ausschließlich der Erleichterung der Pflege dienen, sind stets vom Pflegeheim vorzuhalten. Bei sonstigen Hilfsmitteln ist zu entscheiden, ob und in welcher Anzahl sie zur Grundausrüstung einer Einrichtung gehören. Hierbei ist zum einen von Bedeutung, ob und in welcher Häufigkeit und Anzahl die Hilfsmittel üblicherweise im Betrieb einer stationären Pflegeeinrichtung benötigt werden. Das Pflegeheim wird demnach grundsätzlich all diejenigen Hilfsmittel vorzuhalten haben, die für die regelmäßig vorkommenden Aufgaben der Pflege- und Betreuungskräfte in der Einrichtung gebraucht werden. Zum anderen ist bei der Entscheidung aber auch zu berücksichtigen, dass Hilfsmittel, die (vorrangig oder zumindest auch) der Sicherstellung der ärztlichen Behandlung, der medizinischen Rehabilitation oder der Vorbeugung oder dem Ausgleich einer Behinderung (etwa zur Ermöglichung der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben) dienen, (weiterhin) der Leistungspflicht der Krankenversicherung unterfallen.

Zu den gesetzlich vorgenommenen Zuweisungen vgl. die Begründung zu Nummer 3.

Diese Grundsätze gelten gleichermaßen bei Einrichtungen oder Teilen von Einrichtungen, mit denen ein spezieller Versorgungsvertrag (etwa für Wachkomapatienten) geschlossen wurde. Auch in diesen Fällen beschränkt sich die Vorhaltepflcht der Heime auf eine Grundausrüstung. Die Krankenversicherung muss einen maßgeblichen Anteil der benötigten Hilfsmittel – auch soweit es sich bei diesen um Anlagegüter handelt – zur Verfügung stellen.

Zu Nummer 3 (§ 80a)

Bereits nach bisherigem Recht ist es Aufgabe der Vertragsparteien der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung, die sächliche Ausstattung des Pflegeheimes festzulegen. Diese Aussage wird dahingehend präzisiert, dass es künftig Aufgabe der Vertragsparteien ist, die Vereinbarung auch auf die vom Pflegeheim vorzuhaltende Grundausrüstung an Hilfsmitteln zu erstrecken, gleichgültig, ob die Hilfsmittel den Verbrauchsgütern oder den Anlagegütern zuzuordnen sind. Es erscheint sinnvoll, je nach Konzeption des Pflegeheims, die Hilfsmittelausrüstung für die gesamte Einrichtung einheitlich oder nach Abteilungen unterschiedlich auszugestalten.

Die vertragliche Vereinbarung bestimmt und begrenzt die Vorhaltepflcht des Pflegeheims. Sie schafft für die Kostenträger, den Einrichtungsträger und die Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner die notwendige Transparenz. Hilfsmittel, die nicht von der Vorhalteverpflichtung des Pflegeheims erfasst sind, können unter den Voraussetzungen des § 33 SGB V von der Krankenversicherung beansprucht werden. Hierbei ist es gleichgültig, ob und in welchem Ausmaß das konkrete Hilfsmittel neben dem Ausgleich einer Krankheit oder Behinderung auch der Erleichterung der Pflege dient.

In verfahrensmäßiger Hinsicht ist sicherzustellen, dass eine ärztliche Verordnung eines Hilfsmittels (§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V) nur vorgenommen wird, wenn das Hilfsmittel nicht zur Grundausstattung des Pflegeheims gehört. Insoweit besteht eine Prüfpflicht des die Verordnung ausstellenden Arztes.

In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass sich die Krankenkassen und die Pflegeheimträger insbesondere bei drei Gruppen von Hilfsmitteln nicht über eine Zuordnung zur Leistungspflicht der Krankenversicherung oder zur Vorhalteverpflichtung der Heime einigen können. Um die künftigen Verhandlungen der Rahmenvertragsparteien und der Parteien der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nicht mit entsprechenden Streitigkeiten zu belasten, wird bei Applikationshilfen, Inkontinenzhilfen und Hilfsmitteln gegen Dekubitus der Zuständigkeitsstreit im Gesetz selbst gelöst. Hierbei wird von folgenden Erwägungen ausgegangen:

- Applikationshilfen (Spülsysteme, Infusionspumpen, Ernährungspumpen) sind in Pflegeheimen nur dann einzusetzen, wenn hierfür eine medizinische Indikation besteht. Der Einsatz von Applikationshilfen allein aus Gründen der Pflegeerleichterung ist nicht vorstellbar. Ist aber etwa die Gabe von Infusionen oder Ernährungslösungen zur Behandlung einer fehlenden Schluckfähigkeit medizinisch erforderlich, ist es sachgerecht, die Bereitstellung der entsprechenden Hilfsmittel der Krankenversicherung zuzuordnen. Hierbei ist es unerheblich, ob die Krankheitsanfälligkeit der pflegebedürftigen Person durch ihr Alter und ihre dementsprechende körperliche Verfassung mitbestimmt wird.

- Der Einsatz von Inkontinenzhilfen ausschließlich zur Pflegeerleichterung ist nicht vorstellbar. Ist der Einsatz von Inkontinenzhilfen medizinisch indiziert und nach Feststellung des verordnenden Arztes (Einzelfallverordnung) erforderlich, besteht die Leistungspflicht der Krankenversicherung. Dies ist auch dann der Fall, wenn das Hilfsmittel wegen einer besonderen Gefährdung des Patienten „prophylaktisch“ eingesetzt wird und der verordnende Arzt eine entsprechende frühzeitige Behandlungsbedürftigkeit bestätigt.
- Hilfsmittel gegen Dekubitus können sowohl der Vorbeugung als auch der Be- und Nachbehandlung von Dekubitalulcera/Dekubitalgeschwüren dienen. Streitigkeiten über die Versorgung entstehen in der Praxis insbesondere bei Hilfsmitteln gegen Dekubitus, die an sich für die Be- und Nachbehandlung vorgesehen sind (Beispiel: Wechseldruckmatratze), bei bestehenden Hautläsionen und besonders gefährdeten Patientinnen und Patienten aber auch prophylaktisch angewandt werden können. Im Einzelnen gilt hierzu folgendes:

Aus Sicht des gegenüber der Krankenversicherung anspruchsberechtigten Versicherten kann es bei Hilfsmitteln, die zur Be- und Nachbehandlung von Dekubitalgeschwüren erforderlich sind, nicht darauf ankommen, wo und warum das Dekubitalgeschwür entstanden ist. Ist die Versorgung mit dem Hilfsmittel medizinisch erforderlich, ist die Leistungspflicht der Krankenversicherung eröffnet.

Hilfsmittel gegen Dekubitus, die zur Vorbeugung dienen, werden grundsätzlich von der Vorhaltepflcht des Pflegeheims erfasst.

Bei Hilfsmitteln gegen Dekubitus, die an sich für die Be- und Nachbehandlung vorgesehen sind, besteht die Leistungspflicht der Krankenversicherung aber auch dann, wenn das Hilfsmittel wegen der besonderen Gefährdung des Patienten „prophylaktisch“ eingesetzt wird und der verordnende Arzt eine entsprechende Behandlungsbedürftigkeit der Krankheit im Frühstadium bestätigt. Behandlungsziel ist es in diesen Fällen, die zu erwartende ungünstige Entwicklung zu beeinflussen und die Entstehung des Dekubitalgeschwürs zu verhindern.

Zu Nummer 4 (§ 84)

Die zur Grundausstattung eines Pflegeheims gehörenden Hilfsmittel lassen sich den Verbrauchsgütern und den Anlagegütern zuordnen. Grundsätzlich haben sich die Parteien der Pflegesatzvereinbarung darüber zu verständigen, welche Hilfsmittel bei der Bemessung der Pflegesätze zu berücksichtigen sind. Damit legen sie indirekt zugleich fest, welche Hilfsmittel zu den Investitionsaufwendungen gehören. Die neue Ermächtigungsgrundlage ermöglicht es der Bundesregierung, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu regeln, welche Kriterien für die Zuordnung der Hilfsmittel gelten. Hierbei handelt es sich um eine gegenüber § 83 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI speziellere Ermächtigungsgrundlage.

Zu Artikel 2 (Inkrafttreten)

Artikel 2 regelt das Inkrafttreten des Gesetzes.