

Gesetzentwurf des Bundesrates

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

A. Problem und Ziel

Der 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 krankensicherungsrechtliche 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 Gesetzentwurfs 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. Finanzielle Auswirkungen

Haushaltsausgaben mit und ohne Vollzugsaufwand

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.

Berlin, den 15. Januar 2003

BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND
DER BUNDESKANZLER

An den
Präsidenten des
Deutschen Bundestages
Herrn Wolfgang Thierse
Platz der Republik 1

11011 Berlin

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich gemäß Artikel 76 Absatz 3 des Grundgesetzes den vom Bundesrat in seiner 783. Sitzung am 29. November 2002 beschlossenen

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

mit Begründung und Vorblatt (Anlage 1).

Ich bitte, die Beschlussfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Die Auffassung der Bundesregierung zu dem Gesetzentwurf ist in der als Anlage 2 beigefügten Stellungnahme dargelegt.

Mit freundlichen Grüßen



Anlage 1

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

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. In § 40 Abs. 1 wird nach Satz 1 folgender Satz 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.“
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 nach dem Wort „Mitarbeiter“ die Wörter „und der Grundausstattung an Hilfsmitteln“ eingefügt.
 - b) Nach Satz 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Soweit Hilfsmittel nicht zur vertraglich vereinbarten Grundausstattung des Pflegeheims gehören, verbleibt es beim Anspruch der Pflegebedürftigen auf Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 33 SGB V. Zur Grundausstattung eines Pflegeheims gehören insbesondere nicht: Applikationshilfen und Inkontinenzhilfen sowie Hilfsmittel gegen Dekubitus, soweit ihr Einsatz medizinisch erforderlich ist.“
4. In § 84 wird nach Absatz 4 folgender Absatz angefügt:

„(5) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu regeln, welche Hilfsmittel, die zur Grundausstattung eines Pflegeheims gehören, von den Parteien der Pflegevertragvereinbarung 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 und Soziale Sicherung 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 Mitgliedschaften 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 vorzuzulassen hat und welche Hilfsmittel die Heimbewohner und -bewohnerinnen von der Krankenversicherung bean-

spruchen 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. März 2001 (Bundesratsdrucksache 208/01) 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 außerhalb 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 Grundausrüstung der Einrichtung gehören. Der Begriff „Grundausrüstung“ 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 Grundausrüstung der Einrichtung geht und die Krankenversicherung auch in den Pflegeheimen einen über die Grundausrüstung hinausgehenden Bedarf an Hilfsmitteln abzudecken hat.

Was zur Grundausrüstung der Einrichtung bzw. einzelner Abteilungen der Einrichtung gehört, vereinbaren die Vertragspartner der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (Pflegekassen, Sozialhilfeträger, einzelne 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 Heimträgers 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. Zu den einzelnen Vorschriften

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 40 Abs. 1)

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 Abs. 2)

Die Parteien des Rahmenvertrages stellen Grundsätze auf, welche Hilfsmittel zur Grundausrüstung 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 Anlagengüter erstrecken. Die Vorschrift ermöglicht es den Rahmenvertragsparteien, auf Landesebene die Grundsätze für eine am Versorgungsauftrag orientierte Grundausrüstung der Pflegeheime mit Hilfsmitteln in Form eines Verzeichnisses aufzustellen, in dem die zur Grundausrüstung 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 vor kommenden 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 Vorhaltep flicht der Heime auf eine Grundausstattung. Die Kranken versicherung muss einen maßgeblichen Anteil der benötigten Hilfsmittel – auch soweit es sich bei diesen um Anlagegüter handelt – zur Verfügung stellen.

Zu Nummer 3 (§ 80a Abs. 2)

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

Die vertragliche Vereinbarung bestimmt und begrenzt die Vorhaltep flicht 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:

tigen 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: Wechsellagermatratze), 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 Vorhaltep flicht 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 Abs. 5 – neu –)

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 Bun-

desregierung, 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.

Anlage 2

Stellungnahme der Bundesregierung

Zum Gesetzentwurf insgesamt

Die Bundesregierung vertritt die Auffassung, dass die im Gesetzentwurf des Bundesrates getroffenen Regelungen, bei denen es sich im Wesentlichen um Klarstellungen des geltenden Rechts handelt, zwar fachlich zutreffend, aber bei sachgerechter Anwendung des geltenden Rechts nicht zwingend erforderlich sind.

Wenn man der Auffassung folgte, dass die Krankenkassen trotz der eindeutigen Rechtslage konkrete Handlungsanweisungen zur Durchführung der ihnen obliegenden Aufgaben benötigen, sollten derartige – die Rechtslage verdeutlichende – Regelungen zur Hilfsmittelversorgung Pflegebedürftiger nicht isoliert, sondern im Zusammenhang mit der ohnehin anstehenden Lösung der gesamten Schnittstellenfragen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung erfolgen. Die im Gesetzentwurf des Bundesrates vorgesehene isolierte Herangehensweise führt vor diesem Hintergrund zu einer unnötigen Doppelbefassung der Gesetzgebungsorgane und erschwert eine Gesamtlösung der Abgrenzungsprobleme zwischen den beiden Sozialversicherungszweigen.

Zu Artikel 1 Nr. 1 (§ 40 Abs. 1 SGB XI)

Die Bundesregierung hält die vorgesehene Klarstellung nicht für erforderlich. Aus ihrer Sicht ist die in § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI verankerte Subsidiaritätsklausel eindeutig. Die Subsidiaritätsklausel besagt, dass eine Leistungspflicht der Pflegekassen nur dann gegeben ist, wenn keine Leistungszuständigkeit der Krankenkassen besteht. Der Umfang der Leistungspflicht der Krankenkassen ist im Rahmen der Einführung der Pflegeversicherung nicht eingeschränkt worden. Ausgangspunkt der Leistungspflicht der Krankenkassen ist das Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 SGB V.

Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 75 Abs. 2 SGB XI)

Mit der Einfügung einer neuen Ziffer 3a wird die im geltenden Recht enthaltene Aufzählung der Regelungsgegenstände ergänzt. Da die bisherige Aufzählung nur beispiel-

haft ist, haben die Partner der Selbstverwaltung auch derzeit schon das Recht, die Grundausrüstung der Heime mit Hilfsmitteln zu regeln. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Ergänzung räumt den Partnern der Pflegeselbstverwaltung folglich ein Recht ein, das diesen ohnehin bereits zusteht und ist mithin nicht notwendig.

Zu Artikel 1 Nr. 3 (§ 80a Abs. 2 SGB XI)

Zu Buchstabe a

Vergleiche hierzu die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 2. Im Übrigen hat bereits das Bundessozialgericht auf der Grundlage des derzeit geltenden Rechts ausdrücklich darauf hingewiesen, dass im Rahmen der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a SGB XI von den Vertragspartnern auch die Grundausrüstung des Pflegeheims mit Hilfsmitteln zu regeln ist. Die vom Bundesrat vorgeschlagene Rechtsänderung ist damit entbehrlich.

Zu Buchstabe b

Die neu hinzukommenden Sätze 4 und 5 geben lediglich den Inhalt der ohnehin geltenden Rechtslage wieder, wie sie vom Bundessozialgericht in seiner jüngsten Rechtsprechung erkannt worden ist. Die vom Bundesrat vorgeschlagenen Ergänzungen sind damit weder falsch noch notwendig.

Zu Artikel 1 Nr. 4 (§ 84 SGB XI)

Die im Entwurf vorgesehene Verordnungsermächtigung (§ 84 Abs. 5 SGB XI) gibt der Bundesregierung die Möglichkeit, mit Zustimmung des Bundesrates die pflegesatzfähigen Hilfsmittel, die zur Grundausrüstung eines Pflegeheims zählen, von den nicht pflegesatzfähigen Hilfsmitteln abzugrenzen. Eine unmittelbare Verbesserung der Rechtslage im Bereich der Hilfsmittelversorgung Pflegebedürftiger ist mit dieser Verordnungsermächtigung nicht verbunden.

