



## **Stellungnahme**

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0146  
vom 05.05.2003  
  
15. Wahlperiode**

**des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)**

– vormals Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime  
und ambulanter Dienste e.V. (bpa) –

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

30.04.2003



## Grundsätzliche Anmerkungen

Die Zielsetzung des Entwurfs eines Gesetzes zur Sicherung der Hilfsmittelversorgung von Pflegebedürftigen wird vom bpa im Grundsatz begrüßt. Insbesondere die Streitigkeiten infolge der sog. Rollstuhllurteile des Bundessozialgerichts haben mehr als deutlich gemacht, dass Versuche der Krankenkassen, Kosten im Zusammenhang mit der Hilfsmittelversorgung von Pflegebedürftigen auf andere Kostenträger zu verschieben, stets zum Nachteil insbesondere der Versicherten gehen.

Auch die letzte, am 14.03.2003 verabschiedete Fassung des „Abgrenzungskataloges der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Hilfsmittelversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheimen)“ lässt erwarten, dass es selbst nach den klarstellenden und präzisierenden Urteilen des Bundessozialgerichts im Juni und September vergangenen Jahres wiederum zu vermeidbaren Schwierigkeiten bei der Hilfsmittelbewilligung durch die Krankenkassen kommen wird. Die „Grundsätze zur Hilfsmittelversorgung in Pflegeheimen“ machen deutlich, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen nach wie vor die vorrangige Finanzierungszuständigkeit für Hilfsmittel bei den Heimträgern ansiedeln und sie ihre Leistungspflicht nach § 33 SGB V als nachrangig betrachten. Entsprechend wird auch im Abgrenzungskatalog selbst die differenzierte Rechtsprechung des BSG zu diesem Thema teilweise nur verkürzt und abstrakt wiedergegeben. Insofern ist jede Rechtssicherheit für die Pflegebedürftigen, aber auch die Heimträger schaffende gesetzliche Regelung bzw. Klarstellung im Bereich der Hilfsmittelversorgung für Pflegebedürftige zu begrüßen.

Der Gesetzentwurf wird dieser Zielsetzung aus Sicht des bpa allerdings nur eingeschränkt gerecht. Insbesondere die vorgesehene Möglichkeit, die Ausstattung stationärer Einrichtungen grundsätzlich auch mit medizinisch erforderlichen Hilfsmitteln im Vereinbarungswege zu regeln, dürfte zu erneuten und weiteren, nach den präzisierenden Urteilen des BSG aus dem vergangenen Jahr vermeidbaren Unklarheiten in diesem Bereich führen.

Der bpa hat im Rahmen der Auseinandersetzungen um die Finanzierungszuständigkeit für die Hilfsmittelversorgung stets die Auffassung vertreten, dass sich jedwede Regelung in diesem Bereich – gesetzlich oder vertraglich - an dem Grundsatz der Gleichbehandlung ambulant und stationär versorgter Pflegebedürftiger orientieren muss. Der Grundausstattung eines Heimes können keinesfalls diejenigen Hilfsmittel zugeordnet werden, die auch nach § 40 SGB XI im Bereich der häuslichen Pflege ohne weiteres und im Einklang mit der Systematik der SGB V und XI der Leistungspflicht der Krankenkassen unterfallen. Zur Grundausstattung vollstationärer Einrichtungen können damit nur solche Hilfsmittel gehören, die allein die Pflege ermöglichen oder erleichtern.

Die vorgeschlagenen gesetzlichen Neuregelungen sehen die Verpflichtung der Parteien des Rahmenvertrags und der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung vor, die Grundausstattung an Hilfsmitteln vertraglich zu vereinbaren. Die durch den Entwurf eröffnete grundsätzliche Möglichkeit, auch Hilfsmittel zur Behandlungspflege, die nach der Rechtsprechung des BSG in die Leistungspflicht der Krankenkassen fallen würden, zum Gegenstand der Vereinbarung über die Grundausstattung zwischen Heim und Pflegekassen zu machen, kollidiert aus Sicht des bpa mit Art. 3 Abs. 1 und 3 GG und dem Selbstbestimmungsrecht der Versicherten.

Wollte man die aus medizinischen Gründen erforderlichen Hilfsmittel im Sinne von § 33 SGB V – gesetzlich oder auf dem Vereinbarungswege - bei stationärer Versorgung der Vorhaltepflcht des Heimes zuordnen, folgte daraus hinsichtlich der Verbrauchsgüter eine Steigerung des Pflegesatzes. Aufgrund der statischen Leistungsobergrenzen der Pflegeversicherung wäre ein erhöhter Zahlungsanteil des Pflegebedürftigen das Resultat. Soweit es hingegen um Anlagegüter geht, wäre eine Erhöhung der anteiligen Refinanzierungsbeträge für die Investitionskosten die Folge. Die je nach stationärer oder häuslicher Versorgung unterschiedliche Zuordnung des Anspruchs auf Versorgung mit Hilfsmitteln bedingt damit in jedem Falle eine Ungleichbehandlung. Gerade diejenigen Versicherten, die in der Häuslichkeit nicht mehr versorgt werden können und deshalb in letzter Konsequenz in ein Heim um-



ziehen, müssten die Versorgung in größerem Umfang selbst finanzieren als aufgrund ihrer Behinderung pflegebedürftige Menschen, deren Versorgung in der Häuslichkeit möglich ist. Dort fallen die genannten Hilfsmittel unzweifelhaft weiter in die Leistungspflicht der GKV.



## **Zu den vorgesehenen Regelungen**

### **Zu § 40 Abs. 1 S. 2**

Mit der vorgeschlagenen Ergänzung soll ausgeschlossen werden, dass im Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 SGB V aufgeführte Hilfsmittel für in der Häuslichkeit gepflegte Menschen von der Pflegekasse zur Verfügung gestellt werden.

Nach ständiger Rechtsprechung des BSG haben weder das Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 SGB V noch das Pflegehilfsmittelverzeichnis nach § 78 Abs. 2 SGB XI für die Versicherten einen verbindlichen Charakter. Sie stellen lediglich Meinungsäußerungen der Spitzenverbände dar und regeln die Zuordnung der Hilfsmittel nur als unverbindliche Auslegungshilfe. Insofern formuliert die vorgeschlagene Ergänzung des § 40 Abs. 1 SGB XI einen verbindlichen Leistungsausschluss auf Grundlage des Hilfsmittelverzeichnisses, der der einhellig insoweit nicht gegebenen Rechtssetzungsbefugnis der Spitzenverbände nicht entspricht.

Problematisch würde dies insbesondere für diejenigen Pflegebedürftigen, die ein im Verzeichnis nach § 128 SGB V aufgeführtes Hilfsmittel benötigen, das im Einzel- und Ausnahmefall ausschließlich der Erleichterung der Pflege dient; unter Berufung auf die vorgeschlagene Formulierung des § 40 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI dürften hier unberechtigte Leistungsablehnungen durch die Pflegekassen erfolgen. Soweit nach der Gesetzesbegründung in solchen Einzelfällen trotz der eindeutig gefassten Formulierung des Regelungsvorschlags weiterhin eine Leistungspflicht der Pflegeversicherung in Betracht kommen soll, macht dies deutlich, dass der Regelungsvorschlag nicht geeignet ist, die Einzelfallprüfung – wie vom Gesetzentwurf ausdrücklich intendiert – zu verhindern. Vor diesem Hintergrund ist die derzeitige Regelung, die bereits eine Subsidiaritätsklausel hinsichtlich des Anspruchs gegen die Pflegeversicherung beinhaltet, als ausreichend zu werten.

### **Zu § 75 Abs. 2 Nr. 3 a**

Unstreitig war und ist, dass Hilfsmittel, die ausschließlich der Erleichterung der Pflege dienen, stets vom Pflegeheim vorzuhalten sind. Insofern besteht keine Notwendigkeit, dies zusätzlich als Grundsatzvereinbarung in die Rahmenverträge aufzunehmen. Die Gesetzesbegründung selbst unterscheidet diese Hilfsmittel von sonstigen Hilfsmitteln, bei denen zu entscheiden sei, ob und in welcher Anzahl sie zur Grundausstattung einer Einrichtung gehören. Bei dieser Entscheidung sei zu berücksichtigen, dass Hilfsmittel, die zumindest auch der Sicherstellung der ärztlichen Behandlung, der medizinischen Rehabilitation oder der Vorbeugung oder dem Ausgleich einer Behinderung dienen, weiterhin der Leistungspflicht der Krankenversicherung unterfallen.

Letzteres wird ausdrücklich begrüßt, da es den bisher gegen die Krankenkassen gegebenen Anspruch der pflegebedürftigen Versicherten nach § 33 SGB V unangetastet lässt und insofern die oben geschilderte Problematik der Ungleichbehandlung ambulant und stationär versorgter Pflegebedürftiger vermeidet. Auf der anderen Seite wird aber auch deutlich, dass hinsichtlich der Hilfsmittel nach § 33 SGB V kein Vereinbarungsspielraum besteht und auch dem Gesetzentwurf nach nicht bestehen soll. Insofern ist die Aufnahme in den Katalog der rahmenvertraglich zu treffenden Regelungen entbehrlich; sie ließe vielmehr befürchten, dass die bei den Krankenkassen angesiedelten Pflegekassen entgegen dem in der Begründung des Entwurfsverfassers geäußerten Willen auch solche Hilfsmittel über den Vereinbarungsweg den Heimen zuordnen wollen, die nicht ausschließlich der Pflegeerleichterung dienen und somit Hilfsmittel nach § 33 SGB V sind.

Darüber hinaus ist fraglich, inwieweit vertragliche Vereinbarungen zwischen Heimträgern und Pflegekassen hinsichtlich des gesetzlichen Anspruchs der Versicherten aus § 33 SGB V die Pflegebedürftigen und die Krankenkassen überhaupt binden können.

### **Zu § 80 a Abs. 2**

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)  
Hannoversche Straße 19  
10115 Berlin  
Tel.: 030 – 30 87 88 60, Fax: 030 – 30 87 88 89, E-Mail: Bund@bpa.de

Die in den Anmerkungen zu § 75 Abs. 2 Nr. 3 a geäußerten Bedenken sind auch auf die vorgeschlagene Regelung zur Leistungs- und Qualitätsvereinbarung zu übertragen. Die nur beispielhafte Aufzählung von medizinisch erforderlichen Hilfsmitteln, die dem Vereinbarungsspielraum entzogen sein sollen, macht deutlich, dass der Gesetzentwurf – auch entgegen der im Zusammenhang mit § 75 geäußerten Absicht – durchaus grundsätzlich die Möglichkeit eröffnen soll, die Versorgung Pflegebedürftiger mit medizinisch erforderlichen Hilfsmitteln vertraglich zwischen den Pflegekassen und den Heimträgern zu vereinbaren.

Dies ist aus o. g. Gründen und insbesondere vor dem Hintergrund der Problematik der Ungleichbehandlung abzulehnen. Nach dem Diskriminierungsverbot des Art. 3 Abs. 3 GG zugunsten behinderter Menschen darf die Behinderung generell nicht zum Anknüpfungspunkt unterschiedlicher Behandlungen gemacht werden. Ein Eingriff in dieses Grundrecht dergestalt, dass stationär versorgte Pflegebedürftige die Hilfsmittel in größerem Umfang selbst finanzieren müssen als aufgrund ihrer Behinderung pflegebedürftige Menschen, deren Versorgung in der Häuslichkeit möglich ist, wäre nicht gerechtfertigt.

Gleiches gilt in Bezug auf Art. 3 Abs. 1, zumal die Pflegebedürftigen keinerlei Einfluss auf Art und Maß ihrer Erkrankungen und Behinderungen haben. Das Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten aus § 2 Abs. 2 SGB XI, das sich auch auf die Entscheidung zwischen häuslicher und stationärer Pflege erstreckt, würde behindert, wenn der Pflegebedürftige gerade wegen eines Umzugs vom eigenen Haushalt in ein Heim Mehrkosten hinsichtlich der Hilfsmittel hinnehmen müsste.

Unabhängig von der verfassungsrechtlichen Frage der Gleichbehandlung dürfte es darüber hinaus überaus problematisch sein, dem verordnenden Arzt – wie in der Gesetzesbegründung ausgeführt – eine Prüfpflicht hinsichtlich vertraglich vereinbarten Grundausstattung, die von Heim zu Heim variieren kann, aufzuerlegen. Dies überfordert den Arzt, der vorrangig eine medizinische Feststellung zu treffen hat, und wird neben zu vermeidendem zusätzlichen Verwaltungsaufwand für die Einrichtung weitere Schwierigkeiten bei der Hilfsmittelgewährung für die Pflegebedürftigen durch die Krankenkassen zur Folge haben. Die Befürchtung der Vertragsärzte, im Wege eines Regressverfahrens zur Erstattung der Kosten unberechtigt verordneter Hilfsmittel herangezogen zu werden, hat bereits in der Vergangenheit dazu geführt, dass (auch aufgrund unzutreffender Information durch die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen) im Zweifelsfalle keine Verordnung mehr ausgestellt wird und dem Patienten mangels ablehnender Entscheidung der Krankenkasse der Rechtsweg abgeschnitten wird.

Insofern dürfen die durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu Hilfsmitteln aus den Monaten Juni und September 2002 aufgestellten Grundsätze nicht wiederum durch gesetzliche Regelungen in Frage gestellt werden, die den Krankenkassen wiederum die Möglichkeit einräumen, die Kosten für Hilfsmittel zur Sicherung der Krankenbehandlung und zum Ausgleich einer Behinderung i.S. v. § 33 SGB V auf andere Kostenträger zu verschieben.

Zu § 84 Abs. 4

Insbesondere solange keine Verordnung zur „Pflegesatzfähigkeit“ von Hilfsmitteln vorliegt, werden vertragliche Vereinbarungen zur Hilfsmittelausstattung auch bezüglich medizinisch erforderlicher Hilfsmittel zulasten nicht nur der Heimträger, sondern auch der Pflegebedürftigen gehen. Die Durchsetzbarkeit der Vergütung für die Hilfsmittelversorgung in Pflegesatzverhandlungen setzt voraus, dass im Wege des externen Vergleichs entsprechendes Datenmaterial von Vergleichseinrichtungen zur Verfügung steht. Bei einrichtungsindividuellen und abweichenden Vereinbarungen ist dies und in der Folge eine leistungsgerechte Vergütung nach § 84 Abs. 2 S. 1 SGB XI de facto nicht realisierbar. Auch hinsichtlich der Anlagegüter hatten sich die Sozialhilfeträger bereits in den vergangenen Auseinandersetzungen dahingehend positioniert, dass sie vermeintlich einvernehmliche Regelungen im Abgrenzungskatalog nicht gegen sich gelten lassen wollten.