



**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0120
vom 23.04.03

15. Wahlperiode**

**Stellungnahme des AWO Bundesverbandes
zum Entwurf eines Hilfsmittelsicherungsgesetzes
(BT-Drucksache 15/13/308)**

Der AWO Bundesverband begrüßt den vom Bundesrat bereits verabschiedeten Entwurf eines Hilfsmittelsicherungsgesetzes (HSG) vollinhaltlich und fordert den Deutschen Bundestag dringend auf, seinerseits diesen Gesetzentwurf zu verabschieden.

Dabei schließen wir uns den in der Gesetzesbegründung vorgetragene Argumentationen bezüglich der sachlichen und rechtlichen Notwendigkeit des Gesetzes an. Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen mit Hilfsmitteln, insbesondere in stationären Pflegeeinrichtungen, hat in den letzten Jahren zu ständigen Auseinandersetzungen zwischen den Versicherten, den Heimträgern und den Krankenkassen geführt. Völlig zutreffend wird darauf hingewiesen, dass diese Situation durch die restriktive Bewilligungspraxis der Krankenkassen hervorgerufen worden ist, die dadurch Kosten einsparen wollen. Dadurch sind den Versicherten notwendige Leistungen vorenthalten worden. Ausserdem haben unzählige Widerspruchs- und Gerichtsverfahren bei allen Beteiligten einen hohen und unnötigen Verwaltungs- und Kostenaufwand produziert.

Diese Situation konnte ganz offensichtlich nur deshalb entstehen, weil es weder im SGB V noch im SGB XI klare und ausdrückliche Regelungen gibt, welche Hilfsmittel die Heimbewohner/-innen von der Krankenversicherung beanspruchen können und welche Hilfsmittel ein Pflegeheim im Rahmen seiner Ausstattung vorzuhalten hat. Der Gesetzentwurf löst diese Problematik mit sachgerechten Regelungen. In den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI auf Landesebene sollen von der Selbstverwaltung Grundsätze für eine am Versorgungsauftrag orientierte Grundausstattung der Pflegeheime mit Hilfsmitteln formuliert werden, die dann im Rahmen der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a SGB XI für jedes einzelne Heim konkretisiert werden. Bei diesen Konkretisierungen sind die spezifischen Versorgungsaufträge der Heime zu berücksichtigen. Gleichzeitig sollen bestimmte Hilfsmittel wie Applikationshilfen, Inkontinenzhilfen sowie Wechseldruckmatratzen eindeutig der Leistungspflicht der Krankenversicherung zugeordnet werden. Diese Hilfsmittel dienen vorrangig oder ausschließlich der Sicherungstellung der ärztlichen Behandlung, der medizinischen Rehabilitation oder der Vorbeugung bzw. dem Ausgleich einer Behinderung und gehören damit zum Leistungsspektrum der Krankenversicherung.

Die Bundesregierung hat in ihrer Stellungnahme zum Gesetzentwurf argumentiert, dass dessen Regelungen zwar fachlich zutreffend, aber bei sachgerechter Anwendung des geltenden Rechts nicht zwingend erforderlich seien und dabei weiterhin auf die vorgenommenen Klarstellungen durch diverse Urteile des Bundessozialgerichtes abgestellt. Dieser Argumentation können wir in keiner Weise folgen. Die Praxis der vielfältigen Gerichtsauseinandersetzungen zeigt deutlich, dass das geltende Recht zum einen nicht sachgerecht angewendet wurde, weil es zum anderen nicht klar ist. Die dadurch erforderlichen Urteile des Bundessozialgerichtes sind sicherlich hilfreich und haben zur Klarstellung beigetragen, andererseits sind auch sie wiederum auslegungsfähig. Es ist für Versicherte nicht zumutbar, ihre Rechte aus mehreren Urteilen ablesen und herausfinden zu müssen. Das Sozialrecht sollte Leistungsansprüche hinreichend bestimmen und für den Begünstigten transparent machen. Von daher ist es ein Gebot der Rechtsstaatlichkeit, diese gesetzgeberischen Klarstellungen vorzunehmen.

Auch der von den Krankenkassen am 14.03.2003 aktualisierte sogenannte Abgrenzungskatalog hinsichtlich der Hilfsmittelgewährung führt nicht weiter. Es handelt sich dabei um eine von den Spitzenverbänden der Krankenkassen einseitig erlassene Empfehlung an ihre Untergliederungen; sie hat keine gesetzliche Bindungswirkung. Die Urteile des Bundessozialgerichts sind darin zwar berücksichtigt, jedoch bleibt es bei vielen Hilfsmitteln bei einer quasi Doppelzuständigkeit von Krankenkasse bzw. Pflegeheim. Genau diese wird mit dem vorliegenden Gesetzentwurf verhindert.

Der Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt schlägt allerdings für den Art. 1, Nr. 3, Buchstabe b folgende Formulierung für den zweiten Satz vor:

„Zur Grundausstattung eines Pflegeheimes gehören insbesondere nicht: Applikationshilfen und Inkontinenzhilfen, Hilfsmittel gegen Dekubitus (soweit ihr Einsatz medizinisch erforderlich ist) sowie individuell angepasste und genutzte Rollstühle.

Begründung:

Das Bundessozialgericht hat in seiner Urteilsbegründung vom 06.06.2002 (AZ: B 3 KR 67/01 R) ausgeführt, dass es ein typisches Inventar gebe, dass Pflegeeinrichtungen als Hilfsmittel vorzuhalten haben. Beispielhaft erwähnte das Gericht Pflegebetten und reine Transportmittel wie einfache Schieberollstühle. Daraus ist im Umkehrschluss zu folgern, dass andere Rollstühle nicht zum typischen Inventar einer Pflegeeinrichtung gehören. Weiterhin treffen die in der Gesetzesbegründung zu Nr. 2 aufgeführten Kriterien, die eine Leistungspflicht der Krankenversicherung begründen, weitestgehend auch auf Rollstühle zu:

- sie können der Sicherstellung der ärztlichen Behandlung dienen
- sie können der medizinischen Rehabilitation dienen
- sie dienen immer dem Ausgleich einer Behinderung
- sie eröffnen immer die Möglichkeit zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.

Weiterhin sind Rollstühle, wenn sie nicht lediglich zu einem kurzen Transport des Pflegebedürftigen innerhalb seines Zimmers oder innerhalb der Einrichtung dienen (hierfür reichen in der Tat einfache Schieberollstühle aus) immer ärztlich verordnet und auch immer individuell anzupassen bzw. herzustellen.

Dabei ist das Gewicht bzw. die Größe des Pflegebedürftigen zu berücksichtigen und die sich daraus ergebenden unterschiedlichen Höhen der Fußstützen bzw. Nackenstützen; weiterhin ist der Rollstuhl individuell abzupolstern. All dies ist zwingend erforderlich, wenn zum Ausgleich einer Behinderung bzw. zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ein Pflegebedürftiger mehrere Stunden am Tag im Rollstuhl verbringt.

Schließlich sind uns aus der Praxis Fälle bekannt, bei denen Krankenkassen bei dementen Pflegebedürftigen Rollstühle nicht bewilligt haben, obwohl eine ärztliche Verordnung vorlag, weil diese ja nicht mehr selbständig über ihren Aufenthaltsort bestimmen bzw. darüber keine klaren Willensbekundungen mehr abgeben könnten.

Diese Beispiele verdeutlichen die Verwerfungen in der Praxis und machen die von uns vorgeschlagene Änderung in Art. 1, Nr. 3, Buchstabe b erforderlich.

Arbeiterwohlfahrt
Bundesverband e.V.

April 2003