

Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
Wortprotokoll
18. Sitzung

Berlin, den 07.05.2003, 12:00 Uhr
Sitzungsort: Bundesministerium der Finanzen
10117 Berlin, Eingang Wilhelmstraße 97
Sitzungssaal: Großer Saal

Vorsitz: Wolfgang Zöllner, MdB

TAGESORDNUNG:

Tagesordnungspunkt

Gesetzentwurf des Bundesrates

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

BT-Drucksache 15/308

Klaus Kirschner, MdB
Vorsitzender

Anlage

Anwesenheitsliste
Sprechregister

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

SPD

Dreßen, Peter
Hovermann, Eike
Kirschner, Klaus
Kühn-Mengel, Helga
Lewering, Eckhart
Lohmann, Götz-Peter
Lotz, Erika
Mattheis, Hilde
Ober, Erika, Dr.
Schmidbauer, Horst
Schmidt, Silvia
Schönfeld, Karsten
Schösser, Fritz
Spielmann, Margrit, Dr.
Stöckel, Rolf
Volkmer, Marlies, Dr.
Wodarg, Wolfgang, Dr.

Bätzing, Sabine
Büttner, Hans
Elser, Marga
Friedrich, Lilo
Gradistanac, Renate
Haack, Karl-Hermann
Heil, Hubertus
Heß, Petra
Hoffmann, Walter
Jäger, Renate
Marks, Caren
Mützenich, Rolf, Dr.
Reimann, Carola, Dr.
Rupprecht, Marlene
Schaich-Walch, Gudrun
Zöllmer, Manfred Helmut

CDU/CSU

Bauer, Wolf, Dr.
Brüning, Monika
Butalikakis, Verena
Faust, Hans Georg, Dr.
Henrich, Michael
Hüppe, Hubert
Lanzinger, Barbara
Michalk, Maria
Müller, Hildegard
Sehling, Matthias
Spahn, Jens
Storm, Andreas
Strebl, Matthäus
Weiß, Gerald
Widmann-Mauz, Annette
Zöller, Wolfgang

Bietmann, Rolf, Dr.
Blumenthal, Antje
Falk, Ilse
Fischbach, Ingrid
Fuchs, Michael, Dr.
Grund, Manfred
Kaupa, Gerlinde
Laumann, Karl-Josef
Luther, Michael, Dr.
Meckelburg, Wolfgang
Meyer, Doris
Philipp, Beatrix
Reiche, Katherina
Seehofer, Horst
Singhammer, Johannes
Weiß, Peter

B90/GRUENE

Bender, Birgitt
Deligöz, Ekin
Kurth, Markus
Selg, Petra

Höfken, Ulrike
Vogel-Sperl, Antje, Dr.

FDP

Bahr, Daniel
Kolb, Heinrich L., Dr.
Thomae, Dieter, Dr.

Hartmann, Christoph
Lenke, Ina
Parr, Detlef

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Abg. Wolfgang Zöllner (CDU/CSU)	5	SV Elmar Schmitz (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.)	5,9,10,11,13, 14,18,20,21
Abg. Dr. Erika Ober (SPD)	5	SV Kurt-Werner Freigang (Bundesverband der Innungskrankenkassen)	6,8,12,16,21
Abg. Andreas Storm (CDU/CSU)	8,20	SV Paul-Jürgen Schiffer (VdAK/AEV)	6,13,15,16,17, 21
Abg. Matthias Sehling (CDU/CSU)	9,18	SVe Heidi Reinschmidt (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V.)	7,16,20
Abg. Barbara Lanzinger (CDU/CSU)	10,19	SV Klaus-Peter Stenzig (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland EKD e.V.)	7,9,10,11,12, 16,18
Abg. Maria Michalk (CDU/CSU)	11,21	SV Andreas Besche (Verband der privaten Krankenversicherung e.V.)	7,11,19
Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU)	11	SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.)	8,10,18
Abg. Petra Selg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	12,13	SV Bernd Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.)	9,11,12,13,14, 15,16
Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP)	14,15	SVe Oda Hagemeyer (Bundesverband Medizintechnologie e.V.)	9,11,12,13,19, 20
Abg. Helga Kühn-Mengel (SPD)	15	SVe Dr. Anne Dohle (Zentralverband des Deutschen Handwerks e.V.)	13,19
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	16	SV Uwe Brucker (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenversicherung)	15
Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD)	18	SV Michael Schulz (Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe)	19
Abg. Horst Schmidbauer (Nürnberg) (SPD)	18		

Tagesordnungspunkt

Gesetzentwurf des Bundesrates

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

BT-Drucksache 15/308

Amtierender Vorsitzender Abg. **Wolfgang Zöllner** (CDU/CSU): Ich darf Sie im Namen des Ausschusses hier recht herzlich willkommen heißen. In der heutigen Anhörung wollen wir den Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung der Hilfsmittelverordnung von Pflegebedürftigen einbringen. Es sind 1 ½ Stunden vorgesehen. Es beginnt die SPD mit der Fragestellung.

Abg. **Dr. Erika Ober** (SPD): Herr Vorsitzender, meine sehr verehrten Damen und Herren, ich möchte die erste Frage an verschiedene Verbände und Einrichtungen stellen und zwar die Spitzenverbände der Krankenkassen und Pflegekassen, die Arbeiterwohlfahrt Bundesverband, den Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland, den Verband der privaten Krankenversicherung und an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste.

In der Vergangenheit hatten die Krankenkassen, Pflegekassen und stationäre Pflegeeinrichtungen Streitigkeiten, wer von ihnen die Versorgung der Bewohner von Pflegeheimen mit Hilfsmitteln zu finanzieren hatte. Die Streitigkeiten wurden mehrheitlich auf dem Rücken von Pflegebedürftigen ausgetragen. Das Bundessozialgericht hat die gesetzlichen Leistungspflichten von Heimbetreibern und Krankenkassen in seinen Urteilen sowohl vom 10. Februar und 06. Juni 2000, als auch vom 06. Juni und 24. September 2002 abgegrenzt und präzisiert. Die Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen haben jetzt am 14. März diesen Jahres einen ausführlichen Abgrenzungskatalog zur Hilfsmittelversorgung bei der stationären Pflege verabschiedet. Der Stellungnahme habe ich entnommen, dass die beteiligten Akteure den gesetzgeberischen Handlungsbedarf in Sachen Sicherstellung der

Hilfsmittelversorgung von Pflegebedürftigen unterschiedlich beurteilen. Einige von ihnen halten die Bundesratsinitiative für notwendig, während andere vor dem Hintergrund sowohl der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes, als auch des Abgrenzungskataloges der Spitzenverbände der Krankenkassen und Pflegeversicherungen keinen akuten Handlungsbedarf sehen. Welchen Standpunkt vertreten sie und welche Argumente geben sie auf diese Frage?

SV **Elmar Schmitz** (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.): Frau Ober, vielen Dank für die Frage. Die Bundesregierung hat in ihrer Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf argumentiert, dass es zwar fachlich richtig und notwendig wäre, ein solches Gesetz zu verabschieden, aber dass es bezogen auf die Bundessozialgerichtsurteile keine rechtliche Notwendigkeit gebe. Von dem neuen Abgrenzungskatalog hat die Bundesregierung noch nichts geschrieben, da es ihn damals noch nicht gab.

In unserer Stellungnahme haben wir dies ausführlich dargelegt. Wir teilen diese Einschätzung in keinsten Weise, denn wenn sie sich die wirklich unzähligen Widerspruchs- und Gerichtsverfahren der letzten Jahre anschauen, dann können sie ja nur deswegen entstanden sein, weil die Rechtslage nicht klar war und die Krankenkassen jede Chance und Gelegenheit genutzt haben, Ablehnungsbescheide zu erteilen in der Hoffnung, dass keine Widersprüche eingereicht werden. Und unter dem Aspekt hält die AWO den Gesetzentwurf natürlich für erforderlich, weil wir auch nicht sehen, dass ohne eine gesetzliche Änderung und nur mit einem neuem Abgrenzungskatalog, der ja keine rechtliche Bindungswirkung hat, die Krankenkassen von ihrer bisherigen restriktiven Bewilligungspraxis abweichen. Man muss also

beachten, dass dieser Abgrenzungskatalog keine gesetzliche Bindungswirkung hat, sondern eine Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen an ihre Untergliederungen ist. Damit kann der Sachbearbeiter jeder einzelnen Kassenart individuell entscheiden, ob er dieses Hilfsmittel ablehnt und damit zunächst einmal auf einen Widerspruch wartet.

Ich finde, dass es ein Gebot der Rechtsstaatlichkeit ist, im Sozialleistungsrecht die Ansprüche der Versicherten rechtstechnisch sauber zu beschreiben, um die Widerspruchs- und Gerichtsverfahren soweit wie möglich zu minimieren. Dazu dient dieser Gesetzentwurf auf jeden Fall. Er sorgt nämlich dafür, dass die Produktgruppen, auf die sich die gesamten Widerspruchs- und Gerichtsverfahren bezogen haben, wie die Applikationshilfen, Inkontinenzartikel und Dekubitusmatratzen, sofern sie nicht ausschließlich zur Prophylaxe dienen, in den Leistungskatalog der Krankenkassen per Gesetz einbezogen werden. Somit braucht man sich durch die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80 a über diese Punkte überhaupt nicht mehr zu unterhalten. Auch alles andere, was zur Ausstattung eines Heimes gehört, bspw. einfache Schieberollstühle, Pflegebetten oder auch einfache Gehhilfen, kann man sich verständigen. Es darf kein großes Problem sein, sich soweit zu einigen, dass z. B. ein Heim mit 100 Pflegebetten 10 oder 15 Schieberollstühle vorhält. Bei Bedarf müssen eben noch welche beschafft werden. Die Problematik bezieht sich ausschließlich auf diese drei Produktgruppen inklusive allerdings noch der individuell angepassten Rollstühle. Ich verweise da auf meine Stellungnahme und würde da später noch mal drauf eingehen.

Ich bin mir sicher, wenn dies im Gesetz geregelt wird, dass die Widerspruchs- und Gerichtsverfahren minimiert werden und dass im Sinne der Versicherten eine befriedigende Regelung getroffen wird. Danke schön.

SV Kurt-Werner Freigang (Bundesverband der Innungskrankenkassen): Ich vertrete hier die Spitzenverbände der Krankenkassen. Für den Bereich Pflegeversicherung ist Herr Schiffer von der AOK zuständig.

Ich möchte meinem Vorredner widersprechen. Wir haben in den letzten Jahren sicherlich verschiedene Praktiken der Kassen erlebt, was aber an der unterschiedlichen Rechtsprechung

lag. Durch den hier erwähnten Abgrenzungskatalog vom 14. März ist die Sache eigentlich aus der Welt. Ich möchte darauf hinweisen, dass die Fälle nach wie vor individuell behandelt werden müssen, je nach dem, ob die medizinischen oder die pflegerischen Aspekte im Vordergrund stehen. Dieses ist auch in dem Katalog weiterhin enthalten und zwar bei den genannten Produktarten der Inkontinenz, Dekubitus, Applikationshilfen. Dass dies nicht anders machbar ist, will ich an einem Beispiel festmachen: Wenn ein medizinisch nicht indizierter Patient mit Inkontinenz bei Heimaufenthalt mit Inkontinenzhilfen versorgt wird, dann ist die Krankenversicherung außen vor, weil es nicht deren Sache ist, die Inkontinenz festzustellen. Wer dann für die Kosten aufkommt, ist eine andere Frage. Ich versuche, das mit diesem Beispielen klar zu machen. Die Problematik haben wir seit Jahren und ich denke, mit dem Katalog, wie er jetzt vorliegt, dürften die Schwierigkeiten in der Praxis erledigt sein. Wir brauchen keine rechtlichen Änderungen, denn so wie es jetzt vorgeschlagen wird ändert das nichts an der Sachlage. Danke.

SV Paul-Jürgen Schiffer (VdAK/AEV): Der Änderungsantrag betrifft Änderungen im Elften Buch Sozialgesetzbuch, von daher ist zunächst einmal die Frage zu stellen, ob der Gesetzentwurf so überhaupt richtig ist.

Durch die beiden Vorredner ist deutlich geworden, dass es sich immer wieder um Hilfsmittel aus dem Bereich der Krankenversicherung gehandelt hat, die ja in der Vergangenheit diese Rechtsstreite ausgelöst haben. Ganz klar und deutlich, denke ich, muss man darauf hinweisen, dass die bisherige gesetzliche Regelung im § 40 schon sehr eindeutig die Abgrenzung beschreibt, wann die Krankenversicherung und wann die Pflegeversicherung im Bereich der ambulanten häusliche Pflege zu leisten hat. Von daher kann ich ganz deutlich sagen, dass wir aus Sicht der Pflegeversicherung, eine derartige Ergänzung für das Elfte Buch Sozialgesetzbuch nicht brauchen. Ich kann das auch unterstützen, weil wir den Abgrenzungskatalog für beide Bereich KV und PV. gemeinsam aufgestellt und verabschiedet haben. Genau die Punkte, die Herr Schmitz angesprochen hat, sind sehr eindeutig und klar durch die BSG Rechtsprechung geklärt worden. Das war für uns der Ansatz, den Abgrenzungskatalog aus dem Jahre 2000, der ja an dieser Stelle gar nicht deutlich genug gewesen ist, in

diesen Punkten jetzt klar und deutlich zu formulieren, dergestalt, dass genau diese Hilfsmittel zu Lasten der GKV zu verordnen sind.

Ich kann sicherlich nicht den einzelnen Sachbearbeiter vor Ort davon abhalten, dass er nach Vorlage einer ärztlichen Verordnung womöglich der Meinung ist, den Antrag zunächst einmal abzulehnen. Das ist etwas, was wir im alltäglichen Leben immer wieder an Erfahrungen machen und von daher, denke ich, sollte man das einfach nicht so hoch hängen. Ergänzend noch dazu, dass Herr Schmitz ja richtig darauf hingewiesen hat, dass es in der Vergangenheit diese Rechtsstreite gegeben hat. Für meinen Bereich kann ich jedoch sagen, dass so gut wie keine Rechtsstreite dieser drei hier in der Rede stehenden Produkte anhängig sind.

Sve Heidi Reinschmidt (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V.): Ich möchte an dem anknüpfen, was die Vorredner schon gesagt haben. Es ist ja die Rede davon, dass mit dem Abgrenzungskatalog nun die Probleme gelöst seien. Dies ist zu bezweifeln, denn dies ist nicht der erste Abgrenzungskatalog, der entwickelt wurde, sondern die gab es schon öfter. Die Abgrenzungskataloge haben dann scheinbar den BSG-Urteilen folgend Rechte der Versicherten wieder zugestanden. Auch der neue kann keineswegs als Problemlösung gesehen werden.

Ganz im Gegenteil werden einerseits neue Konfliktfelder aufgemacht und andererseits fällt auch die Äußerung der BSG-Urteile zur Abgrenzung der Heimsphäre exzessiv zum Nachteil von Pflegebedürftigen in Heimen aus. Man braucht nur die Formulierung zu nehmen, dass Hilfsmittel, die innerhalb des Heimes genutzt werden, der Zuständigkeit der GKV nur dann unterliegen, wenn Wege und Aufenthaltsorte vom Versicherten selbst bestimmt und die Hilfsmittel von Ihnen selbständig genutzt werden. Es ist zu beachten dass alte Menschen mit Bedacht ihre Stühle wählen, weil sie nicht ohne Schwierigkeiten auf irgendeinem beliebigen Stuhl beliebig lange sitzen können. Es ist von daher auch nicht vorstellbar, dass irgendjemand einen ganzen Tag in irgendeinem Schieberollstuhl sitzt. Auch wenn er sich nicht aus eigenem Antrieb oder selbst bestimmend bewegen kann, müsste er die Chance haben, einen individuell angepassten Rollstuhl zu Lasten der Krankenkassen zu bekommen. Das ist ein Recht, das jedem

anderen Versicherten auch so zusteht und es ist nicht verständlich, warum dieses auch weiterhin so einfach ignoriert wird. Eine Problemlösung im neuen Abgrenzungskatalog sehen wir nicht.

SV Klaus-Peter Stenzig (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland EKD e.V.): Ich möchte einfach noch mal betonen, dass wir diese Initiative sehr begrüßen und zwar deshalb, weil dadurch der Anspruch auf Hilfsmittel für die Versicherten verstärkt wird.

Dieser Abgrenzungskatalog ist auch unseres Erachtens kein taugliches Mittel, das zur Problemlösung führen wird. Wer es sich genauer anschaut, wird bemerken, dass es weiterhin zu Doppelzuständigkeiten kommt. Es muss auch berücksichtigt werden, dass sich das Klientel in den Einrichtungen geändert hat, in denen die Pflegeverläufe unterschiedlich sind. Man kann zwar versuchen eine Regelung über Versorgungsverträge zu finden, aber ich glaube, dass dies nicht so differenziert sein wird, um ein Bezug auf individuelle Hilfsmittel eine Lösung zu finden. Wir sind prinzipiell der Meinung, dass sich die Rechtsansprüche der Betroffenen aus den gesetzlichen Vorgaben ableiten sollten. Wir haben es so erlebt, dass durch BSG-Urteile nachgerüstet wurde. Dies ist auf Dauer für die Betroffenen nicht zumutbar, sich wechselnd zu orientieren bzw. warten zu müssen, bis es dort zu Klärungen kommt.

Auf einen Punkt möchte ich noch eingehen, den die AWO kurz angesprochen hat und zwar betrifft es die Versorgung mit Rollstühlen. Dort gibt es eine Bindungswirkung, auch für Einrichtungen der Behindertenhilfe. Wir haben in der Vergangenheit die Erfahrung gemacht, dass die Grundlagen der Versorgung mit Rollstühlen in Pflegeheimen übertragen worden ist auf Einrichtungen der Behindertenhilfe, mit der entsprechenden Argumentation und mit sehr großen Nachteilen. Deshalb möchte ich mich auch dem Votum von Herrn Schmitz anschließen, dass man zumindest in diesem Entwurf überlegen sollte, auch individuell angepasste Rollstühle mit zu integrieren

SV Andreas Besche (Verband der privaten Krankenversicherung e.V.): Ich muss gleich Eingangs sagen, dass mir dieser Abgrenzungskatalog bisher nicht bekannt ist, da wir daran nicht beteiligt worden sind. Dies ist

vielleicht auch nicht notwendig, weil wir keine Leistungen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch erbringen. Wir haben uns in unserer Stellungnahme dafür ausgesprochen, dass der Ausschuss den Gedanken, der diesem Gesetzentwurf zugrunde liegt, aufgreift. Wir haben uns da vorsichtig ausgedrückt, ob es nun unbedingt diese Rechtsverordnung sein muss, die hier vorgeschlagen wird. Das wollen wir nicht abschließend bewerten, obwohl unser Verband in allen Landespflegeausschüssen vertreten sind.

Die Erfahrung der letzten acht Jahre zeigt, dass diese Frage seitdem immer und immer wieder von allen Gremien in 16 Bundesländern behandelt wird, ohne dass man zu einer Lösung kommt. Ich fürchte, dass auch der neue Abgrenzungskatalog nur wieder neue Diskussionen auslösen wird. Wenn ich es richtig verstanden habe, ist er ja nicht zwischen den Beteiligten vereinbart, sondern von den Spitzenverbänden festgesetzt worden.

Wir haben also große Sympathie, dafür, dass die Bundesregierung hier tätig wird, um in irgendeiner Form etwas Verbindliches in die Welt zu setzen. Dies ist wichtig, damit eine pragmatische Abwicklung der Hilfsmittelversorgung in Pflegeheimen sichergestellt wird und diese Sachen nicht immer wieder auf den Rücken der Versicherten ausgetragen werden müssen. Beide Seiten, die Kassen und wir übrigens auch, auf der einen Seite und auf der anderen die Heimträger, sind von dieser Aufgabe überfordert. Sie können das nicht alleine lösen, die Interessengegensätze sind in dieser Frage einfach zu groß. Ich meine, hier müsste der Gesetzgeber tätig werden. Danke schön.

SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.): Wir haben einen anderen Aspekt immer im Vordergrund und zwar die Gleichbehandlung der Versicherten unabhängig vom Wohnort. Es ist schwierig zu verstehen, dass ich selbstverständlich einen Anspruch habe, wenn ich in der eigenen Häuslichkeit lebe, und sobald ich in einem Pflegeheim untergebracht bin, ich diesen Anspruch verwirkt haben soll.

Dieser Gesetzentwurf greift sicherlich einige Dinge auf, die aber nicht abschließend geregelte Kernprobleme betreffen. Das sind die Ausnahmen, die auf keinen Fall vereinbart, sondern in der gesetzlichen Krankenversiche-

rung bleiben sollen. Diese sind ja letztlich auch erst durch erneute Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes so klar herauskristallisiert worden.

Der zweite Punkt ist, wenn etwas vereinbart würde, dass das natürlich auch entgeltwirksam werden muss. Ein Abgrenzungskatalog der Krankenkassen birgt aus unserer Sicht genauso viele offene Fragen wie der letzte. Es kommt letztlich auf die Anwendungen der Interpretation an. Dies gesetzlich zu regeln, geht nur dann, wenn auch klar ist, dass Dinge, die bisher finanziert wurden, auch künftig finanziert werden müssen. Genau dort ist letztlich der Streit zwischen Versicherten, Heimträgern, Krankenversicherungen und auch den Sozialhilfeträgern. Insofern hätten wir vor den Urteilen des Bundessozialgerichtes im letzten Jahr gesagt, dass wir eine solche Regelung außerordentlich begrüßen würden. Nach der Klarstellung ist zumindest im Moment aus unserer Sicht für viele Bereiche die Finanzierungsverantwortung geregelt

Abg. Andreas Storm (CDU/CSU): Vielen Dank Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren, meine Frage geht an Herrn Freigang von der IKK an das Diakonische Werk, an die Arbeiterwohlfahrt und den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste.

Wir haben ja von der Sozialgerichtsgebung insbesondere des Bundessozialgerichtes eine Reihe von Entscheidungen zum Bereich der Hilfsmittelversorgung in der stationären Versorgung. Es gibt aber so gut wie keine Entscheidung zu Fehlbuchungen zwischen der Krankenversicherung und der Pflege bei Hilfsmitteln im ambulanten Bereich.

Vor diesem Hintergrund meine Frage: Kann durch die im Gesetzentwurf hervorgesehene Klarstellung bei der Abgrenzung der Leistungspflicht zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung wirksam verhindert werden, dass einige Krankenkassen weiterhin zu Lasten der Pflegeversicherung Hilfsmittel in erheblichem Umfang verbuchen und damit einen ungerechtfertigten Wettbewerbsvorteil gegenüber den Krankenkassen erzielen, die korrekt buchen?

SV Kurt-Werner Freigang (Bundesverband der Innungskrankenkassen): Herr Storm, ich

bin der Meinung, dass durch diese Klarstellung, wie sie hier vorgenommen werden soll, dies so nicht erreicht wird. Vor allem wird das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch nicht berührt, sondern nur das Elfte Buch Sozialgesetzbuch, was für die gesetzliche Krankenversicherung nicht gilt. Ich möchte die Praktiken einiger Kassenarten hier nicht bewerten, denn es gibt da recht große Unterschiede. Ich möchte lieber darauf verweisen, dass man Aufsichten verstärkter einschalten sollte, um diese Praktiken zu beenden. Es ist nie auszuschließen, dass irgendjemand contra legem handelt., also anders handelt als es vielleicht im Gesetz steht. Diese Ergänzungen und Änderungen, wie sie hier vorgesehen sind, helfen jedoch überhaupt nicht.

SV Klaus-Peter Stenzig (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland EKD e.V.): Ich sehe darin durchaus eine Chance.

Es wurde eben darauf hingewiesen, dass man nicht beurteilen kann, wie denn die Praxis der verschiedenen Kassen aussieht. Das ist es, worauf es bei den Betroffenen in Bezug auf die Einzelpraxis ankommt. Insofern denke ich, dass alle Regelungen, die auf gesetzlichem Wege in die Richtung gehen, um Klarheit zu verschaffen, hilfreich für die Betroffenen sind.

SV Elmar Schmitz (AWO): Herr Storm, ich muss dem Vertreter der IKK ausnahmsweise recht geben, dass das nicht abschließend dadurch geregelt wird. Doch durch die sehr klare und deutliche Formulierung des § 40 Abs. 1 möchte ich mal behaupten, dass die Praxis der Krankenkassen, Leistungen in die Pflegekassen zu verschieben, erschwert werden dürfte. Man muss diesen Satz ja einfach nur lesen, um zu wissen, dass man sich rechtswidrig verhält. Da gibt es auch keinen Interpretationsspielraum mehr. Ich könnte mir vorstellen, dass diese Praktiken - speziell einer bestimmten Kassenart - in Zukunft eingeschränkt werden dürfte. Insofern bin ich unbedingt für diese Klarstellung.

SV Bernd Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.): Danke für die Frage, Herr Storm.

Für den ambulanten Bereich wird es durch dieses Gesetz zumindest im Moment keine wesentlichen Veränderungen geben.

Für den stationären Bereich hat Herr Mael ja schon ausgeführt, welchen Handlungsbedarf wir da sehen. Wir halten es nicht für ausgeschlossen, dass es im Rahmen der Verschiebungen zu Zahlungen von der Krankenkasse zur Pflegeversicherung kommt.

Abg. Matthias Sehling (CDU/CSU): Ich hätte eine Frage an den Bundesverband Medizintechnologie und an die Arbeiterwohlfahrt und zwar zur gegenwärtigen Praxis.

Wir haben ja schon gehört, dass gesagt wird, dass der aktualisierte Abgrenzungskatalog jetzt geeignet sei, die Klarstellung herbeizuführen. Die Frage ist, ob dieser im März 2002 aktualisierte Abgrenzungskatalog nach ihrer Auffassung tatsächlich geeignet ist, dies zu ermöglichen und damit eine eindeutige Zuständigkeit der Pflegekassen einerseits und der Krankenkassen andererseits bei den Gewährungen von Hilfsmitteln auch jetzt schon herbeizuführen?

SVe Oda Hagemeyer (Bundesverband Medizintechnologie e.V.): Unserer Ansicht nach ist der Abgrenzungskatalog der Spitzenverbände der Krankenkassen nicht geeignet, die Probleme zu lösen. In der Vergangenheit hatte sich rausgestellt, dass mit dem ersten Entwurf pauschale Ablehnungen erstmals verhindert werden konnten. Er wird aber letztlich nicht die Klarheit bringen und vor allem die gesetzliche Verbindlichkeit geben.

Als nächster Punkt fällt uns bei dem neuen Abgrenzungskatalog auf, dass hier die Rechtsprechung des BSG etwas sehr weit ausgelegt wird. Das BSG hat in seinen Urteilen am 06. Juni festgestellt, dass Hilfsmittel, die zur Behandlungspflege notwendig sind, von den Krankenkassen zu bezahlen sind und verweist im Rahmen seiner Rechtsprüfungssystematik darauf, dass es auch Versorgungsverträge gibt, die im Einzelfall die Vorhaltung von Hilfsmitteln im Pflegeheim notwendig machen. In dem neuen Abgrenzungskatalog schreiben allerdings die Spitzenverbände der Krankenkassen, dass im Einzelfall zu prüfen ist, ob aus der Bewohnerstruktur des Klientels heraus sich eine Vorhaltepflcht für die Hilfsmittel ergeben kann. Das würde de facto bedeuten, wenn ich

heute zehn Rollstühle brauche und morgen einen elften Gehbehinderten habe, muss das Pflegeheim den Elften vorhalten. Die Bewohnerstruktur, die jetzt dort mit aufgegriffen wird, führt nicht dazu, dass wir eine einheitliche, bundesweit verbindliche Regelung hier haben. Deswegen halten wir fest daran, dass hier eine gesetzliche Klarstellung erfolgen muss, dass Hilfsmittel, die zur Krankenbehandlung dienen, Ausgleich der Behinderung sind oder gegebenenfalls Behinderung vorbeugen können, von den Krankenkassen zu bezahlen sind.

SV Elmar Schmitz (AWO): Ich hatte schon eingangs gesagt, dass dieser Abgrenzungs- und Hilfsmittelkatalog nicht geeignet ist, die Problemen zu lösen. Sie haben ihn ja auch zur Kenntnis genommen und sie werden feststellen, dass fast überall Doppelkreuze gemacht worden sind, nämlich bei Leistungspflicht der GKV und bei Pflegeheimen. Es gibt immer Sonderregelungen. Bei spezialisierten Einrichtungen kann eine Leistungspflicht des Pflegeheims in Frage kommen. Bei gewissen Einzelfällen kann eine Leistungspflicht der GKV in Frage kommen, muss aber nicht. Es ist also nach wie vor eine Einzelfallprüfung.

Die Krankenkassen haben sich deswegen so beeilt, diesen Hilfsmittel- und Abgrenzungskatalog jetzt zum 14.03. ins Leben zu rufen, weil ihr Gesetzentwurf zu dem Zeitpunkt ja schon längst auf dem Tisch lag. Die Krankenkassen haben auf diesem Weg versucht ihren Gesetzentwurf überflüssig zu machen, was aber vollinhaltlich nicht greift. Bei Inkontinenzhilfen und bei Rollstühlen ist eine Doppelzuständigkeit gegeben bzw. muss der Einzelfall immer wieder überprüft werden. Ich kann nur wiederholen, der einzelne Sachbearbeiter jeder einzelnen Kassenart ist, ich will nicht sagen völlig frei in seiner Entscheidung, aber es fällt ihm leichter, auf eine Empfehlung seines Spitzenverbandes so oder so zu reagieren. Vor allem wenn ihm der Spitzenverband dann gleichzeitig noch sagt, dass er sowieso immer den Einzelfall auf Grund der vielen Sonderregelungen zu prüfen hat.

Gesetzlich geregelt sollte sein, dass Inkontinenzartikel, Applikationshilfen, Antidekubitusmatratzen, wenn es nicht Wechseldruckmatratzen sind und individuell angepasste Rollstühle, prinzipiell Leistungspflichten der GKV sein sollten. Damit würde eine Masse von Wi-

derspruchs- und Gerichtsverfahren verhindert werden.

Wir reden von einem Klientel, jedenfalls in stationären Pflegeheimen, das keine hohe Lebenserwartung mehr hat. Der deutsche Gerichtsweg ja nicht so schnell. Da von der Widerspruchseinlegung über die Widerspruchsbeurteilung, bis zur Eröffnung des Gerichtsverfahrens Monate oder Jahre vergehen können, könnten viele Betroffene schon verstorben sein. Auf Grund dessen ist es vielen Betroffenen nicht möglich, ihre Ansprüche geltend zu machen, und sie verzichten lieber darauf.

Das Pflegeheim kann und wird einen individuell angepassten Rollstuhl nicht zur Verfügung stellen können, wenn beispielsweise die Krankenkassen dieses ablehnen. Die Einrichtung hat nur einfache Schiebe- und Transportrollstühle, bei denen die Nackenstützen nicht individuell anzupassen sind. Ein 100 Kg Mensch braucht eine andere Breite als ein 70 kg Mensch. Diese Rollstühle sind individuell anzupassen und müssen handwerklich hergestellt werden. Bei Ablehnung der Krankenkassen kann das Pflegeheim die Kosten hierfür nicht übernehmen.

Um auf ihre Frage noch mal zurückzukommen, bringt dieser Abgrenzungskatalog in der Praxis erheblich zu wenig. Obwohl er eine Verbesserung zu den früheren darstellt, mit einer gesetzlichen Klarstellung in der Weise, wie Sie sie vorgeschlagen haben.

Abg. Barbara Lanzinger (CDU/CSU): Meine Frage geht an das Diakonische Werk und an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste.

Gibt es aus Ihrem Erfahrungsbereich heraus, außer bei den Hilfsmitteln, noch andere Bereiche, in denen sich die gesetzlichen Krankenkassen auf Kosten der sozialen Pflegeversicherung von ihren originären Aufgaben entlasten?

SV Klaus-Peter Stenzig (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland EKD e.V.): Nein, aus meiner Sicht kann ich das nicht sagen.

SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.): Ich glaube,

mir fällt im Moment dazu nichts ein. Wir haben das andere Problem, nämlich dass wir nicht die einvernehmlichen Bemessungsgrundlagen haben. Insofern würde ich natürlich sagen, dass wir insbesondere bei der personellen Ausstattung der Pflegeeinrichtungen eine Situation haben, in der die Forderungen sehr viel höher sind als die Ausstattungen. Wenn es allerdings um einvernehmlich festgelegte Bemessungskriterien für personelle Ausstattung bspw. geht, finde ich, gibt es auch eine gemeinsame Bringschuld.

SV Bernd Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.): Vielleicht darf ich das einfach für den ambulanten Bereich ergänzen, falls die Frage auch auf diesen Bereich bezogen war.

Es gibt selbstverständlich noch diverse andere Probleme, neben der Entscheidung des BSG zu den Kompressionsstrümpfen, die in die Pflegeversicherung verlagert worden sind. Hierbei ist ehrlicherweise klar zu sagen, dass es nicht die Schuld der Pflegeversicherung oder der Krankenversicherung, sondern dass es Ausfluss der Rechtssprechung ist.

Die sich daraus ergebende Problematik der behandlungspflegerischen Leistung im ambulanten Bereich ergibt, das dort Leistungen aus der Behandlungspflege, die klassisch in der Krankenversicherung angesiedelt sind, durch Rechtssprechung sukzessive der Pflegeversicherung zugesprochen werden. Demzufolge besteht das Problem der Abgrenzung auch dort.

Abg. Maria Michalk (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Verband der privaten Krankenversicherung, an die AWO, an das Diakonische Werk und an den Bundesverband der Medizintechnologie.

Wir wissen, dass die Krankenkassen, wenn überhaupt, dann eher später, gegenüber den Pflegekassen die Leistungen in Rechnung stellen bzw. ausgleichen. Dies geschieht im Grunde genommen pauschal und ohne Zinszahlung. Können sie aus ihrer Sicht den Geldwertvorteil beziffern, der sich aus diesen Machenschaften, nämlich der eingebürgerten Verrechnungspraxis, ergibt? Es geht hier immerhin um dreistellige Millionenzahlen, die dann verrechnet werden müssen.

SV Andreas Besche (Verband der privaten Krankenversicherung e.V.): Ja vielen Dank. Ich fürchte allerdings, dass wir aus unserer Erkenntnis zu dieser Frage nichts beisteuern können, da es bei uns diese Praxis nicht gibt. Wie das Volumen bei der gesetzlichen Krankenversicherung im Verhältnis zur sozialen Pflegeversicherung ist, haben wir leider keine Erkenntnisse.

SV Elmar Schmitz (AWO): Ich mache es ganz kurz, Frau Michalk, denn ich kann ihnen diese Frage beim besten Willen nicht beantworten.

SV Klaus-Peter Stenzig (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland EKD e.V.): Ich muss leider dasselbe sagen.

SVe Oda Hagemeyer (Bundesverband Medizintechnologie e.V.): Ich glaube, vom AOK-Bundesverband gab es eine Schätzung im Rahmen der Stellungnahme auch zum Hilfsmittelsicherungsgesetz. Dabei ging es lediglich um den Kostenblock Hilfsmittel im Pflegeheim. Die Rückvergütung zwischen Krankenversicherung und Pflegeversicherung ist uns im Moment auch nicht mit validen Zahlen bekannt. Daher müssen wir passen.

Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die AWO, Diakonisches Werk, Caritas, Bundesverband privater Anbieter, Bundesverband Medizintechnologie.

Ist aus Ihrer Sicht der vorliegende Gesetzesentwurf geeignet, ungerechtfertigte Kosten durch Verschiebung von der Krankenkasse hin zu der Pflegeversicherung oder zu Lasten der Pflegeheime und deren Bewohner zu verhindern? Zeitnah und ohne weiteres Warten auf gerichtliche Entscheidungen?

SV Elmar Schmitz (AWO): Der Gesetzesentwurf ist sehr wohl geeignet, das relativ schnell zu machen, wobei man natürlich eine Einschränkung machen muss. Der Sachbearbeiter auf der unteren Ebene wird nach wie vor über einzelne Hilfsmittel entscheiden und sie ggf. auch ablehnen. Kein Gesetzesentwurf der Welt

kann verhindern, dass sich Sachbearbeiter, ich will nicht sagen rechtswidrig verhalten, aber immerhin Gesetze oder Urteile nach ihrem Dafürhalten interpretieren, wie es für ihre Kas-senlage am günstigsten ist.

Tatsache ist, dass durch diese gesetzlichen Klarstellungen die Widerspruchs- und Gerichtsverfahren reduziert werden. In der Folge besteht eine größere Rechtssicherheit für die betroffenen Versicherten und auch der Pflegeheimträger. Beide kommen natürlich immer dann in eine unmöglich Situation, wenn der Versicherte sagt, dass ihm der Rollstuhl von der Krankenkasse verweigert wird und diesen dann vom Pflegeheimträger fordert. Wir können dann nur sagen, dass wir auch nicht dafür zuständig sind. Das macht ja auch das aus, was im Binnenverhältnis zwischen den Pflegeheimen und seinen Bewohnern und Bewohnerrinnen steht. Insofern bin ich ganz sicher, dass dieser Gesetzesentwurf sowohl Verwaltungskosten reduziert, als auch die Finanzierungszuständigkeit sehr deutlich dahin transportiert, wo sie hingehört, nämlich in den Bereich der GKV.

SV Klaus-Peter Stenzig (Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland EKD e.V.): Ich sagte schon eingangs, dass aus unserer Sicht dieser Gesetzesentwurf sowohl sehr hilfreich für die Pflegebedürftigen ist, als auch - im Sinne der Rechtssicherheit - für die Einrichtungsträger. Unserer Stellungnahme können sie entnehmen, dass wir noch einzelne Wünsche und Anfragen haben, aber den Tenor des Gesetzes und die darin vorgesehenen Regelungen im Sinne der Pflegebedürftigen nachhaltig unterstützen,

SV Bernd Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.): Ich sehe bei dem Gesetzesentwurf nicht, dass etwas neu geregelt wird. Es wird eigentlich nur klargestellt, was mittlerweile vom Bundessozialgericht entschieden wurde.

Klar ist, was nicht vertraglich vereinbart ist, bleibt bei der Krankenversicherung. Einige Bereiche werden explizit aufgezählt, die eindeutig bei der Krankenversicherung bleiben und nicht zu Lasten der Pflegeversicherten oder der Pflegeheimbewohner zu berechnen sind. Mittlerweile hat die Rechtsprechung exakt in dieser Richtung dies sehr hilfreich

klargestellt. Die Frage stellt sich ja letztlich für uns dahingehend, ob sich nicht in der Bewilligungspraxis dadurch etwas ändert. Ich glaube, das lässt sich mit diesem Gesetzesentwurf nicht regeln. Aber diese Klarstellung, dass das, was nicht vereinbart ist, bei der Krankenversicherung bleibt, wäre sehr wohl eine wünschenswerte Regelung.

Sve Oda Hagemeier (Bundesverband Medizintechnologie e.V.): Wie gesagt, wir befürworten den Gesetzesentwurf. Im Moment besteht die Schwierigkeit, dass Entscheidungen vom Bundessozialgericht, die zur Durchsetzung einzelner Ansprüche anhängig sind, dann auch wirklich grundlegende verbindliche Wirkung hätten. Bis dahin wäre die Versorgung der Versicherten nicht mehr klargestellt.

Wir sind für diesen Gesetzesentwurf, weil er hier konkretisiert, dass die Hilfsmittel, die zur Krankenbehandlung notwendig sind, eben auch den Versicherten in Pflegeheimen zur Verfügung gestellt werden.

Abg. Petra Selg (Bündnis 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen, an den BVMed, an die Arbeiterwohlfahrt und den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste.

Ein Regelungsgegenstand des vorliegenden Entwurfs ist die Abgrenzung der Zuständigkeiten von Kranken- und Pflegekassen bei der Hilfsmittelversorgung. Durch die Änderung des § 40 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch soll sichergestellt werden, dass die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch aufgeführten Hilfsmittel, die im Einzelfall erforderlich sind um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, durch die Pflegekassen weder bewilligt noch zu ihren Lasten abgerechnet werden können. Ist die im Gesetzesentwurf vorgesehene Ergänzung der bestehenden Rechtsgrundlage notwendig und wenn ja, ist sie in der vorliegenden Form sinnvoll?

SV Kurt-Werner Freigang (Bundesverband der Innungskrankenkassen): Ich kann das mit einem klaren nein beantworten. Man kann dies eine Klarstellung nennen. Ich möchte hier aber

mal auf einen Punkt zu sprechen kommen, der in den Zusammenhang passt. Was ist im Einzelfall erforderlich? Das hat die Krankenkasse bei jedem Leistungsantrag zu berücksichtigen, nicht nur, wenn es um Hilfsmittel geht. In einem Einzelfall muss geprüft werden, ob das erforderlich ist oder nicht. Mit keiner gesetzlichen Regelung werden wir eine Einzelfallprüfung eliminieren. Ich muss ja das Recht haben, darüber zu entscheiden, ob die Leistung notwendig ist oder nicht. So steht es eindeutig im Fünften Buch Sozialgesetzbuch. Diese Ergänzung hier im § 40 Abs. 1 könnte eine Klarstellung sein, die aber aus meiner Sicht jetzt schon so klar drinsteht.

SV Paul-Jürgen Schiffer (VdAK/AEV.): Darf ich noch aus Sicht der Pflegeversicherung ergänzen, dass ich dem zustimme, was Herr Freigang gesagt hat? Ich verweise aber auch auf den Gesetzentwurf selber. Sie haben zwar impliziert, damit würde ein Hilfsmittel aus dem Katalog ausgeschlossen sein. Dann darf ich auch auf die Begründung im Gesetzentwurf selbst hinweisen. Dort heißt es, dass es durchaus im Ausnahmefall möglich ist, dass nach wie vor ein Hilfsmittel aus dem Katalog nach § 128 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch für den Pflegebereich genutzt werden kann und damit zur Erleichterung der Pflege dient. Also von daher lösen wir das Problem damit nicht.

SVe Oda Hagemeier (Bundesverband Medizintechnologie e.V.): Wir sehen das schon. Vielleicht wäre es ganz gut, dass man den Gesetzeswortlaut vielleicht noch etwas harmonisiert.

Ganz grundsätzlich darf das Hilfsmittelverzeichnis auch nicht als eine Positivliste gesehen werden, wie es vielleicht auch oft dargestellt wird. Es ist mehr eine Orientierungshilfe. Der Abgrenzungskatalog alleine bringt uns ja durch die Doppelkreuzung auch nicht weiter. Damit haben wir eben keine Abgrenzung zwischen Pflegeheimen und GKV. Insofern ist es unserer Meinung nach schon richtig, dass wir auf das Hilfsmittelverzeichnis verwiesen haben, aber wie gesagt, nicht abschließend zu sehen.

SV Elmar Schmitz (AWO): Ich kann mich meiner Vorrednerin weitgehend anschließen. Auch durch diese gesetzliche Klarstellung ist

es nicht abschließend zu regeln. Ich halte sie dennoch für hilfreich, weil hier das Nachrangigkeitsprinzip des Elften Buches Sozialgesetzbuch gegenüber dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch noch einmal deutlich betont wird. Der Regelungsvorschlag des Bundesrates bezieht sich ja auf die Praktiken einiger Kassen, die eben in dieser Hinsicht falsch gehandelt haben. Insofern ist es sehr hilfreich, wenn das *expressis verbis* im Gesetz steht. Allerdings möchte ich einräumen, dass natürlich nicht jeder Einzelfall damit geklärt werden kann.

SV Bernd Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.): Wir halten das eigentlich für eine präzisierende Klarstellung im Fünften Buch Sozialgesetzbuch. Es wäre richtig, dort noch mal genau zu sagen, was da reingehört. Insofern würde hier eine Signalfunktion auf das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch ausstrahlen.

Der Streit ganz zu Anfang der Pflegeversicherung, ob denn dieser Abschnitt Hilfsmittel auch für den stationären Bereich gilt, ist davon überhaupt nicht berührt. Insofern ist das eine nochmalige Klarstellung für den Bereich der Krankenversicherung.

Abg. Petra Selg (Bündnis 90/DIE GRÜNEN): Eine weitere Frage an den Zentralverband des deutschen Handwerks, an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste und an die Arbeiterwohlfahrt.

Ist es in der Praxis umsetzbar, die Abgrenzung der Finanzierungszuständigkeiten über die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung vorzunehmen?

Ist es insbesondere von den Ärzten und Zulieferern zu leisten, sich über die jeweiligen Verträge zwischen den Pflegeheimbetreibern und den Kassen zu informieren und inwieweit ist vor diesem Hintergrund eine bundeseinheitliche Regelung, etwa im Rahmen einer Rechtsverordnung, wünschenswert?

SVe Dr. Anne Dohle (Zentralverband des Deutschen Handwerks e.V.): Der Zentralverband des Deutschen Handwerks und die Bundesinnung der Orthopädietechniker, also die betroffenen Leistungserbringer in diesem Be-

reich, begrüßen nachdrücklich die vorgesehenen Regelungen in dem Gesetzentwurf.

Wir halten es durchaus für sinnvoll, dass die Vertragspartner, also Pflegekassen und Pflegeheime, vertraglich künftig vereinbaren, welche Hilfsmittel zur Grundausstattung eines Pflegeheims gehören sollen und welche Hilfsmittel dann von der Kranken- und Pflegeversicherung finanziert werden müssten. Bei Betrachtung der jetzigen Rechtslage hat sich gezeigt, dass es erhebliche Rechtsunsicherheit gibt. Es gab immer wieder Finanzierungsschwierigkeiten und Abgrenzungsschwierigkeiten in den letzten Jahren. Diese Rechtsunsicherheit hat dazu geführt, dass eine schnelle Hilfsmittelversorgung der Pflegebedürftigen entweder nicht möglich war oder dass die Sanitätshäuser oder orthopädiotechnischen Werkstätten in Vorleistung treten und lange auf die Bezahlung des gelieferten Hilfsmittels warten mussten. Dieser Zustand ist weder für die Pflegebedürftigen noch für die betroffenen Leistungserbringer akzeptabel. Deshalb begrüßen wir im Gesetzentwurf die vorgesehene Regelung, dass in den vertraglichen Vereinbarungen zwischen Kassen und Pflegeheimen klargestellt werden soll, was zur Grundausstattung eines Pflegeheims gehört.

Sinnvoll und ein richtiger Schritt zur notwendigen Klarstellung wäre unserer Ansicht nach auch, wenn die Bundesregierung durch Rechtsverordnung klarstellen würde, welche Hilfsmittel, die zur Grundausstattung eines Pflegeheims gehören, künftig in den Pflegesatz mit einbezogen werden würde.

SV Bernd Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.): Wir halten das auch für einen wunden Punkt. Der Arzt ist dazu da, die medizinische Notwendigkeit zu beurteilen und nicht, um sich um die Vertragsprüfung mit den Pflegeheimen zu kümmern. Ich glaube, dass das vor allen Dingen dazu führen wird, dass die Ärzte noch zurückhaltender sein werden in der Verordnung solcher Hilfsmittel, weil sie fürchten, sie kriegen einen Haufen Ärger damit an den Hals, den sie gerne los werden möchten.

Wir haben das wiederholt erlebt, dass immer dann, wenn solche Probleme aufgetreten sind, es sehr schnell die Runde machte, lieber gar nichts mehr zu verordnen, um sich diesen Ärger zu ersparen. Aus dem Grunde sehen wir es

so, dass der Arzt die Aufgabe hat, die Notwendigkeit der Versorgung mit einem Hilfsmittel zu attestieren, aber nicht die Vertragsprüfung.

SV Elmar Schmitz (AWO): Ich glaube auch nicht, dass es die vordringlichste Aufgabe eines Arztes ist, ständig Vertragsprüfungen vorzunehmen, aber wovon reden wir denn hier?

Ich möchte ihre Frage trotzdem mit ja beantworten. Wenn die vier Produktgruppen, wie die drei, die im Gesetzentwurf erwähnt sind und auch noch individuell angepasste Rollstühle, per Gesetz geregelt sind, ist die Prüfung des Restes im Grunde genommen Makulatur. Denn der Arzt verordnet ja keine einfachen Schieberrollstühle, der verordnet auch keine Pflegebetten und der verordnet auch keine Gehhilfen, das was er verordnet, umfasst im Wesentlichen diese vier Produktgruppen.

Insofern ist diese Vertragsprüfung, die sie jetzt mit ihrer Frage angemahnt haben, zum einen keine Sache, die einen Arzt abschrecken dürfte und auch keine Sache, die einen Arzt daran hindern dürfte, das medizinisch Notwendige zu verordnen.

Das zweite ist, dass ich der Auffassung bin, dass die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) auch die Verhandlungen auf Landesebene nach § 75 Elftes Buch Sozialgesetzbuch, wenn diese vier Produktgruppen aus dem Regelungsbestand draußen sind, kein Problem sein dürften. Ich sagte vorhin schon mal, ob eine Einrichtung nun zehn oder dreizehn Rollstühle vorhält oder nicht, da wird sich kein Mensch dieser Welt darüber streiten.

Bezogen auf eine Rechtsverordnung müsste darauf geachtet werden, wie sich die Verhandlungen auf Landesebene darstellen. Denn wenn es in dem Bundesland X zu einem ganz anderen Katalog kommt als im Bundesland Y, dann muss der Bundesgesetzgeber zu gegebener Zeit noch einmal darauf schauen, und dann notfalls auch von der Rechtsverordnung Gebrauch machen. Es kann ja nicht sein, dass in einem Bundesland substanziell ein anderer Hilfsmittelkatalog gilt als in einem zweiten und dritten Bundesland.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Ich möchte den Bundesverband der privater Anbieter und den Vertreter der Spitzenverbände fragen, was

halten sie von einer zusätzlichen Schiedsstelle in diesem Bereich?

SV Bernd Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.): Also eine Schiedsstelle im Bereich der Krankenversicherung halten wir in den unterschiedlichen Bereichen für wünschenswert, wenn das ein schnelles Klärungsinstrument wäre. Das wäre sicherlich leichter, als dieser lange Verfahrensweg über die Gerichte, deren Urteilsspruch die Betroffenen häufig nicht mehr erleben. Die Schiedsstelle könnte sich dann auch gerne um die häusliche Krankenpflege kümmern.

SV Paul-Jürgen Schiffer (VdAK/AEV): Ich denke, zum Schluss ist Herr Mauel etwas abgewichen. Er hat den Brückenschlag zur Häuslichen Krankenpflege (HKP) gemacht, es geht aber hier um die Hilfsmittelversorgung. Ich denke, da haben wir ja im Elften Buch Sozialgesetzbuch einen Bereich, die Schiedsstelle heute schon, das sind ja in Zukunft die LQV.

Die LQV sind ja schiedsfähig, d.h. wenn in Zukunft die beteiligten Partner, Pflegekassen und Einrichtungsträger, individuell LQV vereinbaren, gehört dazu dann auch die Festlegung der Ausstattung bezüglich der Vorhaltung von Pflegehilfsmitteln durch die Einrichtungen. Wenn darüber Streit entstünde, wäre das natürlich auch Gegenstand dieser Schiedsstelle, oder weitergehend des Sozialgerichtes.

Ich denke, in der KV brauchen wir für die Hilfsmittel keine Schiedsstelle. Ganz deutlich wird darauf hingewiesen, dass jedes Hilfsmittel, welches in der GKV zur Verfügung gestellt wird, ein Individualanspruch des einzelnen Versicherten auf dem Hintergrund der Erkrankung und der ärztlichen Verordnung ist, die die Krankenkasse dann zu prüfen hat. Hier sind eben teilweise auch Hinweise gekommen, dass die Partner Pflegeheime, mit dem Kostenträger über die Ausstattung und Hilfsmittel auch mit der Krankenversicherung zu vereinbaren. Das geht schon expressis verbis gar nicht vom Gesetz her, weil da der individuelle Anspruch auf Grund der Krankheit zu beachten ist.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Ich möchte jetzt den medizinischen Dienst fragen, der ja alltäglich in dieser Zwickmühle ist: Was halten

Sie von diesem Entwurf des Hilfsmittelsicherungsgesetzes?

SV Uwe Brucker (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenversicherung): Der medizinische Dienst hat im Auftrag der Krankenkassen zu prüfen, ob es sich um eine medizinisch indizierte individuelle Lösung handelt, die der Arzt verschrieben hat, oder ob sie ggf. zur Grundausstattung eines Heimes gehört. In der Vergangenheit ist dem medizinischen Dienst insbesondere dort, wo er in den Pflegeeinrichtungen tätig war, durchaus aufgefallen, dass hier Entscheidungen auf dem Rücken der Versicherten ausgetragen worden sind. Von daher hat der medizinische Dienst ein Interesse an einer eindeutigen und rechtsklaren Lösung.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Kann der Vertreter des medizinischen Dienstes mal einige praktische Beispiele nennen?

SV Uwe Brucker (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenversicherung): Es geht hier insbesondere um Rollstühle. Bei der Frage, ob es individuell angepasste Rollstühle sind oder Rollstühle, die zur Grundausstattung des Heimes gehören.

Es sind aber auch Fragen streitig gewesen, die in Bezug auf die Dekubitusmatratzen aufgetaucht sind, und ich denke, dass der medizinische Dienst sowohl auf der Basis eines Gesetzes, wie auch auf der Basis des vorliegenden Abgrenzungskatalogs der GKV, durchaus arbeiten kann.

Abg. Helga Kühn-Mengel (SPD): Meine Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen.

Ich greife einen Punkt auf, der schon einmal Erwähnung fand. Die Prüfdienste Krankenversicherung des Bundes und der Länder haben im Jahr 2001 in einer bundesweiten Prüfkation das Thema der korrekten Zuordnung von Hilfs- und Pflegemitteln unter die Lupe genommen. Auf der Basis einer durchaus repräsentativen Stichprobenüberprüfung wurde allein für den Zeitraum von 1998 bis 2000 ein Umbuchungsbedarf von 349 Mio. Euro zugunsten der Pflegekassen errechnet.

Zu diesem Punkt möchte ich Sie noch einmal befragen. Besitzen Sie Erkenntnisse darüber, ob die Krankenkasse ihre vorrangige Leistungsverpflichtung nunmehr ohne Einschränkungen erfüllen? Sind Sie der Ansicht, dass weitere Sündenfälle der Krankenkassen, ich sage das ausdrücklich in Gänsefüßchen, durch die beabsichtigte Gesetzesänderung unterbunden werden könnten oder müssen wir sagen, dass hier vielmehr die Prüfdienste, Krankenversicherung und Aufsichtsbehörden, am Zuge seien?

SV Paul-Jürgen Schiffer (VdAK/AEV): Die Frage kann ich nur für den Bereich des VdAK/AEV beantworten.

In diesem Bereich hat es diese Fälle gegeben, wie auch schon durch die Presse bekannt geworden ist. Daraus muss man keinen Hehl machen. Die Fehler sind bei einzelnen Kassen vorgefallen und im Rahmen der Prüfung durch das Bundesversicherungsamt aufgefallen. Ich kann Ihnen bestätigen, dass die Kassen, die hier contra legem gehandelt haben, auch entsprechende Umbuchungen vorgenommen haben. Ich kann versichern, dass solche Sünden nicht mehr vorkommen werden. Ich denke, das war für alle Beteiligten eine Lehre. Für jede einzelne Kasse kann ich es natürlich nicht abschließen.

SV Kurt-Werner Freigang (IKK): Wie ich vorhin schon erwähnte, bin ich der Meinung, dass man dieses Problem mit keiner rechtlichen Änderung in den Griff bekommt. Eine Verbesserung ist nur über die Aufsichten möglich. Das sollten wir auch in der Zukunft verstärkt tun. Ich kann mir nicht vorstellen und lege meine Hand nicht dafür ins Feuer, dass die Kassen jetzt sauber handeln. Eine rechtliche Klarstellung ist hierbei jedoch nicht hilfreich. Die Aufsichten sollten sich verstärkt um diesen Bereich kümmern. Ich kann für die Innungskassen sagen, dass auch hier einige wenige Fälle aufgetreten sind. Inzwischen wurden diese Fälle aufgeklärt. Ob in Zukunft immer korrekt vorgegangen wird, kann ich nicht sagen.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Ich habe eine kurze Frage an das Diakonische Werk der evangelischen Kirche Deutschlands, an den

Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste und an die Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen. Es geht noch einmal um die Grundausrüstung der Pflegeheime mit Hilfsmitteln.

Es würde mich interessieren, ob Sie davon ausgehen, dass es den an den Landesrahmenverträgen Beteiligten in absehbarer Zeit gelingt, sich auf praktikable Grundsätze zur Grundausrüstung der Pflegeheime mit Hilfsmitteln zu einigen?

SV Klaus Peter Stenzig (Diakonisches Werk): Nach den bisherigen Erfahrungen schätze ich es schwierig ein, eine Einigung mit der erforderlichen Differenziertheit, sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht, zu erreichen. Dabei muss die jeweilige Zusammensetzung des Klientels und der Wechsel des Klientels in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Ich habe meine Zweifel, ob das in der Differenziertheit möglich ist und dabei auch die notwendige Variabilität gewährleistet bleibt. Mir fehlt im Moment ein bisschen die Phantasie, wie man das im Detail bewerkstelligen kann. Die Praxis und die Verhandlungen müssen zeigen, welche Parameter da eine Rolle spielen.

Sve Heidi Reinschmidt (Paritätischer Wohlfahrtsverband): Eine Verständigung auf der Landesebene über die Grundausrüstung mit Hilfsmitteln zwischen Kassen und Leistungserbringern hätte den Vorteil, dass zweiseitig diskutiert würde und nicht wie bei dem Abgrenzungskatalog eine einseitige Vorgabe durch die Kassen erfolgt. Es ist zu hoffen, dass im Rahmen einer solchen Diskussion vermehrt auch andere Gesichtspunkte zum Tragen kommen und dass Nachteile zu Lasten der Versicherten, die der Abgrenzungskatalog enthält, vermieden werden können. Insbesondere könnten gewisse Gesichtspunkte und die Kompetenz der Leistungserbringer besser mit eingebracht werden, so dass vielleicht auch bestimmte Fragen, z. B. wie man mit spezialisierten Einrichtungen umgeht, einbezogen würden.

SV Bernd Tews (BV privater Anbieter sozialer Dienste e.V.): Es muss berücksichtigt werden, dass es sich vorliegend um Bundesgesetz

handelt. Wenn hierzu unterschiedliche landesgesetzliche Regelungen oder landesvertragliche Regelungen gemacht werden, wirft dies sicherlich neue Fragen auf.

Wir hatten eine Regelung im Landesrahmenvertrag in Bayern. Dies hat aber nicht dazu geführt, dass wir dort anschließend weniger Probleme mit der Bewilligungspraxis hatten. Vielmehr gab es dort exakt die gleichen Probleme wie überall anderswo auch. Ich glaube, dass durch die strikte Anwendung der Gesetze, so wie sie jetzt in der zweiten Runde der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ausgelegt worden sind, die meisten Schwierigkeiten gelöst werden können.

Die Vereinbarung in den Landesrahmenverträgen scheitern häufig daran, dass anschließend ein anderer Kostenträger gefunden werden muss. Es gab dieses böse Wort des „Restkostenfinanzierers“. Damit war die Sozialhilfe gemeint, die natürlich im Vertragswerk berücksichtigt werden müsste. Ich halte das für schwierig, weil wir vertragliche oder gesetzliche Ansprüche auflösen, die in der häuslichen Versorgung selbstverständlich gegeben wären. Im stationären Bereich werden diese in ein anderes, länderunabhängiges Vertragswerk übertragen und dann brauchen wir jemanden, der das zahlt. Das ist die Situation, vor der wir in den Verhandlungen stehen. Insofern glaube ich nicht, dass wir auf Landesebene schnelle und verlässliche Regelungen bekommen. Die konsequenten Anwendung der gesetzlichen Regelung müsste ausreichend sein.

SV Paul-Jürgen Schiffer (VdAK/AEV): Ich denke, man muss man das Ganze differenziert betrachten. Einschlägig ist zunächst die Regelung nach § 75 Elftes Buch Sozialgesetzbuch. Danach gibt es eine Bundesempfehlung, die wir gemeinsam mit den Partnern vereinbaren.

Ich habe in der Vergangenheit immer wieder dafür plädiert, man solle sich auf der Bundesebene im Wege der Rahmenempfehlung, die von beiden Partnern vereinbart wird, bezüglich der Grundsätze zur Ausstattung der Einrichtung einigen. Dies kann auf die zu schließenden Rahmenverträge in den einzelnen Bundesländern übertragen werden. Es geht in den Vereinbarungen nach § 75 Elftes Buch Sozialgesetzbuch oder auch in der Empfehlung nicht darum, explizit eine bestimmte Anzahl von vorzuhaltenden Hilfsmitteln zu vereinbaren.

Das ist Aufgabe des Pflegequalitätssicherungsgesetzes (PQsG), welches eine individuelle und einrichtungsbezogene Vereinbarung verlangt. Deswegen wurde dies auch in der LQV berücksichtigt. Die LQV ist letztendlich auch die Grundlage für die Ableitung der Vergütungsregelung. Ich denke, in den Grundsätzen kann man sich einig werden, aber es bleibt nach wie vor die Aufgabe der Beteiligten in der jeweils einrichtungsindividuellen LQV auch die Ausstattung der Einrichtung festzulegen, um daraus die Vergütung ableiten zu können.

Soweit es um die Ausstattung geht, werden wir allerdings, da gebe ich Herrn Mauel Recht, Probleme mit der Sozialhilfe bekommen. Schwierig könnte es insofern werden, als wir es sowohl mit Sachgütern als auch mit Anlagegütern zu tun haben. Hinsichtlich der Anlagegüter muss darauf geachtet werden, was dem Investitionsbereich unterfällt, da dies Sache der Länder ist. Insofern sind Konfliktfelder vorhanden. Man darf nicht denken, mit einer einfachen vertragsrechtlichen Lösung des § 75 Elftes Buch Sozialgesetzbuch hätte man alle Probleme gelöst. Das ist nicht der Fall.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Ich bitte um eine Antwort von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Pflegekassen zur folgenden Frage: Ist die vom Bundesrat angestrebte Verordnungsermächtigung nach § 84 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Ihrer Meinung nach geeignet, den von allen beklagten bürokratischen Aufwand, der aufgrund staatlicher Detailregelung entsteht, zu reduzieren oder wird der Verwaltungsaufwand im Bereich der Pflege durch die vorgesehene neue Verordnung noch erhöht?

SV Paul-Jürgen Schiffer (VdAK/AEV): Ich möchte mich nicht bezüglich des Verwaltungsaufwands äußern. Wir haben das schon vor ein paar Jahren diskutiert.

Im Gesetz ist vorgesehen, dass die Bundesregierung eine Rechtsverordnung erlassen kann. Sie hat es nicht getan. Warum hat sie es nicht getan? In der Vergangenheit ist sie schon im Vorfeld gescheitert, weil man mit den Ländern keine Einigung in der Frage Abgrenzung, Anlagegüter, Investitionsgüter finden konnte. Es geht um die Festsetzung der genauen Grenzen. Das hat dazu geführt, dass wir diese Rechts-

verordnung bis heute nicht haben. Ich sehe auch keinen Grund, dass man heute versucht, eine neue Rechtsverordnung zu stricken. Diese würde das Problem nicht lösen. Im Gegenteil, wahrscheinlich würden dann genau die Probleme mit den Ländern wieder neu auftauchen.

Abg. **Horst Schmidbauer** (SPD): Unser Fragebedarf ist erschöpft. Damit können wir weitergeben.

Abg. **Matthias Sehling** (CDU/CSU): Meine weitere Frage richtet sich an die AWO, an das Diakonische Werk, den bpa und den BVMed.

Es geht um die beabsichtigten zusätzlichen vertraglichen Möglichkeiten. Bisher entscheiden nach geltender Rechtslage die Krankenkassen, die Spitzenverbände unter Berücksichtigung der jeweiligen Rechtsprechung darüber, ob ein bestimmtes Hilfsmittel ihrer Leistungspflicht unterfällt oder nicht.

Im vorliegenden Gesetzentwurf zum Hilfsmittelsicherungsgesetz ist vorgesehen, dass die Partner der Pflege selbstverwaltung, also die Pflegekassen, Sozialhilfeträger oder Pflegeheimträger, durch Rahmenverträge bzw. durch LQV über diese Vorhaltepflcht der Heime bei der Grundausstattung entscheiden. Meine Frage: Ist diese vertragliche Lösung Ihrer Meinung nach vorzuziehen oder soll es bei der bisherigen Regelung verbleiben?

SV **Elmar Schmitz** (AWO): Ich ziehe eine Lösung auf Selbstverwaltungsebene eigentlich prinzipiell vor. Das funktioniert aber nur dann, wenn Ihr Gesetzentwurf bzw. der Gesetzentwurf des Bundesrates verabschiedet wird. Wenn es eine Regelung für diese vier Gruppen, unter die ich auch die individuell benutzbaren Rollstühle rechnen möchte, ich verweise diesbezüglich ausdrücklich auf unsere Stellungnahme, gibt, dann sind nach meinem Dafürhalten 80% bis 90% aller Probleme geklärt. Auf die restliche Ausstattung kann man sich relativ schnell verständigen.

Ausgenommen werden müssten die spezialisierten Einrichtungen, Einrichtungen für Blinde oder auch Einrichtungen der Behindertenhilfe. Diesbezüglich haben meine Kollegin vom DBPV und mein Kollege von der Diakonie schon erwähnt, dass sich in diesem Bereich

Probleme ergeben werden. Ansonsten würde ich sagen, dass die Lösung sowohl auf Landesrahmenvertragsebene als auch innerhalb der LQV zu finden ist. Wenn sich dieses Instrument erst einmal etabliert hat, wirkt sich das allgemein vereinfachend aus.

SV **Klaus-Peter Stenzig** (Diakonische Werk): Auch meiner Ansicht nach bedarf es als Grundlage zunächst einmal dieser gesetzlichen Regelung. Wenn diese nicht geschaffen wird, sehe ich die Schwierigkeit, dass es zu einer weiteren Verlagerung in die Vertragsverhandlung kommt, mit der Folge, dass die Probleme permanent weiter bestehen.

Ich denke, dass hier eine wichtige Grundlage geschaffen wird. Den Selbstverwaltungsorganen wird es gelingen, sich zu einigen und dabei auch noch die Interessen der Betroffenen hinreichend zu berücksichtigen. Insofern kann ich Herrn Schmitz weitgehend unterstützen.

SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.): Die Verschiebung in die LQV halte ich für sehr fragwürdig. In der LQV können wir das regeln, was unstrittig ist, z. B. Pflegebetten, da diese jede Pflegeeinrichtung benötigt. In den LQVen kann festgelegt werden, was beispielsweise auch heimvertraglich geregelt ist. Wäre in der LQV vor zwei Jahren nach dem damaligen Urteil eine Regelung hinsichtlich Rollstühlen getroffen worden, beispielsweise dahingehend, dass ein solcher nur zur Benutzung auf dem Heimgelände zur Verfügung gestellt wird, so dass jemand mit einem großen Garten keinen Anspruch gehabt hätte, hätten wir uns jetzt unter der Berücksichtigung der neueren, nachvollziehbareren Rechtsprechung ein Problem geschaffen. Es würde dann immer auf die vertragliche Vereinbarung verwiesen.

Es muss uns bewusst sein, dass wir mit der LQV auch immer in das Recht des Versicherten eingreifen. Diese Ungleichbehandlung, die sich schnell daraus ergeben könnte, scheue ich ein wenig. Ich glaube, in der LQV können Regelungen bezüglich besonderer Ausstattungen insbesondere für Spezialeinrichtungen getroffen werden, beispielsweise bei beatmungspflichtigen Heimbewohnern. Allerdings sollten diese meiner Ansicht nach nicht unter die Investitionskosten fallen, sondern weiterhin bei der Krankenversicherung verbleiben.

SVe Oda Hagemeier (Bundesverband Medizintechnologie e.V.): Ich würde ganz gerne noch einmal klarstellen, dass wir hier eigentlich von medizinisch notwendigen Hilfsmitteln sprechen. Es gilt zu klären, wie diese Hilfsmittel jetzt eventuell in den Zuständigkeitsbereich der Pflegeversicherung oder der Pflegeheime fallen. Insofern ist eine einheitliche Anspruchsgrundlage der Versicherten bzw. der Krankenkassen notwendig. Hier sollte der Zuständigkeitsbereich gewahrt bleiben. Die Gesetzesinitiative soll doch nur dazu beitragen, klarzustellen, welche Produkte ganz grundsätzlich nicht in ein Pflegeheim gehören.

Ergänzend zu Herrn Schmitz würde ich vorschlagen, in dem Gesetz nicht nur die drei Hauptgruppen aufzuführen. Vielmehr sollten alle Hilfsmittel, die nach § 33 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch von den Krankenkassen zu zahlen sind, einbezogen werden. Eine Auslagerung in die Versorgungsverträge birgt die Gefahr, dass der einzelne Arzt bei der Verordnung nicht weiß, in welchem Pflegeheim welcher Versorgungsvertrag anzuwenden ist. Auch die Sachbearbeiter der Krankenkassen sehen sich keiner einheitliche Regelung gegenüber. Von daher halten wir die Übertragung in die Versorgungsverträge für keine geeignete Maßnahme.

Abg. Barbara Lanzinger (CDU/CSU): Ich habe eine grundsätzliche Frage zu der Stellungnahme der Bundesregierung hinsichtlich dieses Gesetzentwurfs: 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 seien". Meine Frage richtet sich an den Zentralverband des Deutschen Handwerks, an den Verband der privaten Krankenversicherungen, an den Verband der Deutschen Alten- und Behindertenhilfe, an den Paritätischen Wohlfahrtsverband und je nach Zeit an den Bundesverband Medizintechnologie: Ist die Auffassung der Bundesregierung Ihrer Ansicht nach, gerade was den zweiten Teil der Stellungnahme betrifft, zutreffend?

SVe Dr. Anne Dohle (Zentralverband des Deutschen Handwerks e.V.): Die Behauptung der Bundesregierung, dass bei sachgerechter Anwendung des geltenden Rechts die gesetzlichen Klarstellungen, die im Gesetzentwurf vorgeschlagen werden, nicht notwendig seien, mag richtig sein.

Fakt ist aber, dass diese Klarstellungen offensichtlich nicht vorgenommen wurden. Anderenfalls hätten wir nicht diese zahlreichen Abgrenzungsschwierigkeiten und Streitigkeiten bei den Finanzierungszuständigkeiten.

Aus diesem Grunde begrüßt der Zentralverband des Deutschen Handwerks nachdrücklich, dass mit dem Gesetzentwurf noch einmal der Druck erhöht wird, notwendige Klarstellungen vorzunehmen.

SV Andreas Besche (Verband der privaten Krankenversicherung): Verschiedene Vorredner haben schon auf die umfangreichen Schwierigkeiten hingewiesen, die wir uns in der Vergangenheit zu vergegenwärtigen hatten und auch heute noch haben.

Wir sind der Meinung, dass es notwendig ist, eine Rechtsverordnung oder etwas Vergleichbares, etwa einen offiziellen Abgrenzungskatalog, zu erlassen. Dadurch würde wenigstens eine der bestehenden Schwierigkeiten gelöst. Natürlich müsste auch in Zukunft die Pflicht einer Notwendigkeitsprüfung der Krankenkassen bestehen bleiben. Ich spreche mich diesbezüglich gegen jegliche Automatik aus: auf keinen Fall darf etwas in die Krankenkassen verlagert werden, was das Heim nicht vorgehalten hat. Einheitliche Verhältnisse in den Ländern sind dabei jedoch unerlässlich.

Es wäre ein Segen, wenn man sich bei den demnächst beginnenden LQV-Verhandlungen auf eine einheitliche Grundlage stützen könnte. Denn wenn man sich auf Landesebene bzw. auf der Ebene einzelner Einrichtungen wieder anfängt darüber zu streiten, was grundsätzlich zur Vorhaltungspflicht der Heime gehört, sehe ich auch die LQV-Verhandlungen gefährdet.

SV Michael Schulz (Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe): Das ist genau das richtige Stichwort: Die Einrichtungen sollten in den Streit nicht mit einbezogen werden. Dann können die Verhandlungen vor Ort auch

wesentlich schneller und zügiger geführt werden.

Frau Lanzinger, wenn man die Stellungnahme der Bundesregierung liest, kann daraus auch sehr viel Positives gezogen werden. Der Gesetzentwurf wird nicht als Ganzes verworfen. Vielmehr stellt die Bundesregierung nur klar, dass vieles bereits geregelt sei. Ich gebe Ihnen dahingehend Recht, dass es einen Konflikt in den Vergütungsvereinbarungen gibt. Solange nicht ganz deutlich ohne wenn und aber geregelt ist, was die Vergütung und was im Gegensatz dazu der Pflegesatz umfasst, wird es nach wie vor Probleme geben.

SVe **Heidi Reinschmidt** (Dt. Paritätischer Wohlfahrtsverband): Wir stimmen der Aussage der Bundesregierung zu, dass bei sachgerechter Anwendung des geltenden Rechts eine Gesetzesänderung nicht zwingend erforderlich wäre. Allerdings können wir nicht von einer sachgerechten Anwendung des geltenden Rechts ausgehen. Das machen die BSG-Urteile insbesondere deswegen sehr deutlich, weil jedes erlassene Urteil eine neue, engere Auslegung vorgab. Dabei muss beachtet werden, dass die Urteile auf den Einzelfall zugeschnitten waren und später unzulässigerweise verallgemeinert wurden. Sie führten zu anderen Schlussfolgerungen und Ablehnungen von Hilfsmitteln mit der Folge, dass in späteren BSG-Urteilen wieder Aussagen aus ersten Urteilen präzisiert werden mussten. Diese Situation verdeutlicht meines Erachtens sehr gut, dass eine sachgerechte Anwendung nicht erfolgte und nach all diesen Erfahrungen auch zukünftig nicht erwartet werden kann. Deswegen plädieren wir ausdrücklich für eine gesetzliche Klarstellung, damit die sachgerechte Anwendung selbstverständlich wird.

SV **Elmar Schmitz** (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.): Wir können der Aussage der Bundesregierung, dass zwar eine fachliche aber keine rechtliche Notwendigkeit besteht, nicht zustimmen. Ich kann mich da weitgehend Frau Reinschmidt anschließen. Die jahrelange Verweigerungspraxis der Krankenkassen mit Widersprüchen und Gerichtsverfahren zeigt, dass die Sache offensichtlich nicht so klar war, wie sie hätte sein sollen. Wer gibt uns die Garantie, dass mit dem neuen Abgrenzungskatalog ohne ein Gesetz die Sache klarer wird? Ich würde prognostizieren, dass die Widerspruchs-

und Gerichtsverfahren sinken werden, aber eben nur sinken. Es geht hier nicht um eine amorphe Masse von Pflegebedürftigen, sondern hier ist die Rede von Einzelfällen.

Ich will Ihnen ein Beispiel geben, wo, Abgrenzungskatalog hin BSG-Urteil her, die Krankenkassen immer noch eine sehr rigide Praxis zeigen: nämlich bei Rollstühlen für Demente. Das jüngste BSG-Urteil hat darauf abgestellt, dass ein Pflegebedürftiger, der noch zu einer freien Willensäußerung fähig ist und seinen Aufenthaltsort noch selbst bestimmen kann, einen Anspruch auf einen individuell genutzten Rollstuhl hat. Ich habe Ablehnungsbescheide von Krankenkassen gesehen, bezogen auf demente Pflegebedürftige, da stand lapidar darin: Der Pflegebedürftige XY ist aufgrund seines gesundheitlichen Zustandes nicht in der Lage, eine Willensäußerung abzugeben, wo er sich aufzuhalten beliebt. Er kann den Rollstuhl nicht selber bedienen, somit hat er keinen Anspruch auf einen Rollstuhl. Diese Krankenkassen haben sich ausdrücklich auf dieses BSG-Urteil bezogen und nach meinem Dafürhalten rechtlich zu Recht.

Mit diesem BSG-Urteil bin ich nicht so ganz glücklich. Wir wollen doch nicht, dass somatisch Pflegebedürftige gegenüber dementen Pflegebedürftigen in einer derart essentiellen Frage bevorzugt werden. Wenn man das verhindern will, ist so eine gesetzliche Klarstellung nicht nur fachlich notwendig, sondern auch rechtlich geboten.

SVe **Oda Hagemeier** (Bundesverband Medizintechnologie e.V.): Ich stimme der Bundesregierung und der von ihr verfassten Stellungnahme zu. Im Prinzip wäre die Rechtslage klar. Das Problem ist aber, dass eine gewisse Willkür bei den Sozialversicherungsträgern vorherrscht. Die Bundesregierung führt an, dass man eventuell darüber nachdenken sollte, die beiden Versicherungssysteme zusammenzuführen. Solange wir nicht an diesem Punkt angelangt sind, brauchen wir auf jeden Fall eine gesetzliche Klarstellung in der Übergangszeit.

Abg. **Andreas Storm** (CDU/CSU): Zum Abschluss möchte ich noch einmal eine offene Fragestellung einbringen. Wir haben vorhin gehört, beispielsweise von Herrn Freigang von der IKK, aber etwa auch von dem Vertreter der

AWO, dass sie der Meinung sind, dass die Maßnahmen, die im Gesetzentwurf vorgesehen sind, nicht für eine wirklich nachhaltige Lösung des Abgrenzungsproblems ausreichen. Andere, etwa der Vertreter des Diakonischen Werkes, haben angedeutet, sie sehen weiteren Handlungsbedarf beim Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Deshalb noch einmal die Frage an alle Sachverständigen, die sich hier angesprochen fühlen: Welches wären aus Ihrer Sicht die notwendigen zusätzlichen Maßnahmen oder Instrumente, die nötig sind, um das Abgrenzungsproblem nachhaltig zu lösen?

Ich möchte nicht, dass Sie aus dieser Anhörung herausgehen und sagen, es gäbe eigentlich noch zusätzliche Maßnahmen, die der Gesetzgeber ergreifen muss, um das Problem nachhaltig zu lösen, aber es hat uns keiner gefragt.

SV Elmar Schmitz (AWO): Ich fühle mich da sehr angesprochen, Herr Storm, weil Sie mich da ein bisschen missverstanden haben.

Ich halte den Gesetzentwurf so, wie er vom Bundesrat verabschiedet worden ist, unter Berücksichtigung von einigen Ergänzungen für gut und hilfreich. Wir sind der Ansicht, wie es auch aus unserer Stellungnahme deutlich wird, dass bei den Ergänzungen auch die individuell nutzbaren Rollstühle mit in die Aufzählung aufgenommen werden sollten.

Ansonsten glaube ich schon, dass der Bundesgesetzgeber mit diesem Gesetzentwurf das ihm Mögliche getan hat. Dabei muss berücksichtigt werden, dass selbstverständlich jeder einzelne Hilfsmittelanspruch individuell zu prüfen ist. Auch darf nicht vergessen werden, dass die Selbstverwaltungsebene dann erst einmal zeigen muss und wird, was sie auf Landesebene und innerhalb einer LQV verhandelt. Ich möchte jedoch auf keinen Fall missverstanden werden. Ich unterstütze diesen Gesetzentwurf mit dieser von uns nicht unwesentlichen Ergänzung ausdrücklich.

SV Kurt-Werner Freigang (IKK): Ich habe es nicht nur hier, sondern auch in unserer schriftlichen Stellungnahme deutlich gesagt. Wir halten eine Änderung nicht für erforderlich. Das heißt: mit den bestehenden Rechtsgrundlagen können wir arbeiten und auch gut arbeiten. Was hier an Kritik geäußert worden ist, das mag Einzelfälle betreffen. Die wird es immer und in jedem Bereich geben. Wir brauchen aus meiner Sicht keine Klarstellung, auch nicht eine solche, die über das hinaus geht, was Sie hier vorgeschlagen haben.

Abg. Maria Michalk (CDU/CSU): Ich hatte vorhin mit meiner Frage nach dem geldwerten Vorteil aus der jetzigen Praxis der Verrechnung zwischen Krankenkassen und Pflegekassen für eine gewisse Verwirrung gesorgt. Ich gebe zu, dass das nicht so ganz einfach ist. Deshalb würde ich gerne diese Frage noch einmal an den Vertreter der AOK stellen. Weiterhin möchte ich veranlassen, das Bundesversicherungsamt darum zu bitten, diese Frage schriftlich zu beantworten, da deren Vertreter heute nicht anwesend ist.

SV Paul-Jürgen Schiffer (VdAK/AEV): Genau das ist der Punkt, den ich eben noch mal sehr deutlich angesprochen habe. Es hat diese Fehlbuchungen aus welchen Gründen auch immer gegeben. Ich denke, die Prüfdienste, gerade in unserem Bereich das Bundesversicherungsamt, sind da sehr, sehr hellhörig. Das ist mir aus allen Berichten, die wir von den einzelnen Kassen vorgelegt bekommen, bekannt. Ich denke, wenn die Überprüfung konsequent durchgesetzt wird und dies auch von Seiten der Aufsicht der landesummittelbaren Kranken- und Pflegekassen gewährleistet ist, kann und darf das eigentlich nicht mehr passieren.

Die Sitzung endet um 13.24 Uhr.