

RECHTSGUTACHTEN

Möglichkeiten der Kostenerstattung technischer Assistenzsysteme (AAL) für pflegebedürftige Verbraucherinnen und Verbraucher nach geltendem Recht sowie Entwicklung von konkreten Handlungsempfehlungen

ERSTELLT AM

04.11.2019

IM AUFTRAG

Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.

IM AUFTRAG

**Christian Dierks
Sebastian Retter
Julia Pirk**

Gefördert durch:



Bundesministerium
der Justiz und
für Verbraucherschutz

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Dierks+Company
Rechtsanwaltsgesellschaft mbH

HELIX HUB
Invalidenstraße 113
D-10115 Berlin

T +49 30 586 930-000
F +49 30 586 930-099
info@dierks.company
www.dierks.company

SteuerNr. 30/261/50055
USt-IdNr. DE313860752
Amtsgericht Charlottenburg
HRB 190063 B

Geschäftsführer
Prof. Dr. med. Dr. iur.
Christian Dierks

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
IBAN DE24 3006 0601 0008 0611 05
SWIFT DAAEEDDXXX

INHALTSVERZEICHNIS

Teil 1: Einleitung und Problemaufriss	5
Teil 2: Zusammenfassung der Ergebnisse	7
Teil 3: Rechtliche Bewertung	9
A. Rechtliche Rahmenbedingungen für die Erstattung von AAL (de lege lata)	10
I. Erstattung von AAL innerhalb des sozialen Leistungsrechts	10
1. AAL als Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 SGB V	10
a) Hilfsmittelleigenschaft von AAL	10
aa) Sächliche Mittel	10
bb) Versorgungsziele des Hilfsmittels	11
(1) Sicherung des Erfolgs einer Krankenbehandlung	11
(2) Vorbeugung einer drohenden Behinderung	12
(3) Behinderungsausgleich	12
(4) Erfüllung der Versorgungsziele nach § 33 Abs. 1 SGB V durch AAL	13
cc) Kein allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens	15
dd) Kein Ausschluss nach § 34 Abs. 4 SGB V	17
ee) Erforderlichkeit des Hilfsmittels	17
(1) Objektive Erforderlichkeit des Hilfsmittels	17
(2) Subjektive Erforderlichkeit des Hilfsmittels	17
ff) Zwischenergebnis zur Hilfsmittelleigenschaft spezifischer AAL	18
b) Modalitäten der Inanspruchnahme und Kostentragung für AAL als Hilfsmittel	18
2. AAL als Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 1 SGB XI	20
a) Pflegehilfsmittelleigenschaft von AAL	20
aa) Sächliche Mittel	21
bb) Versorgungsziele des Pflegehilfsmittels	21
(1) Erleichterung der Pflege	21
(2) Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen	21
(3) Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung	22
(4) Erfüllung der Versorgungsziele nach § 40 Abs. 1 SGB XI durch AAL	23
cc) Kein allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens	26
dd) Notwendigkeit des Pflegehilfsmittels	28
ee) Keine Leistungspflicht eines anderen Sozialleistungsträgers	28
(1) Leistungspflicht der GKV	28
(2) Leistungspflicht der SPV	29

(3) Zuständigkeitsabgrenzung zwischen GKV und SPV	29
ff) Zwischenergebnis für Erstattungsfähigkeit spezifischer AAL durch die SPV	32
b) Modalitäten der Inanspruchnahme und Kostentragung für AAL als Pflegehilfsmittel	33
3. Aufnahme eines AAL in das (Pflege)Hilfsmittelverzeichnis.....	33
a) Bedeutung des (Pflege)Hilfsmittelverzeichnis	33
b) Status quo zu technischen Assistenzsysteme im (Pflege)Hilfsmittelverzeichnis	34
c) Aufnahme eines AAL ins (Pflege)Hilfsmittelverzeichnis	39
aa) Nachweis der Funktionstauglichkeit	39
bb) Nachweis der Sicherheit.....	40
cc) Nachweis der Qualität.....	41
dd) Nachweis des medizinischen Nutzens.....	41
4. Vergleich der Erstattungsfähigkeit nach § 33 Abs. 1 SGB V und § 40 Abs. 1 SGB XI	41
5. Erstattungsfähigkeit von AAL als wohnumfeldverbessernde Maßnahme nach § 40 Abs. 4 SGB XI	43
6. Erstattungsfähigkeit von AAL als nach dem SGB IX	44
a) Erstattungsfähigkeit von AAL als Hilfsmittel nach § 47 Abs. 1 SGB IX.....	44
b) Erstattungsfähigkeit von AAL als Leistung zur Sozialen Teilhabe nach § 76 SGB IX.....	45
c) Zwischenergebnis.....	46
7. Erstattungsfähigkeit von AAL nach dem SGB XII.....	46
a) Erstattungsfähigkeit von AAL als Pflegehilfsmittel nach § 64d SGB XII.....	47
b) Erstattungsfähigkeit von AAL als Altenhilfe nach § 71 SGB XII	47
II. Satzungsleistungen, § 11 Abs. 6 SGB V und Besondere Versorgung, § 140a SGB V	48
III. Prävention in Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI	48
IV. Erstattung von AAL außerhalb des sozialen Leistungsrechts	48
1. Erstattung von AAL als Hilfsmittel durch die private Krankenversicherung	48
2. Erstattung von AAL als Pflegehilfsmittel durch die private Pflegeversicherung	49
V. Regelungsbedarf für die Kostenerstattung von AAL	50
B. Handlungsempfehlungen zur Schaffung rechtlicher Rahmenbedingungen für die Erstattung von AAL (de lege ferenda)	52
I. Zuständiger Leistungsträger für die Erstattung von AAL	52
II. Erforderliche Neuregelungen	53
1. Definition von AAL	53
a) Bereits existierende Definitionen von AAL	53
b) Versorgungsziele erstattungsfähiger AAL	54
c) Abgrenzung erstattungsfähiger AAL von Systemen zur allgemeinen Lebensunterstützung	55
2. Nachweis eines pflegerischen Nutzens des AAL	56
a) Erforderlichkeit des Nachweises eines pflegerischen Nutzens	56
b) Zielgruppen für die Beurteilung des pflegerischen Nutzens	56
c) Maßstab für die Beurteilung des pflegerischen Nutzens	58
aa) Pflegerischer Nutzen für den Pflegebedürftigen.....	58

bb) Pflegerischer Nutzen für Pflegepersonen und Pflegekräfte	58
d) Anforderungen an den Nachweis des pflegerischen Nutzens	58
e) Notwendigkeit des AAL	59
3. Vorschlag zur Anpassung des Rechtsrahmens	60
a) Anpassung des SGB XI	60
b) Anpassung sonstiger Rahmenbedingungen	60
c) Anpassung der Regelung der PPV	61
III. Bewertung des pflegerischen Nutzens bestimmter AAL (de lege ferenda)	61
IV. Begründung der Erforderlichkeit der Schaffung neuer rechtlicher Rahmenbedingungen für AAL	64
1. Gesetzliche Pflicht zur Förderung der Selbständigkeit der pflegebedürftigen Versicherten	64
2. Gesetzlich vorgesehener Vorrang der häuslichen Pflege	65
3. Gesetzliche Pflicht zur Verhinderung bzw. Senkung von Pflegekosten	66
V. Informationspflicht gegenüber pflegebedürftigen Verbrauchern über erstattungsfähige AAL	66
1. Aufklärung und Auskunft nach § 7 Abs. 1 SGB XI	67
2. Informations- und Aufklärungspflicht nach § 7 Abs. 2 SGB XI	67
3. Informations- und Aufklärungspflicht nach § 7 Abs. 3 SGB XI	67
4. Pflegeberatung nach § 7a SGB XI	67

Teil 1: Einleitung und Problemaufriss

Im Zuge der Digitalisierung im Gesundheits- und Pflegesystem gewinnt auch die technische Unterstützung pflegebedürftiger Verbraucher¹ zunehmend an Bedeutung. Die technische Unterstützung Pflegebedürftiger ist vor allem angesichts des demografischen Wandels, einer erhöhten Tendenz zum Alleinleben und der gesteigerten Ansprüche pflegebedürftiger Personen an die Lebensqualität von praktischer Relevanz. Der steigenden Anzahl der Pflegebedürftigen steht zudem ein Fachkräftemangel in der Pflege und die Berufstätigkeit pflegender Angehöriger gegenüber (GKV-SV, Digitalisierung und Pflegebedürftigkeit – Nutzen und Potenziale von Assistenztechnologien, S. 11 mit dem Hinweis, dass nach aktuellen Studien ein Fachkräftemangel von bis zu 270.000 fehlenden Pflegefachkräften im Jahr 2035 zu erwarten ist).

Vor diesem Hintergrund können technische Assistenzsysteme einen erheblichen Beitrag im Rahmen der Pflege leisten. Die unter dem Begriff technische Assistenzsysteme – „Active Assisted Living“ oder „Ambient Assisted Living“ (AAL) – zusammengefassten Produkte, Systeme und Dienstleistungen dienen der Unterstützung von Menschen im alltäglichen Leben und einer Erhöhung der Lebensqualität. Bei der Anwendung technischer Assistenzsysteme durch pflegebedürftige Verbraucher steht im Fokus, die selbständigere Lebensführung zu ermöglichen und zu verlängern bzw. die pflegerische Versorgung in der eigenen Häuslichkeit zu unterstützen und zu verbessern.

AAL beinhalten ein enormes pflegerisches Potenzial und das Angebot der auf dem Markt verfügbaren AAL nimmt stetig zu. Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass AAL den Verbrauchern ein möglichst selbstbestimmtes Leben ermöglichen und damit einen längeren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit gewährleisten können. Zudem vermögen AAL zu einer Entlastung von professionell Pflegenden sowie pflegenden Angehörigen beizutragen.

Damit die selbständigere Lebensführung pflegebedürftiger Verbraucher und deren pflegerische Versorgung in der eigenen Häuslichkeit flächendeckend sichergestellt ist, müssen AAL in das Gesundheits- und Pflegesystem integriert sein. Dazu ist es erforderlich, dass AAL auch durch einen Sozialleistungsträger erstattet werden.

Die derzeitige Rechtslage regelt die Zugangswege für AAL nur unzureichend. Bisher mangelt es auch an Judikatur zu dieser Thematik. Es steht zu erwarten, dass Kranken- und Pflegeversicherungen hinsichtlich der Kostenübernahme für AAL eher zurückhaltend sind. Folge dieser Zurückhaltung ist nicht nur, dass das erwähnte Potenzial von AAL zugunsten Pflegebedürftiger und pflegender Personen ungenutzt bleibt und damit letztlich die gesetzlich vorgesehene Förderung der Führung eines selbstbestimmten und selbständigen Lebens nur unzureichend realisiert wird (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Die fehlende Kostenübernahme von AAL resultiert auch darin, dass Pflegebedürftige mangels verminderter Selbständigkeit früher in stationären Pflegeeinrichtungen untergebracht werden, obwohl nach der gesetzgeberischen Intention eine ambulante Betreuung pflegebedürftiger Verbraucher einer voll- oder teilstationären Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung vorzuziehen ist (§ 3 SGB XI).

¹ Allein aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter.

Daher sollen im Rahmen dieses Rechtsgutachtens zunächst die derzeit bestehenden Erstattungsmöglichkeiten für AAL geprüft und bewertet werden. Aufbauend auf dem Ergebnis dieses Gutachtens sollen in einem weiteren Schritt Handlungsempfehlungen abgegeben werden, wie bestehende und/oder neu zu schaffende Erstattungswege genutzt werden können, um eine Verbesserung der Situation für Pflegebedürftige durch die Nutzung von AAL zu erreichen.

Teil 2: Zusammenfassung der Ergebnisse

Das Gutachten hat den Fokus auf die Erstattungsfähigkeit der AAL als Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 SGB V oder als Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 1 SGB XI gelegt. Die derzeitigen gesetzlichen Regelungen erlauben **keine eindeutige Beantwortung der Frage, ob die genannten AAL als Leistung der KV oder der PV erstattungsfähig sind**. Zwar lassen sich die bewerteten AAL nach unserer Auffassung jeweils unter die vom Gesetz vorgesehenen **Versorgungsziele** von Hilfsmitteln nach § 33 Abs. 1 SGB V (Sicherung des Erfolg einer Krankenbehandlung, Vorbeugung einer drohenden Behinderung, Behinderungsausgleich) oder von Pflegehilfsmitteln nach § 40 Abs. 1 SGB XI (Erleichterung der Pflege, Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen, Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung) subsumieren. Bei einer weiten Auslegung kommt man auch zu dem Ergebnis, dass AAL, die auf Bedürfnisse pflegebedürftiger Verbraucher zugeschnitten sind, **keine allgemeinen Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens** sind. Allerdings erfordert dieses Ergebnis eine **weite Auslegung der gesetzlich normierten Anforderungen**. Es besteht die Gefahr, dass Kranken- und Pflegeversicherungen eine restriktive Auffassung vertreten und die Kostenübernahme für ein AAL mit dem Argument verweigern, dass die normierten Anforderungen an Hilfs- und Pflegehilfsmittel von einem AAL nicht erfüllt werden. In diesem Fall müsste ein pflegebedürftiger Verbraucher seinen (Pflege)Hilfsmittelanspruch vor einem Sozialgericht einklagen. Auch im Hinblick auf die gerichtliche Entscheidungspraxis kann aufgrund des **Mangels an Rechtsprechung** zu dieser Thematik nicht vorausgesagt werden, ob ein Anspruch auf ein AAL tatsächlich anerkannt wird. Es ist aufgrund der derzeitigen gesetzlichen Regelungen nach unserer Einschätzung zu erwarten, dass die Nutzung von AAL durch pflegebedürftige Verbraucher an einer restriktiven Auslegung des Hilfs- und Pflegehilfsmittelbegriffs scheitern wird. Auch für eine Erstattung von AAL als Leistung nach dem SGB IX und dem SGB XII ist nach unserer Auffassung kein Raum.

Mit dem Ziel, **AAL in die Regelversorgung pflegebedürftiger Verbraucher zu integrieren**, empfehlen wir eine Anpassung der gegenwärtigen gesetzlichen Regelungen. Wir halten es für sachgerecht, **AAL als Pflegehilfsmittel** einzuordnen, da sie vorrangig eine pflegeunterstützende Funktion haben und es dem Verbraucher ermöglichen, länger in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben und dort ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. Damit wird den der sozialen Pflegeversicherung immanenten Grundsätzen der Ermöglichung eines **selbstbestimmten Lebens** Pflegebedürftiger und ihrem längst möglichen **Verbleib in der eigenen Häuslichkeit** gerecht.

Vor diesem Hintergrund erscheint eine Anpassung der gesetzlichen Regelung sachgerecht. Wir schlagen vor, **§ 40 SGB XI** um einen **Absatz 1a** zu ergänzen, der klarstellt, dass der Anspruch pflegebedürftiger Verbraucher auf Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 1 SGB XI auch technische Hilfsmittel erfasst, die

- in Kongruenz mit dem Pflegebedürftigkeitsbegriff des § 14 Abs. 2 und 3 SGB XI der **Verbesserung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Lebensbereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte** sowie **Haushaltsführung** dienen sowie
- auf sonstige Weise der **Erleichterung der Pflege** dienen.

Die Erstattungsfähigkeit des AAL ist durch den erfolgreichen **Nachweis eines pflegerischen Nutzens** für den Pflegebedürftigen bedingt. Wir sind daher der Auffassung, dass **auch allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens** – also solche AAL, die auch von nicht pflegebedürftigen Personen genutzt werden – erstattungsfähig sein können, sofern der pflegerische Nutzen im konkreten Einzelfall nachgewiesen wird.

Im Rahmen dieses Gutachtens wurde die Erstattungsfähigkeit von exemplarisch ausgewählten AAL durch die Kranken- (KV) und Pflegeversicherung (PV) auf Grundlage der gegenwärtigen gesetzlichen Regelungen analysiert und bewertet.

Teil 3: Rechtliche Bewertung

Das Gutachten behandelt die Erstattungsfähigkeit im Hinblick auf **exemplarisch** ausgewählte AAL. Die AAL wurden gemeinsam von der Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. und Dierks+Company auf Grundlage des hohen Nutzens für die Versorgung pflegebedürftiger Verbraucher und anhand der vom Zentrum für Qualität in der Pflege ermittelten hohen Akzeptanz durch Pflegebedürftige (ZQP-Analyse, Einstellung der Bevölkerung zu digitaler Unterstützung in der Pflege, abrufbar unter https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Analyse_PflegeDigitalisierung.pdf, Stand: 21.10.2019) ausgewählt. Nach unserer Auffassung besteht aufgrund des hohen Nutzens der ausgewählten AAL für den Pflegebedürftigen, insbesondere durch die Förderung der selbstbestimmten Lebensführung sowie der Ermöglichung des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit das **Interesse, die ausgewählten AAL in den Pflegealltag zu integrieren**. Diese Integration ist durch die Kostentragung eines Sozialversicherungsträgers bedingt, die es ermöglicht, dass ein pflegebedürftiger Verbraucher einen Anspruch auf ein AAL hat, sofern dieses im konkreten Fall für den Pflegebedürftigen angesichts seiner Pflegebedürftigkeit einen pflegerischen Nutzen hat. Zu vermeiden ist dadurch eine nur einzelfallbezogene Kostenübernahme für ein AAL durch eine Sozialversicherung oder ein Gericht.

Der erste Teil (A.) des Gutachtens untersucht daher mit Blick auf die geltende Rechtslage die derzeitige Erstattungsfähigkeit im Hinblick auf die folgenden AAL:

(1) Wendebett: Bett mit Möglichkeit zur manuellen oder automatisierten Schrägstellung der Liegefläche für ein erleichtertes Umlagern und Aufrichten des Pflegebedürftigen sowohl durch Pflegekräfte als auch den Pflegebedürftigen selbst. Neben der physischen Erleichterung der Pflege dient das Wendebett der Mobilisierung des Pflegebedürftigen sowie eine erhöhte Umlagerungsfrequenz der Dekubitusprophylaxe. Zudem verfügt ein Wendebett häufig über eine Funktion, mittels automatisierter Schrägstellung der Liegefläche die Liegeposition des Pflegebedürftigen in programmierten Intervallen zu verändern. Wendebetten sind vor allem bei Krankheitsbildern mit eingeschränkter Mobilität und erhöhter Bettlägerigkeit wie Multiple Sklerose, Schlaganfall und Parkinson indiziert. Der Anschaffungspreis wird bei ca. 5.000,00 EUR liegen.

(2) Ortungssystem mit integriertem Notruf: Das Ortungssystem, bspw. in Form einer Uhr, einer App oder eines sonstigen Trackers, ermöglicht mittels GPS-Funktion die Positionsbestimmung des Pflegebedürftigen. Das integrierte Notrufsystem ermöglicht im Falle des physischen oder psychischen Unvermögens des Pflegebedürftigen ein anlassbezogenes Notrufauslösen, sofern der Pflegebedürftige festgelegte Sozialräume und Routinewege verlässt. Ermöglicht werden hierdurch ein zeitnahes Wiederauffinden und Verbringen des Pflegebedürftigen in seine eigene Häuslichkeit. Die Verwendung eines Ortungssystems mit integriertem Notruf kommt vor allem bei Pflegebedürftigen mit Hinlauftendenz, Orientierungslosigkeit, Verwirrung, Verirren und Orientierungsverlust wie bspw. Demenzpatienten in Betracht. Die Anschaffungskosten belaufen sich auf ca. 350,00 bis 1.190,00 EUR (GPS-Uhr, LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 17.09.2019, L 16 KR 182/18).

(3) Sturzerkennungssystem: Ein Sturzerkennungssystem, bspw. eine Sturzsensormatte, ein tragbarer Sturzsensoren oder ein Thermosensor, der die vom Menschen ausgestrahlte Wärmeenergie misst und so Regungslosigkeit sowie ausbleibende Raumnutzung erkennt, ermöglicht die Detektion von Sturzereignissen sowie die Benachrichtigung von Angehörigen oder das Absetzen eines Notrufs. Dies ist vor allem aufgrund der Hilflosigkeit gestürzter Pflegebedürftiger von Relevanz, die nicht in der Lage sind, selbständig einen Notruf abzusetzen. Zielgruppe sind Pflegebedürftige mit erhöhter Sturzneigung. Die Kosten für ein Sturzerkennungssystem belaufen sich je nach Ausführungsart schätzungsweise auf ca. 500,00 EUR für eine Sturzsensormatte, ab ca. 150,00 EUR für einen tragbaren Sturzsensoren und bis mehrere 1.000,00 EUR für ein Komplettsystem mit Ausstattung von Infrarot-Sensoren in der gesamten Wohnung.

(4) Abschaltungssysteme für Haushaltsgeräte (Herd): Haushaltsgeräte wie der Herd werden mit einem Abschaltssystem ausgestattet, die diesen mittels Zeitüberwachung und/oder Temperaturüberwachung deaktivieren, wenn der Herd über einen gewissen Zeitraum nicht bedient wird und/oder eine starke Hitzeentwicklung zu vermerken ist. Durch das Abschaltungssystem wird die Brandgefahr durch nicht abgeschaltete oder überhitzte Kochplatten reduziert. Abschaltungssysteme eignen sich vorrangig für Pflegebedürftige mit erhöhter Vergesslichkeit wie es bei Demenz der Fall ist. Für ein System zur automatischen Herdabschaltung entstehen Anschaffungskosten ab ca. 190 EUR zzgl. Installationskosten.

(5) Digitale Erinnerung für Nahrung/Trinken: Hierbei handelt es sich um ein System mit Erinnerungsfunktion für die Nahrungsaufnahme und Trinken, bspw. in Form einer App. Sicherergestellt wird dadurch eine regelmäßige Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr vor allem bei solchen Pflegebedürftigen, die ein verringertes Hunger- und Durstgefühl haben und damit der Gefahr einer unzureichenden Nahrungszufuhr sowie der Dehydratation ausgesetzt sind. Als App kosten Erinnerungssysteme meist zwischen 3,00 bis 10,00 EUR.

(6) Digitale Anwendung zur Verbesserung körperlicher und kognitiver Fähigkeiten: Die digitale Anwendung zur Verbesserung körperlicher und kognitiver Fähigkeiten ist ein computerbasiertes Trainingsprogramm mit verschiedenen Spielmodulen (z. B. Kegeln, Tischtennis, Motorradfahren, Tanzen). Der Pflegebedürftige hält hierbei einen Sensor in der Hand, der die Körperbewegungen misst und in die Computerumgebung überträgt. Durch die körperlichen Bewegungen werden Krankheitsverläufe, die mit Beweglichkeits- und Mobilitätseinschränkungen einhergehen gemildert und die Progredienz der Erkrankungen reduziert. Im Ergebnis werden neben der Förderung der sozialen Interaktion und Kommunikation bei Spielen mit mehreren Teilnehmern die Stand- und Gangsicherheit verbessert sowie das Sturzrisiko minimiert. Das Trainingsprogramm kann insbesondere bei Pflegebedürftigkeit aufgrund neurologischer Erkrankungen wie Parkinson und Demenz eingesetzt werden. Die Anschaffungskosten liegen bei ca. 350,00 EUR.

Der zweite Teil des Gutachtens (**B.**) befasst sich aufgrund des dargestellten Ziels – die Integration von AAL in den Pflegealltag durch die Sicherstellung einer Kostenübernahme – mit der Eruiierung der regulatorischen Anpassungen, um zukünftig eine bessere Erstattung von AAL durch einen Sozialleistungsträger zu ermöglichen.

A. Rechtliche Rahmenbedingungen für die Erstattung von AAL (de lege lata)

I. Erstattung von AAL innerhalb des sozialen Leistungsrechts

In Betracht kommt eine Erstattung von AAL durch die gesetzliche Krankenversicherung (nachfolgend GKV) nach dem SGB V oder die soziale Pflegeversicherung (nachfolgend SPV) nach dem SGB XI. Zu denken ist ebenfalls an eine Erstattung als Leistung der Sozialhilfe nach dem SGB XII und als Leistung der Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen nach dem SGB IX.

1. AAL als Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 SGB V

a) Hilfsmittleigenschaft von AAL

Zu dem weit auszulegenden Hilfsmittelbegriff (*Wabnitz*, in: Spickhoff, Medizinrecht, 3. Aufl. 2018, SGB V 33, Rn. 3) zählen sächliche Mittel (**aa**)), die im Einzelfall erforderlich (**ee**) sind,

- „um entweder den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen (**bb**)“*;
- soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen (**cc**)*
oder
- nach § 34 Abs. 4 [SGB V] ausgeschlossen sind (**dd**))*“ (§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V; * Text in Klammern durch Verfasser eingefügt).

aa) Sächliche Mittel

Nach der Rechtsprechung können Hilfsmittel nur sächliche Mittel sein (BSG, Urteil vom 15.03.2012, B 3 KR 2/11 R, NJOZ 2012, 1851, Rn. 15). Der Begriff des sächlichen Mittels ist nicht gesetzlich definiert, dient aber typischerweise der Abgrenzung der Hilfsmittel von Heilmitteln nach § 32 SGB V, die durch medizinisch qualifiziertes Personal persönlich erbrachte Dienstleistungen erfassen.

Es ist nicht abschließend geklärt, ob softwarebasierte Anwendungen die Anforderungen an sächliche Hilfsmittel erfüllen können (bejaht in *Heckelmann/Schödel*, App auf Rezept – Software als Hilfs- und Pflegehilfsmittel, NZS 2018, 926). Derzeit sind reine Softwareprodukte nur vereinzelt im Hilfsmittelverzeichnis (HMV) gelistet. Insofern ist auch unklar, ob und unter welchen Voraussetzungen ein AAL als Hilfsmittel anerkannt werden kann. Wir sind der Auffassung, dass der Begriff der Sächlichkeit insbesondere vor dem Hintergrund der fortschreitenden Digitalisierung und dem enormen therapeutischen Nutzen digitaler Produkte für den Versicherten weit auszulegen ist und softwarebasierte AAL (z. B. digitaler Reminder für Nahrung/Trinken, digitale Anwendung zur Verbesserung körperlicher und kognitiver Fähigkeiten) Hilfsmittel sein können. Hierfür sprechen auch die Urteile des LSG Berlin-Brandenburg und des LSG Bayern, die ohne weitere Erläuterung davon ausgehen, dass Software ein Hilfsmittel darstellen kann (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 13.04.2011, L 9 KR 182/09, BeckRS 2011, 73643 hinsichtlich eines elektronischen Sprachausgabegeräts; LSG Bayern, Urteil vom 04.09.2008, L 4 KR 15/07, BeckRS 2009, 52801 hinsichtlich einer Sprachtechnologie-Software für Blinde). Auch das SG Neubrandenburg hat die Erstattungsfähigkeit einer Therapiesoftware anerkannt, hierbei allerdings dahinstehen lassen, ob es sich um ein sächliches Hilfsmittel oder um eine als Dienstleistung zu verstehendes Heilmittel handelt (SG Neubrandenburg, Urteil vom 12.12.2012, S 14 KR 26/09, abrufbar unter <https://openjur.de/u/619321.html>).

Dass AAL und andere softwarebasierte Produkte (Pflege)Hilfsmittel sein können, zeigen bspw. die im HMV in Produktgruppe 2 (Adaptationshilfen) enthaltenen „Umfeldkontrollgeräte für elektrische Geräte (adaptierbare Fernbedienungen)“ (02.99.04). Adaptierbare Fernbedienungen sollen vorhandene Standardfernbedienungen (z. B. eines TV-Gerätes, Fensteröffner) ersetzen und Versicherten, bei denen bewegungsbezogene Funktionseinschränkungen der Extremitäten bestehen (z. B. Paraparese, Tetraparese, Multiple Sklerose), die Bedienung durch spezielle Eingabefunktionen (in der Regel mit Scanning) ermöglichen. Auch wenn das Pflegehilfsmittelverzeichnis (PflegeHBMV) derzeit nur wenige AAL enthält, kann daraus geschlossen werden, dass zumindest manche AAL die gesetzlichen Anforderungen an den (Pflege)Hilfsmittelbegriff zu erfüllen vermögen.

bb) Versorgungsziele des Hilfsmittels

Ein AAL kann als Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 SGB V durch die GKV erstattungsfähig sein, wenn es eines der folgenden Versorgungsziele erfüllt: (1) Sicherung des Erfolgs einer Krankenbehandlung, (2) Vorbeugen einer drohenden Behinderung oder (3) Ausgleich einer Behinderung. Im Einzelnen:

(1) Sicherung des Erfolgs einer Krankenbehandlung

Der Sicherung des Erfolgs einer Krankenbehandlung dient ein Mittel, soweit es spezifisch **im Rahmen der ärztlich verantworteten Krankenbehandlung eingesetzt** wird, **um zu ihrem Erfolg beizutragen**. Der spezifische Bezug zur ärztlich verantworteten Krankenbehandlung setzt voraus, dass die Verwendung des Hilfsmittels in einem engen Zusammenhang zu einer andauernden, auf einem ärztlichen Therapieplan beruhenden Behandlung durch ärztliche und ärztlich angeleitete Leistungserbringer steht und für die gezielte Versorgung im Sinne des § 27

Abs. 1 Satz 1 SGB V als erforderlich anzusehen ist; das heißt, dass das Hilfsmittel für die **Erkennung, die Heilung oder die Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit beziehungsweise die Linderung von Krankheitsbeschwerden** erforderlich ist (BSG, Urteil vom 15.03.2012, B 3 KR 2/11 R, NJOZ 2012, 1851, Rn. 17). Entgegen dem Wortlaut des § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V ist es nicht zwingende Voraussetzung, dass durch das Hilfsmittel der Erfolg einer Krankenbehandlung sichergestellt wird, sondern allein ausreichend, wenn mit dem Hilfsmittel ein **therapeutischer Erfolg angestrebt** wird (BSG, Urteil vom 19.04.2007, B 3 KR 9/06 R, NJOZ 2007, 4439, 4441).

(2) Vorbeugung einer drohenden Behinderung

Eine **Behinderung** ist eine **Abweichung von der für das Lebensalter typischen körperlichen Funktionen, geistigen Fähigkeit oder seelischen Gesundheit**, die mit hoher Wahrscheinlichkeit **länger als sechs Monate** andauert und daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Diese Beeinträchtigung muss erheblich oder wesentlich sein (BSG, Urteil vom 18.02.1981, Az. 3 RK 49/79, BeckRS 1981, 30707679). Eine Behinderung **droht**, wenn eine körperliche, geistige oder seelische Behinderung zu erwarten ist (§ 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX). Es reicht nicht aus, dass aus einer vorhandenen Krankheit irgendwann einmal in der Zukunft möglicherweise eine Behinderung erwachsen, sich also ein abstrakt-theoretisches Behinderungsrisiko verwirklichen könnte. Vielmehr muss hierbei ein konkretes Behinderungsrisiko bestehen. Dies setzt voraus, dass nicht irgendeine Form einer Behinderung denkbar erscheint, **sondern eine ganz bestimmte Art der Behinderung zu erwarten ist, die bei einer bestimmten Erkrankung typischerweise als Folge eintreten kann** (sachliche Komponente). Diese Folge muss auch „drohen“ (zeitliche Komponente) (BSG, Urteil vom 22.04.2009, B 3 KR 11/07 R, NZS 2010, 325, Rn. 25).

(3) Behinderungsausgleich

Der Behinderungsausgleich erfasst sowohl den unmittelbaren als auch den mittelbaren Behinderungsausgleich.

Der **unmittelbare Behinderungsausgleich** ist auf den Ausgleich der Behinderung selbst gerichtet, d. h. auf den Ausgleich der ausgefallenen Funktion oder der Ergänzung eines nicht voll funktionsfähigen Körperorgans, indem fehlende oder beeinträchtigte Körperteile wiederhergestellt, ersetzt oder ergänzt werden (z. B. Beinprothese) (BSG, Urteil vom 29.04.2010, B 3 KR 5/09 R, NJOZ 2010, 2337, Rn. 11).

Der **mittelbare Behinderungsausgleich** erfasst den Ausgleich der direkten und indirekten Folgen der Behinderung (stRspr; BSG, Urteil vom 29.04.2010, B 3 KR 5/09 R, NJOZ 2010, 2337, Rn. 12). Ein solches Hilfsmittel ist jedoch nur dann ein erstattungsfähiges Hilfsmittel nach § 33 SGBV, wenn es die Wirkungen der Behinderung nicht nur in einem bestimmten Lebensbereich (Beruf/Gesellschaft/Freizeit), sondern im gesamten täglichen Leben beseitigt oder mildert und damit ein **Grundbedürfnis des täglichen Lebens** betrifft (stRspr; BSG, Urteil vom 30.09.2015, B 3 KR 14/14 R, BeckRS 2016, 65213, Rn. 18). Zu den allgemeinen Grundbedürfnissen des täglichen Lebens gehören danach das **Gehen, Stehen, Sitzen, Liegen, Greifen, Sehen, Hören, die Nahrungsaufnahme, das Ausscheiden, die elementare Körperpflege, das selbstständige Wohnen sowie das Erschließen eines gewissen körperlichen und geistigen Frei- raums** (stRspr; BSG, Urteil vom 30.09.2015, B 3 KR 14/14 R, BeckRS 2016, 65213, Rn. 18). Zum Grundbedürfnis der Mobilität zählt bspw. die Möglichkeit des Versicherten, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und die Wohnung zu verlassen, um bei einem kurzen Spaziergang an die Luft zu kommen oder um üblicherweise im Nahbereich der Wohnung liegende Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind (BSG, Urteil vom 25.06.2009, B 3 KR 4/08

R, BeckRS 2009, 72863, Rn. 16). So hat nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung bspw. ein Gehörloser Anspruch auf Ausstattung mit einer Lichtsignalanlage mit Lichtwecker und Rauchwarnmelder (BSG, Urteil vom 29.04.2010, B 3 KR 5/09 R, NJOW 2010, 2337: Es geht um die passive Erreichbarkeit durch Menschen aus dem Bereich der Außenwelt nicht nur für angemeldete, sondern gerade auch für spontane Besuche; betroffen ist das selbstständige Wohnen sowie das Kommunizieren mit anderen Menschen, Rn. 15), auf Ausstattung der Wohnung mit einem Rauchwarnmelder (BSG, Urteil vom 18.06.2014, B 3 KR 8/13 R, NZS 2014, 738: Rauchwarnmelder gehören heutzutage als unverzichtbares Warnsystem zur Grundausstattung von Wohnräumen und dienen daher dem Grundbedürfnis des selbständigen Wohnens, Rn. 23) und Erblindete und hochgradig Sehbehinderte einen Anspruch auf ein elektronisches Produkterkennungssystem mit Sprachausgabe (Barcodelesegerät) (BSG, Urteil vom 10.03.2011, B 3 KR 9/10 R, NZS 2011, 899: Die für das selbstständige Wohnen elementaren hauswirtschaftlichen Verrichtungen setzen eine uneingeschränkte visuelle Wahrnehmung voraus; betroffen ist das allgemeine Grundbedürfnis des selbständigen Wohnens und die dazu erforderliche Erschließung eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums, Rn. 17).

(4) Erfüllung der Versorgungsziele nach § 33 Abs. 1 SGB V durch AAL

Keines der beispielhaft untersuchten AAL ist derzeit als erstattungsfähiges Hilfsmittel im HMV gelistet. Lediglich der Hausnotruf und ein gegenüber einem Wendebett mit geringeren Funktionen ausgestattetes Pflegebett sind derzeit im PflegeHVMV enthalten und fallen daher nicht in den Zuständigkeitsbereich der GKV, sondern der SPV. Die beispielhaft genannten AAL lassen sich hinsichtlich der Versorgungsziele des § 33 Abs. 1 SGB V wie folgt bewerten:

	Versorgungsziel nach § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V		
	Sicherung des Erfolgs einer Krankenbehandlung	Vorbeugung einer drohenden Behinderung	Behinderungsausgleich
Wendebett	Einschlägig, da Dekubitusbehandlung und -prophylaxe durch regelmäßiges Umlagern und Aufrichten. Nach der Rechtsprechung besteht ein Anspruch auf eine elektrische Dekubitusmatratze, soweit sie bei der Behandlung oder zur Nachsorge eines akuten Druckgeschwürs eingesetzt wird oder wenn die Entstehung eines Geschwürs nach ärztlicher Einschätzung konkret und unmittelbar droht (Nolte, Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht, 105. Aufl. 2019, SGB V § 33, Rn. 3d) mit Verweis auf Rechtsprechung). Es besteht hingegen kein Anspruch auf eine Dekubitusmatratze, soweit sie allein zur Prophylaxe von Durchliege- oder	Nicht einschlägig, da keine Vorbeugung einer drohenden Behinderung.	Nicht einschlägig, da kein Behinderungsausgleich.

	<p>Druckgeschwüren eingesetzt wird und lediglich eine druckreduzierende Weichlagerung ermöglicht (Nolte, Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht, 105. Aufl. 2019, SGB V § 33, Rn. 3c mit Verweis auf Rechtsprechung).</p>
<p>Ortungssystem mit integriertem Notruf</p>	<p>Nicht einschlägig, da kein therapeutischer Zweck.</p> <p>Nicht einschlägig, da keine Vorbeugung einer drohenden Behinderung.</p> <p>Einschlägig in Form des mittelbaren Behinderungsausgleichs (Grundbedürfnis der Mobilität) nach der Rechtsprechung bei Versicherten mit Weglauffähigkeit und Orientierungslosigkeit (z. B. bei Trisomie 21) (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 17.09.2019, L 16 KR 182/18).</p>
<p>Sturzerkennungssystem</p>	<p>Nicht einschlägig, da kein therapeutischer Zweck.</p> <p>Liegt in einem rechtlichen Grenzbereich:</p> <p><u>Contra:</u> Sturzerkennung vermag Risiko einer möglicherweise sturzbedingten Behinderung nicht verhindern. Behinderung kann zwar infolge eines Sturzes im Einzelfall eintreten, aber nicht als in absehbarer Zeit konkret drohend eingestuft werden (BSG, Urteil vom 22.04.2009, B 3 KR 11/07 R, NZS 2010, 325, Rn. 25).</p> <p><u>Pro:</u> Schnelleres Auffinden gestürzter Patienten kann Ausmaß der Sturzfolgen (z. B. Gehbehinderung in Folge einer Oberschenkelhalsfraktur; neurologische Beeinträchtigungen nach einem Schlaganfall) durch Verkürzung der Zeitspanne bis zur Behandlung minimieren.</p> <p>Nicht einschlägig, da kein Behinderungsausgleich.</p>

Abschaltsysteme für Haushaltsgeräte (Herd)	Nicht einschlägig, da kein therapeutischer Zweck.	Nicht einschlägig, da keine Vorbeugung einer drohenden Behinderung.	Nicht einschlägig, da kein Behinderungsausgleich.
Digitaler Reminder für Nahrung/Trinken	Nicht einschlägig, da kein therapeutischer Zweck.	Nicht einschlägig, da keine Vorbeugung einer drohenden Behinderung.	Nicht einschlägig, da kein Behinderungsausgleich.
Digitale Anwendung zur Verbesserung körperlicher und kognitiver Fähigkeiten	Einschlägig, da Behandlung krankheitsbedingter Bewegungseinschränkungen (z. B. bei Parkinson) sowie Milderung der Progredienz der Erkrankung.	Einschlägig, da fehlende Beweglichkeitsförderung bei krankheitsbedingter Bewegungseinschränkung zu Behinderung führen kann (z. B. bei Parkinson).	Nicht einschlägig, da kein Behinderungsausgleich.

cc) Kein allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens

Ein Hilfsmittel darf kein allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens sein. Es gehört grundsätzlich nicht zu den Aufgaben einer Sozialversicherung, die Besorgung oder Anschaffung von Gegenständen zu finanzieren, die zum allgemeinen Lebensbedarf oder zu den Kosten der normalen Lebenshaltung gehören (BSG, Urteil vom 24.09.2002, B 3 P 15/01 R, BeckRS 2003, 40153). Solche sind Produkte, die üblicherweise in jedem Haushalt vorhanden sind und solche, die in erster Linie für Gesunde hergestellt und von diesen gekauft und benutzt werden (BSG, Urteil vom 25.06.2009, B 3 KR 4/08 R, BeckRS 2009, 72863, Rn. 11). Der Hilfsmittelbegriff ist dagegen erfüllt, wenn der Gebrauchsgegenstand gezielt den Erfolg der Krankenbehandlung sichert bzw. einer drohenden Behinderung vorbeugt und daher **spezifisch für Bedürfnisse kranker Menschen** entwickelt, hergestellt und ausschließlich oder überwiegend von diesen genutzt wird (BSG, Urteil vom 25.06.2009, B 3 KR 4/08 R, BeckRS 2009, 72863, Rn. 11). Hierbei muss sich aus der Zweckbestimmung des Produkts, ausgehend von **Funktion und Gestaltung des Gegenstands, wie es konkret beansprucht wird und beschaffen ist**, ergeben, dass es speziell an die Bedürfnisse kranker oder behinderter Menschen angepasst ist. Das Produkt muss sich daher **von handelsüblichen Produkten deutlich unterscheiden** (BSG, Urteil vom 25.06.2009, B 3 KR 4/08 R, BeckRS 2009, 72863, Rn. 11, wonach ein GPS-System als Hilfsmittel für einen blinden Versicherten erstattungsfähig ist, da der Nutzer bei Fußwegen Angaben über den jeweiligen Standort und Hinweise auf nahe gelegene Einkaufsmöglichkeiten und andere Orte von Interesse erhält und eine solche technische Unterstützung Menschen ohne Sehbehinderung bei Wegen zu Fuß gerade nicht benötigen; zudem war das Produkt mit einer Braillezeile versehen). **Kein allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens liegt vor, wenn das AAL von gesunden Verbrauchern nicht benötigt wird und von der Konzeption her für gesunde Verbraucher keine hilfreiche Unterstützung bewirken würde** (LSG Niedersachsen-Brandenburg, Urteil vom 17.09.2019, L 16 KR 182/18).

Liegt dagegen ein **Gegenstand mit Doppelfunktion** vor, übernimmt die GKV nach Berücksichtigung eines **Eigenanteils des Versicherten** die restlichen Kosten (LSG Bayern, Urteil vom 15.07.2004, L 4 KR 125/03, BeckRS 2009, 63802).

Übertragen auf die beispielhaft genannten AAL ergibt sich aus unserer Sicht die folgende rechtliche Einschätzung:

Kein allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens	
Wendebett	Kein allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens; für Bedürfnisse kranker/behinderter Menschen entwickelt.
Ortungssystem mit integriertem Notruf	Kein allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens; für Bedürfnisse kranker Menschen entwickelt (Menschen mit Orientierungsdefiziten, bspw. bei neurologischen Erkrankungen wie Demenz). Die technische Unterstützung in Form der Alarmfunktion bei Verlassen eines definierten Bewegungsareals und permanenter Lokalisierbarkeit des Standortes benötigen gesunde Menschen ohne Weglauftendenz nicht. Kein gesunder Mensch bedarf eines am Arm fixierten GPS-Systems, das Alarm schlägt, wenn er ein Gebäude verlässt oder sich aus einem zuvor im Computer programmierten Bewegungsradius entfernt. Bei einem gesunden Menschen würde die Konzeption des Ortungssystems mit integriertem Notruf keine (hilfreiche) Unterstützung bewirken (<i>LSG Niedersachsen-Brandenburg</i> , Urteil vom 17.09.2019, L 16 KR 182/18).
Sturzerkennungssystem	Kein allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens; für Bedürfnisse kranker Menschen entwickelt (Menschen mit Sturzneigung, bspw. bei Erkrankung wie Parkinson).
Abschaltsysteme für Haushaltsgeräte (Herd)	Unklar, ob allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens. Allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens: Was regelmäßig auch von Gesunden benutzt wird, fällt nicht in die Leistungspflicht von Sozialleistungsträgern (<i>BSG</i> , Urteil vom 29.04.2010, B 3 KR 5/09 R, NJOW 2010, 2337, Rn. 16). Es könnte die Auffassung vertreten werden, dass Abschaltssysteme als SmartHome Technologie nicht für die Nutzung von Kranken, sondern für die Allgemeinheit konzipiert sind. Wir sind der Ansicht, dass ein von gesunden Verbrauchern genutztes Abschaltssystem im konkreten Fall kein allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens ist, sofern es sich, bspw. durch Zusatzfunktionen, von handelsüblichen Abschaltssystemen unterscheidet und von kranken Verbrauchern benötigt wird und für diese eine hilfreiche Unterstützung darstellt, die ein gesunder Verbraucher nicht benötigt.
Digitaler Reminder für Nahrung/Trinken	Unklar, ob allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens. Digitale Reminder für Trinken werden einerseits auch von Gesunden verwendet, die bspw. zu wenig trinken. Andererseits werden sie vorrangig von solchen Versicherten genutzt, die krankheitsbedingt auf Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr achten müssen. Wir sind der Auffassung, dass ein von gesunden Verbrauchern genutztes Erinnerungssystem im konkreten Fall kein allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens ist, sofern es sich, bspw. durch Zusatzfunktionen, von handelsüblichen Erinnerungssystemen unterscheidet und von kranken Verbrauchern benötigt wird und für diese eine hilfreiche Unterstützung darstellt, die ein gesunder Verbraucher nicht benötigt.
Digitale Anwendung zur Verbesserung körperlicher und kognitiver Fähigkeiten	Kein allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens; Softwarekonzeption für Bedürfnisse kranker Menschen (neurologische Erkrankungen wie Parkinson und Demenz).

dd) Kein Ausschluss nach § 34 Abs. 4 SGB V

AAL sind nach der Verordnung über Hilfsmittel von geringem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis in der gesetzlichen Krankenversicherung (abrufbar unter <https://www.gesetze-im-internet.de/kvhilfsmv/BJNR022370989.html>) nicht von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen.

ee) Erforderlichkeit des Hilfsmittels

(1) Objektive Erforderlichkeit des Hilfsmittels

Die Erstattungsfähigkeit eines Hilfsmittels hängt des Weiteren davon ab, ob es im Einzelfall erforderlich, d. h. **objektiv geeignet und notwendig** ist, um den Erfolg einer Behandlung zu sichern, der Behinderung vorzubeugen oder die Behinderung auszugleichen (vgl. § 12 Abs. 1 SGB V; BSG, Urteil vom 15.03.2012, B 3 KR 2/11 R, NJOZ 2012, 1851, Rn. 14). Es kommt maßgeblich darauf an, ob das Hilfsmittel dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht (BSG, Urteil vom 15.03.2012, B 3 KR 2/11 R, NJOZ 2012, 1851, Rn. 21), wozu vor allem die Produktsicherheit und die Zwecktauglichkeit gehören. Ein Hilfsmittel ist objektiv erforderlich, wenn die Mehrheit der einschlägigen Fachleute die objektive Eignung des Hilfsmittels zur Erreichung des jeweiligen Versorgungsziels befürwortet und von einzelnen, nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen abgesehen, insoweit Konsens besteht (BSG, Urteil vom 15.03.2012, B 3 KR 2/11 R, NJOZ 2012, 1851, Rn. 21). Bezogen auf die objektive Erforderlichkeit eines Hilfsmittels zur Sicherung des Erfolgs einer Krankenbehandlung bedeutet dies bspw., dass sich die **Mehrheit der einschlägigen wissenschaftlichen und in einer ausreichenden Zahl von Fällen durchgeführten Studien und Analysen** für den medizinischen Nutzen und die Funktionstauglichkeit des betreffenden Hilfsmittels im Rahmen der ärztlichen Behandlung ausgesprochen haben muss (BSG, Urteil vom 15.03.2012, B 3 KR 2/11 R, NJOZ 2012, 1851, Rn. 21). Hierzu sind möglichst alle wesentlichen und sich mit dieser Thematik beschäftigenden Studien im nationalen und internationalen Bereich heranzuziehen, denn **allgemein anerkannter Stand der medizinischen Erkenntnisse** ist dasjenige, was sich im internationalen wissenschaftlichen Diskurs ob seiner wissenschaftlichen Überzeugungskraft durchgesetzt hat. Die Erkenntnisse sind auf einer **möglichst breiten Grundlage** – d. h. unter Nutzung der verfügbaren medizinischen Datenbanken und der einschlägigen Informations- und Dokumentationssysteme – zu gewinnen (BSG, Urteil vom 15.03.2012, B 3 KR 2/11 R, NJOZ 2012, 1851, Rn. 29).

(2) Subjektive Erforderlichkeit des Hilfsmittels

Die Frage der objektiven Erforderlichkeit eines Hilfsmittels ist von der **subjektiven Erforderlichkeit** zu trennen, nämlich der Beurteilung, ob ein Hilfsmittel unter Anlegung eines konkret-individuellen Maßstabs im konkreten Einzelfall erforderlich, d. h. **geeignet, notwendig und wirtschaftlich** ist (BSG, Urteil vom 15.03.2012, B 3 KR 2/11 R, NJOZ 2012, 1851, Rn. 19). Das bedeutet insbesondere, dass **kein kostengünstigeres und zumindest gleichermaßen geeignetes Hilfsmittel** zur Verfügung steht (Nolte, in: Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht, 105. EL 2019, SGB V § 33 Rn. 18). Bei gleich geeigneten Hilfsmitteln ist das kostengünstigere auszuwählen. Wählt ein Versicherter das teurere gleichgeeignete Hilfsmittel, sind die **Mehrkosten im Wege der Eigenbeteiligung** zu finanzieren. Kommt hingegen im konkreten Behandlungsfall kein gleichgeeignetes Hilfsmittel in Betracht, so wird auch der Preis des einzig in Betracht kommenden Hilfsmittels erstattet (Knispel, in: BeckOK, 54. Ed. 2019, SGB V § 139 Rn. 21).

ff) Zwischenergebnis zur Hilfsmittleigenschaft spezifischer AAL

Keines der beispielhaft untersuchten AAL ist derzeit als erstattungsfähiges Hilfsmittel im HMV gelistet. Ein Kostenerstattungsanspruch kann daher nicht unter Berufung auf das HMV geltend gemacht werden.

Hinsichtlich der Erstattungsfähigkeit ergibt sich nach unserer Ansicht die folgende abschließende Bewertung im Hinblick auf die untersuchten AAL:

- Das **Wendebett** (sofern Dekubitusbehandlung und -prophylaxe),
- die **digitale Anwendung zur Verbesserung körperlicher und kognitiver Fähigkeiten** (sofern Behandlung krankheitsbedingter Beweglichkeitseinschränkungen) und
- das **Ortungssystem mit integriertem Notruf**
erfüllen nach unserer Auffassung die Anforderungen an Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 SGB V, da sie eines oder mehrere der anerkannten Versorgungsziele erfüllen und keine allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind.

- Das **Sturzerkennungssystem** liegt hinsichtlich der Erfüllung der Versorgungsziele in einem Graubereich. Die Hilfsmittleigenschaft könnte damit abgelehnt werden, dass ein Sturzerkennungssystem das Risiko einer möglicherweise sturzbedingten Behinderung nicht zu verhindern vermag. Behinderung kann zwar infolge eines Sturzes im Einzelfall eintreten, aber nicht als in absehbarer Zeit konkret drohend eingestuft werden (BSG, Urteil vom 22.04.2009, B 3 KR 11/07 R, NZS 2010, 325, Rn. 25). Für eine Anerkennung der Hilfsmittleigenschaft kann angebracht werden, dass ein beschleunigtes Auffinden gestürzter Verbraucher das Ausmaß der Sturzfolgen (z. B. Gehbehinderung in Folge einer Oberschenkelhalsfraktur; neurologische Beeinträchtigungen nach einem Schlaganfall) durch Verkürzung der Zeitspanne bis zur Behandlung minimieren kann.

- Beim **digitalen Reminder für Essen/Trinken** sowie
- bei **Abschaltsystemen für Haushaltsgeräte (Herd)**
ist zum einen nicht abschließend geklärt, ob es sich um allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens handelt. Jedenfalls werden nach unserer Ansicht nicht die vom Gesetz anerkannten Versorgungsziele erfüllt.

Es kann nicht abschließend beurteilt werden, ob eine Krankenkasse in einem konkreten Behandlungsfall die Kosten für die genannten AAL übernehmen wird. Im Falle einer Ablehnung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse muss im Klagewege die Kostenübernahme ersucht werden.

b) Modalitäten der Inanspruchnahme und Kostentragung für AAL als Hilfsmittel

Der Versicherte kann sich das AAL aneignen; alternativ kann die GKV dem Versicherten das Hilfsmittel auch leihweise überlassen (§ 33 Abs. 5 Satz 1 SGB V). Die leihweise Überlassung kommt vor allem bei teuren AAL in Betracht, die auch nach vorheriger Nutzung nur geringe Gebrauchsspuren aufweisen und im Anschluss durch einen anderen Versicherten genutzt werden können.

Aus dem Sachleistungsgrundsatzes der GKV folgt, dass Versicherte Anspruch auf das benötigte Hilfsmittel in **gebrauchsfertigem Zustand** hat (BSG, Urteil vom 1.05.1978, 3 RK 47/77, BeckRS 1978, 461, Rn. 14). Dazu gehört – sofern erforderlich – auch eine **individuelle Anpassung des Hilfsmittels** (Nolte, in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, 105. EL 2019, § 33 SGB V Rn. 50). Die GKV übernimmt auch Kosten für all das **Zubehör** in seiner Erst- als auch Ersatzbeschaffung, das zum **Betrieb des Hilfsmittels** unentbehrlich ist (Nolte, in: Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht, 105. EL 2019, SGB V § 33 Rn. 19). Hierzu zählen auch Energieversorgungskosten wie bspw. Batterien und Akkuzellen, soweit diese zum Betrieb eines Geräts erforderlich sind (SG Halle (Saale), Urteil vom 02.08.2018, S 22 KR 511/17, BeckRS 2018, 29300, Ausstattung mit Batterien für Hörgerät); diese dürfen auch auf Grundlage der durchschnittlichen monatlichen Kosten pauschal erstattet werden (BSG, Urteil vom 06.02.1997, 3 RK 12/96, NZS 1997, 467, 468).

Der Kostenerstattungsanspruch gegen die GKV umfasst auch zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringende, notwendige Leistungen wie die notwendige **Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung** von Hilfsmitteln, **die Ausbildung in ihrem Gebrauch** und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen **Wartungen und technischen Kontrollen** (§ 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V; § 2 Satz 5 Hilfsmittel-Richtlinie).

Die GKV übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise (§ 33 Abs. 7 SGB V). Erwachsene Versicherte leisten eine Zuzahlung von 10 %, maximal jedoch 10 EUR (§ 33 Abs. 8 Satz 1 i.V.m. § 61 Satz 1 SGB V). Eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht ist nicht vorgesehen.

Vor dem Hintergrund des **Wirtschaftlichkeitsprinzips** stehen hohe Kosten eines Hilfsmittels einer Kostenerstattung nicht entgegen, sofern es für einen Versicherten im konkreten Fall erforderlich und notwendig ist (Butzer/Lungstras, in: Becker/Kingreen, SGB V, 6. Aufl. 2018, § 33 Rn. 12). Im Falle zweier gleich geeigneter Hilfsmittel, die identische Funktionen haben, hat der Versicherte jedoch nur einen Anspruch auf Erstattung des kostengünstigeren Alternative, sodass er die Mehrkosten selber zu tragen hat (§ 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V). Unter verschiedenartigen, aber gleichermaßen geeigneten und wirtschaftlichen Hilfsmitteln hat der Versicherte ein Wahlrecht (BSG, Urteil vom 03.11.1999, B 3 KR 16/99 R, BeckRS 9999, 00072, Rn. 7). Hat ein Hilfsmittel gegenüber einem vergleichbaren Hilfsmittel für den Versicherten jedoch aufgrund einer im konkreten Fall notwendigen Zusatzfunktion einen Gebrauchsvorteil, ist das Hilfsmittel mit Gebrauchsvorteil besser geeignet und damit vollumfänglich erstattungsfähig. Der Versicherte kann nicht auf die kostengünstigere, nicht gleich geeignete Alternative verwiesen werden. Ein Anspruch auf das Hilfsmittel mit Gebrauchsvorteil besteht nur dann nicht, wenn der Gebrauchsvorteil eher gering, die dafür anfallenden Kosten im Vergleich zu einem bisher als ausreichend angesehenen Versorgungsstandard als unverhältnismäßig hoch einzuschätzen sind (BSG, Urteil vom 06.06.2001, B 3 KR 68/01 R, NZS 2003, 477, Rn. 6).

Hilfsmittel können nur durch solche Leistungserbringer abgegeben werden, mit denen **Verträge über die Versorgung mit Hilfsmitteln** nach § 127 SGB V mit der GKV bestehen (§ 126 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Abgabeberechtigte Stellen, die solche Verträge geschlossen haben, sind bspw. Apotheken oder Sanitätshäuser. Falls es sich bei dem AAL um eine digitale Anwendung handelt, muss der Anbieter einen Zugangsweg schaffen, der den Regularien des SGB V entspricht, z.B. kann die Abgabe über eine Apotheke oder Sanitätshaus durch Aushändigung eines Datenträgers oder eines Download-Links erfolgen. Das am 07.11.2019 vom Bundestag

beschlossene Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) sieht für die digitale Gesundheitsanwendung hierzu folgende Regelung vor, § 33a Abs. 3 SGB V: „Die Hersteller stellen den Versicherten digitale Gesundheitsanwendungen im Wege elektronischer Übertragung über öffentlich zugängliche Netze oder auf maschinell lesbaren Datenträgern zur Verfügung. Ist eine Übertragung oder Abgabe nach Satz 1 nicht möglich, können digitale Gesundheitsanwendungen auch über öffentlich zugängliche digitale Vertriebsplattformen zur Verfügung gestellt werden; in diesen Fällen erstattet die Krankenkasse dem Versicherten die tatsächlichen Kosten bis zur Höhe der Vergütungsbeträge nach § 134.“

Ein Hersteller eines AAL könnte selbst einen solchen Vertrag mit der GKV abschließen und wäre dann befugt, das AAL selbst abzugeben. Allerdings ist dafür erforderlich, dass der Hersteller ein sogenanntes Präqualifizierungsverfahren durchläuft (§ 126 Abs. 1a SGB V), dessen erfolgreicher Abschluss u. a. das Vorhalten eines Ladenlokals erfordert. Vor dem Hintergrund des hohen administrativen und organisatorischen Aufwands des Präqualifizierungsverfahrens ist aus unserer Sicht zu bevorzugen, dass das AAL in bereits bestehende Verträge mit Apotheken und Sanitätshäusern inkludiert wird. Im Falle der Aufnahme ins HMV werden diese bestehenden Verträge meist automatisch um das neue Hilfsmittel ergänzt, sofern es sich für eine Abgabe durch Apotheken und Sanitätshäuser handelt, insoweit werden regelmäßig **Rahmenvereinbarungen** mit den Verbänden der Leistungserbringer geschlossen, die dynamisch auf das HMV verweisen.

2. AAL als Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 1 SGB XI

a) Pflegehilfsmiteleigenschaft von AAL

Zu den Pflegehilfsmitteln zählen die sächlichen Mittel **(aa)**,

- „die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen **(bb)**)*,
- soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind **(ee)**)*“ (§ 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI; * Text in Klammern durch den Verfasser eingefügt),
- soweit sie nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens handeln anzusehen sind **(cc)**) und
- für die Versorgung des Pflegebedürftigen notwendig sind (§ 40 Abs. 1 Satz 2 SGB XI) **(dd)**),

Ein Anspruch auf ein Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 1 SGB XI besteht nur, wenn es im Rahmen der **häuslichen Pflege** zur Anwendung kommt (vgl. Stellung der Vorschrift im Titel „Leistungen bei häuslicher Pflege“), nicht hingegen in stationären Pflegeeinrichtungen. Ein Hilfsmittelanspruch nach § 40 Abs. 1 SGB XI besteht daher, solange der Verbraucher nicht in einer stationären Pflegeeinrichtung untergebracht ist. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) oder tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können (§ 71 Abs. 2 SGB XI). Zur häuslichen Krankenpflege zählt demgegenüber **jede ambulante Pflege** eines Pflegebedürftigen, bspw. im Rahmen des betreuten Wohnens oder bei der Unterbringung des Pflegebedürftigen in der Wohnung eines Angehörigen.

aa) Sächliche Mittel

Hinsichtlich der nicht abschließend geklärten Frage, ob auch Software das Erfordernis der Sächlichkeit des Pflegehilfsmittels erfüllt, verweisen wir auf unsere obigen Ausführungen zu Hilfsmitteln (Teil 3, I.1.a) aaTeil 3:A.I.1.a)aa)). Wir sind der Auffassung, dass auch Software ein Pflegehilfsmittel im Sinne des § 40 Abs. 1 SGB XI sein kann.

bb) Versorgungsziele des Pflegehilfsmittels

Ein AAL kann als Hilfsmittel nach § 40 Abs. 1 SGB XI durch die SPV nur erstattungsfähig sein, wenn es zumindest eines der folgenden Versorgungsziele erfüllt:

(1) Erleichterung der Pflege

Der Zweck der Erleichterung der Pflege erfasst nur solche Pflegehilfsmittel, die der **Verrichtung der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität** dienen (BSG, Urteil vom 16.07.2014, B 3 KR 1/14 R, NZS 2014, 902, Rn. 42, elektrische Treppensteighilfe).

Der Erleichterung der Pflege dient ein Pflegehilfsmittel, **wenn die Pflege zwar auch ohne das Pflegehilfsmittel möglich wäre, es aber die Pflegeperson stärker beanspruchen würde** (Linke, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung und Pflegeversicherung, 103. EL 2019, Rn. 11). Hierbei ist jede faktisch spürbare Entlastung ausreichend (Linke, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung und Pflegeversicherung, 103. EL 2019, Rn. 11).

Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege sind in der **Produktgruppe 50 („Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege“)** des PflegeHMV gelistet. Hierzu zählen im Anwendungsort „Pflegebereich“ (50.45) derzeit u. a. Pflegebetten (Untergruppe 01), Pflegebettzubehör (Untergruppe 02), Bettzurichtungen zur Pflegeerleichterung (Untergruppe 03), spezielle Pflegebettische (Untergruppe 04) und Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung (Untergruppe 06). Wendebetten sind in dieser Produktgruppe gegenwärtig nicht enthalten, sondern nur Betten mit Sitz- und Aufrichtfunktion (Untergruppe 01, Produktart 4).

(2) Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen

Solche Mittel, die der Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen dienen, sind ebenfalls als Pflegehilfsmittel anerkannt, bspw. Mittel zur Unterstützung von Entlastungslagerungen und Lageveränderungen sowie der Stabilisierung von Lagepositionen des Pflegebedürftigen. Nicht ausreichend ist, wenn durch das Pflegehilfsmittel lediglich das allgemeine Wohlbefinden gesteigert wird (Linke, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung und Pflegeversicherung, 103. EL 2019, Rn. 11).

Pflegehilfsmittel zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen sind in der **Produktgruppe 53 („Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden“)** des PflegeHMV gelistet. Hierzu zählen im Anwendungsort „Pflegebereich“ (53.45) gegenwärtig Lagerungsrollen (Untergruppe 01).

(3) Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung

Ein Pflegehilfsmittel ermöglicht eine selbständigere Lebensführung, **wenn es den Pflegebedürftigen von der Hilfe Dritter unabhängiger macht** (Linke, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung und Pflegeversicherung, 103. EL 2019, Rn. 11). Es ist nicht erforderlich, dass eine selbständige, also von fremder Unterstützung unabhängige Lebensführung ermöglicht werden soll, sondern es reicht aus, dass ein **bestimmter Aspekt der Lebensführung** durch eine regelmäßig verfügbare Hilfestellung **leichter oder besser verwirklicht werden kann** (BSG, Urteil vom 16.07.2014, B 3 KR 1/14 R, NZS 2014, 902, Rn. 44, elektrische Treppensteighilfe). Eine elektrisch betriebene mobile Treppensteighilfe ist bspw. als Pflegehilfsmittel erstattungsfähig, da es die selbständigere Lebensführung dadurch fördert, dass es das Grundbedürfnis auf Erschließung eines körperlichen Freiraums in Form der Bewegungsmöglichkeit in der eigenen Wohnung und im umliegenden Nahbereich betrifft (BSG, Urteil vom 16.07.2014, B 3 KR 1/14 R, NZS 2014, 902, Rn. 44, elektrische Treppensteighilfe). Demgegenüber ist ein Elektromobil, das das selbständige Einkaufen des täglichen Bedarfs und somit der Lebensbewältigung im Rahmen der allgemeinen Grundbedürfnisse (körperliche Grundfunktionen wie Gehen, Stehen, Treppensteigen, Liegen; elementare Körperpflege; selbständiges Wohnen; Erledigung von Alltagsgeschäften) ermöglicht, eine Leistung der GKV (BSG, Urteil vom 03.11.1999, B 3 KR 16/99 R, BeckRS 999, 00072).

Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung sind in der **Produktgruppe 52 („Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität“)** des PflegeHVM gelistet. Hierzu zählen im Anwendungsort „Häuslicher Bereich“ (52.40) derzeit Notrufsysteme (Untergruppe 01). Nach dem PflegeHVM sind solche Hausnotrufsysteme erstattungsfähig, die bei Abgabe eines Notrufes über das öffentliche Telefonnetz eine Verbindung mit einer Hausnotrufzentrale herstellen. Sie bestehen aus einem Hausnotrufgerät und einem Alarmsender (z. B. einem Funkfinger). Der Alarmsender kann als Armband, Clip oder Kette getragen werden und reagiert auf Knopfdruck. Im Falle eines Sturzes kann der Alarm auch über einen Sturzsensoren ausgelöst werden. Die Hausnotrufgeräte senden eine eindeutige Kennung (Ident-Nr./Rufnummer CLIP) an die Hausnotrufzentrale, um eine Identifizierung des Notrufenden zu ermöglichen. Bei Alarmauslösung identifiziert sich das Hausnotrufgerät somit selbst. Es wird eine Sprechverbindung zum Notrufempfänger hergestellt. Ein Mikrofon und ein Lautsprecher im Hausnotrufgerät ermöglichen den Freisprechbetrieb, mit dessen Hilfe ohne Zugriff auf das Telefon Kontakt mit dem angewählten Helfer aufgenommen und dessen Antwort verstanden werden kann. Gleichzeitig ist der Angerufene in der Lage, über das Telefon in den Raum "hineinzurufen". Bei einer Alarmmeldung an eine Hausnotrufzentrale erscheinen auf dem Monitor eines Computers die in der Hausnotrufzentrale gespeicherten Daten des Pflegebedürftigen. Wenn eine Änderung der o.g. Daten eingetreten ist, ist eine entsprechende Mitteilung seitens des Pflegebedürftigen an die Hausnotrufzentrale abzugeben. Die vorliegenden Daten und der Maßnahmenplan sind mit dem Pflegebedürftigen abzusprechen und entsprechend anzupassen. Die notwendigen, vorher vereinbarten Maßnahmen können dann bei einer Alarmauslösung situationsangemessen umgehend eingeleitet werden. Hausnotrufsysteme kommen in Frage bei allein lebenden oder über weite Teile des Tages allein lebenden Pflegebedürftigen, die mit handelsüblichen Telefonen in Notsituationen keinen Hilferuf absetzen können und bei denen aufgrund des Krankheits- bzw. Pflegezustandes jederzeit der Eintritt einer derartigen Notsituation erwartet werden kann. Der Anspruch besteht auch dann, wenn der Pflegebedürftige mit einer Person in häuslicher Gemeinschaft lebt, die jedoch aufgrund ihrer körperlichen/geistigen Einschränkungen im Fall einer Notsituation nicht in der Lage ist, einen Hilferuf selbstständig abzusetzen (Beschreibung PflegeHVM zu Produktgruppe 52.40.01, abrufbar unter https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/produktartAnzeigen_input.action?artId=2098).

(4) Erfüllung der Versorgungsziele nach § 40 Abs. 1 SGB XI durch AAL

Keines der beispielhaft untersuchten AAL ist derzeit im PflegeHMV gelistet. Lediglich der Hausnotruf und ein gegenüber einem Wendebett mit geringeren Funktionen ausgestattetes Pflegebett finden sich im PflegeHMV. Wir bewerten die im Rahmen dieses Gutachtens untersuchten AAL anhand der Versorgungsziele des § 40 Abs. 1 SGB XI wie folgt:

Versorgungsziel nach § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI			
	Erleichterung der Pflege	Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen	Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung
Wendebett	<p>Einschlägig:</p> <p><u>Erleichterung der Mobilität:</u> Leichteres Umlagern und Aufrichten des Pflegebedürftigen; leichteres Verschieben des Bettes zu Pflegezwecken; leichterer Transfer von Bett in Rollstuhl.</p> <p><u>Erleichterung der Körperpflege:</u> leichtere Hochlagerung der Beine, bspw. zur Drainage von Unterschenkelödemen (<i>Bayerisches LSG</i>, Urteil vom 07.11.2012, RDG 2013, 128, 130).</p>	<p>Einschlägig, da Dekubitusprophylaxe durch leichteres Umlagern des Pflegebedürftigen und Erhöhung der Umlagerungsfrequenz durch Möglichkeit des selbständigen Aufrichtens und Umdrehens.</p>	<p>Einschlägig, da Erleichterung des Umdrehens und Aufrichtens sowie Erhöhung der Umlagerungsfrequenz durch Möglichkeit des selbständigen Aufrichtens und Umdrehens.</p>
Ortungssystem mit integriertem Notruf	<p><u>Notruf:</u> Bejaht für Hausnotrufsystem ohne nähere Begründung von <i>LSG Hessen</i>, Urteil vom 18.12.2003, L 8 KN 502/02, BeckRS 2003, 153559, Rn. 22.</p>	<p>Nicht einschlägig, da keine Beschwerdelinderung.</p>	<p>Einschlägig; von der Rechtsprechung bestätigt für ein Ortungssystem mit integriertem Notruf in Form einer GPS-Uhr (<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i>, Urteil vom 17.09.2019, L 16 KR 182/18).²</p>

² Das LSG Niedersachsen-Bremen hatte über einen Anspruch auf eine GPS-Uhr mit integriertem Notruf eines Versicherten mit Trisomie 21 mit Hinlauftendenz und Orientierungslosigkeit zu entscheiden. Es wurde ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV bejaht, da es dem mittelbaren Behinderungsausgleich in Form des Grundbedürfnisses der Mobilität dient. Aus der Entscheidung ist zu entnehmen, dass es sich bei dem Ortungssystem mit integriertem Notruf auch um ein Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 1 SGB XI handeln kann. Zwar dient es nicht der Erleichterung der Pflege, da es nach Funktion und Zielrichtung weder den Zeitaufwand der häuslichen Pflege noch den zu leistenden Kraftaufwand signifikant reduziert. Ein Ortungssystem mit integriertem Notruf kann aber der selbständigeren Lebensführung dienen. Vorliegend wurde die Förderung der selbständigeren Lebensführung mit der Begründung abgelehnt, dass zum einen vorliegend auf Grund der erforderlichen hohen Betreuungsintensität eine selbständige Lebensführung auch bei Ausstattung mit dem Ortungssystem nicht möglich ist, da dennoch immer eine engmaschige Betreuung notwendig ist. Zum anderen setzt die Förderung der selbständigeren

Versorgungsziel nach § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI		
Erleichterung der Pflege	Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen	Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung
	<p><u>Ortungssystem:</u> Einschlägig, da Entlastung von Angehörigen aufgrund der möglichen Rückversicherung über das Aufenthaltsgebiet des Pflegebedürftigen mit Orientierungsdefiziten (z. B. bei Demenz).</p> <p>Nach dem LSG Niedersachsen-Bremen nicht einschlägig, da die Patientenüberwachung im Fokus steht und nicht die Erleichterung der Pflege. Das Ortungssystem reduziert nach Funktion und Zielrichtung für die Pflegeperson weder den Zeitaufwand der häuslichen Pflege noch den zu leistenden Kraftaufwand signifikant (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 17.09.2019, L 16 KR 182/18).</p>	<p>Das Erfordernis der regelmäßigen Anwesenheit und Kontrolle des Pflegebedürftigen durch eine Pflegeperson reduziert wird. Vor allem bei solchen Pflegebedürftigen relevant, die nicht über eine ständig anwesende Pflegeperson verfügen, sondern ihre Pflege durch externe Pflegepersonen bzw. Pflegesachleistungen sicherstellen (SG Aachen, Urteil vom 17.05.2005, S 13 KN 39/04 P, BeckRS 2009, 59643; LSG Hessen, Urteil vom 18.12.2003, L 8 KN 502/02, BeckRS 2003, 153559, Rn. 22). Erforderlich ist, dass die pflegebedürftige Person alleinlebend ist (LSG Saarland, Urteil vom 09.06.2010, L2 P 1/09, BeckRS 2011, 68464).</p> <p>Im PflegeHVM heißt es zum <u>Hausnotruf</u>: „Hausnotrufsysteme - angeschlossen an eine Zentrale - sind Personen-Hilferufanlagen, die bei Abgabe eines Notrufes über das öffentliche Telefonnetz (Festnetz/Mobilfunknetz/IP-Telefonie) eine Verbindung mit einer Hausnotrufzentrale herstellen. Sie bestehen aus einem Hausnotrufgerät und einem Alarmsender (z. B. einem Funkfinger). Der Alarmsender</p>

Lebensführung voraus, dass es einen zu erwartenden Progress der Erkrankung gibt und das Ortungssystem versucht, die Eigenständigkeit des Versicherten in der eigenen Häuslichkeit für einen gewissen Zeitraum zu erhalten. Die Entscheidung des LSG ist nach unserer Ansicht vor allem vor dem Hintergrund kritisch zu bewerten, dass das Pflegehilfsmittel nach dem Gesetzeswortlaut und der Rechtsprechung keine vollständige selbständige Lebensführung ermöglichen muss, sondern eine „selbständigere“ Lebensführung im Sinne einer nur graduellen Steigerung der Selbständigkeit ausreichend ist.

Versorgungsziel nach § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI		
Erleichterung der Pflege	Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen	Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung
		<p><i>kann als Armband, Clip oder Kette getragen werden und reagiert auf Knopfdruck. Im Falle eines Sturzes kann der Alarm auch über einen Sturzsensoren ausgelöst werden.“</i></p> <p><i>„Hausnotrufsysteme kommen in Frage bei allein lebenden oder über weite Teile des Tages allein lebenden Pflegebedürftigen, die mit handelsüblichen Telefonen in Notsituationen keinen Hilferuf absetzen können und bei denen aufgrund des Krankheits- bzw. Pflegezustandes jederzeit der Eintritt einer derartigen Notsituation erwartet werden kann. Der Anspruch besteht auch dann, wenn der Pflegebedürftige mit einer Person in häuslicher Gemeinschaft lebt, die jedoch aufgrund ihrer körperlichen/geistigen Einschränkungen im Fall einer Notsituation nicht in der Lage ist, einen Hilferuf selbstständig abzusetzen.“</i></p> <p><u>Ortungssystem:</u> Ermöglichung des eigenständigen Verlassens der eigenen Häuslichkeit für Alltagsgeschäfte bei Pflegebedürftigen mit Orientierungsdefiziten.</p>
Sturzerkennungssystem	Nicht einschlägig, da keine Erleichterung der Pflege.	Nicht einschlägig, da keine Beschwerdelinderung. Einschlägig, da Ermöglichung des eigenständigen Verbleibens sturzge-

Versorgungsziel nach § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI			
	Erleichterung der Pflege	Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen	Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung
			fährdeter Pflegebedürftiger in der eigenen Häuslichkeit ohne das Erfordernis einer ständigen Aufsicht und Kontrolle durch eine Pflegeperson.
Abschaltssysteme für Haushaltsgeräte (Herd)	Nicht einschlägig, da keine Erleichterung der Pflege.	Nicht einschlägig, da keine Beschwerdelinderung.	Einschlägig, da eigenständige Verrichtung von Alltagstätigkeiten (z. B. Kochen) gefördert wird durch Absicherung des Pflegebedürftigen, da das Risiko fehlender Ausschaltung von Haushaltsgeräten minimiert wird (z. B. Herd).
Digitaler Reminder für Nahrung/Trinken	Einschlägig, da Anwesenheitspflicht einer Pflegeperson zur Erinnerung an Nahrungsaufnahme und Flüssigkeitszufuhr reduziert.	Nicht einschlägig, da keine Beschwerdelinderung.	Einschlägig, da Förderung der eigenständigen regelmäßigen ausreichenden Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr.
Digitale Anwendung zur Verbesserung körperlicher und kognitiver Fähigkeiten	Nicht einschlägig, da keine Erleichterung der Pflege.	Einschlägig, da Verbesserung der Mobilität Pflegebedürftiger sowie der kognitiven Fähigkeiten.	Einschlägig, da bedingt durch die Verbesserung der Mobilität des Pflegebedürftiger sowie der kognitiven Fähigkeiten eine selbständigere Lebensführung möglich ist.

cc) Kein allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens

Auch wenn es im Tatbestand des § 40 Abs. 1 SGB XI im Unterschied zu § 33 SGB V nicht ausdrücklich ausgeschlossen wird, **sind allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens keine Pflegehilfsmittel** (BT-Drs. 12/5262, S. 113; BSG, Urteil vom 15.11.2007, B 3 P 9/06 R, NZS 2008, 599 Rn. 17), z. B. ein elektrisch verstellbarer Sessel (BSG, Urteil vom 22.08.2001, B 3 P 13/00 R, NZS 2002, 374, 375). Erforderlich ist damit, dass ein AAL konzeptionell vorwiegend für Pflegebedürftige gedacht sein muss (BSG, Urteil vom 16.09.1999, B 3 KR 1/99 R, BeckRS 2000, 40278).

Kein allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens	
Wendebett	Kein allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens; für Pflegebedürfnisse entwickelt.
Ortungssystem mit integriertem Notruf	Kein allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens; für Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen entwickelt (Menschen mit Orientierungsdefiziten, bspw. bei neurologischen Erkrankungen wie Demenz). Eine GPS-Uhr mit Alarmfunktion, die nach der Zweckbestimmung und Funktionsweise spezielle für Demenzkranke mit Orientierungslosigkeit und Weglauftendenzen entwickelt wurde, benötigen Menschen ohne Weglauftendenz nicht und stellt für sie keine hilfreiche Unterstützung dar (<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urteil vom 17.09.2019, L 16 KR 182/18).
Sturzerkennungssystem	Kein allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens, für Menschen mit erhöhter Sturzneigung - Pflegebedürftige - entwickelt (selbständigere Lebensführung durch Ermöglichung des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit).
Abschaltsysteme für Haushaltsgeräte (Herd)	Unklar, ob allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens. Allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens: Was regelmäßig auch von Gesunden benutzt wird, fällt nicht in die Leistungspflicht von Sozialleistungsträgern (<i>BSG</i> , Urteil vom 29.04.2010, B 3 KR 5/09 R, NJOW 2010, 2337, Rn. 16). Es könnte die Auffassung vertreten werden, dass Abschaltsysteme als SmartHome Technologie nicht für die Nutzung von Pflegebedürftigen sondern für die Allgemeinheit konzipiert sind. Wir sind der Ansicht, dass in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung auch ein von gesunden Verbrauchern genutztes Abschaltsystem im konkreten Fall kein allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens ist, sofern es sich, bspw. durch Zusatzfunktionen, von handelsüblichen Abschaltsystemen unterscheidet und von Pflegebedürftigen benötigt wird und für diese eine hilfreiche Unterstützung darstellt, die ein gesunder Verbraucher nicht benötigt.
Digitaler Reminder für Nahrung/Trinken	Unklar, ob allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens. Digitale Reminder für Trinken werden einerseits auch von Gesunden verwendet, die bspw. zu wenig trinken. Andererseits werden sie vorrangig von solchen Versicherten genutzt, die krankheitsbedingt auf Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr achten müssen. Wir sind der Auffassung, dass ein von gesunden Verbrauchern genutztes Erinnerungssystem im konkreten Fall kein allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens ist, sofern es sich, bspw. durch Zusatzfunktionen, von handelsüblichen Erinnerungssystemen unterscheidet und von Pflegebedürftigen benötigt wird und für diese eine hilfreiche Unterstützung darstellt, die ein gesunder Verbraucher nicht benötigt.
Digitale Anwendung zur Verbesserung körperlicher und kognitiver Fähigkeiten	Kein allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens; Softwarekonzeption für Bedürfnisse kranker und pflegebedürftiger Menschen (neurologische Erkrankungen wie Parkinson und Demenz).

Im Hinblick auf

- **Abschaltsysteme für Haushaltsgeräte (Herd)** sowie
- **digitale Reminder für Nahrung/Trinken**

ist unklar, ob Krankenkassen und Gerichte die Auffassung vertreten, dass es sich um allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens handelt und diese damit nicht erstattungsfähig sind.

dd) Notwendigkeit des Pflegehilfsmittels

Die Versorgung mit dem AAL muss für den Pflegebedürftigen notwendig sein (§ 40 Abs. 1 Satz 2 SGB XI), d. h. es muss unter Berücksichtigung des Zwecks und der Umstände des Einzelfalles **unentbehrlich** sein (*Linke*, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung und Pflegeversicherung, 3. EL 2019, SGB XI § 40, Rn. 20). Dazu zählt auch, dass das AAL **wirksam** sein muss, d. h. dass es die Erreichung des Versorgungsziels auch tatsächlich ermöglicht. Das AAL darf insbesondere nicht dem **allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse** widersprechen (§ 28 Abs. 3 SGB XI). Hierbei sind u. a. die **Expertenstandards** des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) zu beachten (z. B. Expertenstandard zur Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege, Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege). Nach unserer Einschätzung steht es nicht zu erwarten, dass AAL im Widerspruch zum erkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse stehen. Vielmehr sehen wir die Möglichkeit zu argumentieren, dass mittels AAL die in den Expertenstandards formulierten Ziele und Methoden erreicht werden können.

Zudem muss das AAL **wirtschaftlich** sein (§§ 4 Abs. 3, 29 Abs. 1 SGB XI). Daraus folgt, dass der Versicherte für den Fall, dass er bei mehreren gleichermaßen geeigneten AAL einen teureren AAL auswählt, die Mehrkosten zu tragen hat. Kommt hingegen im konkreten Anwendungsfall kein gleichgeeignetes Pflegehilfsmittel in Betracht, ist der Preis des einzig in Betracht kommenden Pflegehilfsmittels nicht von Relevanz (*Knispel*, in: BeckOK, 54. Ed. 2019, SGB V § 139 Rn. 21).

ee) Keine Leistungspflicht eines anderen Sozialleistungsträgers

Kosten für Pflegehilfsmittel sind nur dann von der SPV zu tragen, soweit diese nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der GKV oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind (§ 40 Abs. 1 Satz 1 letzter Hs.). Insofern sind die Leistungen der GKV und der SPV abzugrenzen.

(1) Leistungspflicht der GKV

Die GKV ist nur zur Erbringung der im Dritten Kapitel aufgezählten Leistungen (§11 bis § 68 SGB V) verpflichtet (§ 2 Abs. 1 SGB V). Aufgabe der GKV ist allein die **medizinische Rehabilitation**, also die Wiederherstellung der Gesundheit einschließlich der Sicherung des Behandlungserfolgs und des Behinderungsausgleichs (*BSG*, Urteil vom 03.11.1999, B 3 KR 16/99 R, BeckRS 9999, 00072). Die Leistungspflicht der GKV knüpft hierbei im Wesentlichen an den **Krankheitsbegriff** an (vgl. § 27 SGB V; *Mrozynski*, in: Mrozynski, SGB I, 6. Aufl. 2019, § 21 Rn. 13). Krankheit wird von der Rechtsprechung definiert als ein **regelwidriger körperlicher, geistiger und seelischer Zustand** des Menschen, der sich zugleich in **Funktionsbeeinträchtigungen** niederschlägt (*BSG*, Urteil vom 27.06.2017, B 2 U 17/15 R, BeckRS 2017, 126214, Rn. 21f.; *BSG*, Urteil vom 23.09.2010, B 1 KR 5/10 R, NJW 2011, 1899, Rn. 10). Regelwidrig ist jeder Zustand, der von der Norm

abweicht, die ihrerseits durch das Leitbild des gesunden Menschen geprägt ist. Gesundheit wiederum ist derjenige Zustand, der dem Einzelnen die Ausübung der (aller) körperlichen Funktionen ermöglicht (BSG, Urteil vom 27.06.2017, B 2 U 17/15 R, BeckRS 2017, 126214, Rn. 22).

(2) Leistungspflicht der SPV

Die SPV erbringt „*Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung sowie Kostenerstattung, soweit es dieses Buch vorsieht*“ (§ 4 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Leistungen der SPV sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein **möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben** zu führen, das der Würde des Menschen entspricht (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB XI) und **vorrangig die häusliche Pflege** und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn **unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können** (§ 3 Satz 1 SGB XI).

Die Leistungspflicht der SPV knüpft an den Begriff der **Pflegebedürftigkeit** an. Pflegebedürftig sind „*Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen*“ (§ 14 Abs. 1 SGB XI; Unterstreichung durch die Verfasser). Die Leistungspflicht der SPV setzt daher wie im Falle der GKV einen Krankheitszustand voraus, allerdings erfordert die Pflegebedürftigkeit in einem weiteren Schritt, dass dieser **Krankheitszustand zu einer Beeinträchtigung der Selbständigkeit** oder der Fähigkeiten in den Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte führt (§ 14 Abs. 2 SGB XI).

(3) Zuständigkeitsabgrenzung zwischen GKV und SPV

Im Hinblick auf eine konkrete Leistung können die GKV und SPV nicht gleichermaßen zur Kostentragung verpflichtet sein, sondern es kommt nur die Zuständigkeit entweder der GKV oder der SPV in Betracht (BSG, Urteil vom 06.09.2007, B 3 P 3/06 R, BeckRS 2008, 50243, Rn. 17). Da eine Krankheit oder Behinderung zu Pflegebedürftigkeit führen können und damit eine Sozialleistung sowohl einen Einfluss auf die Krankenbehandlung als auch die Pflege haben kann, ist eine Zuständigkeitsabgrenzung zwischen GKV und SPV mitunter schwierig. Hinsichtlich der Festlegung der Zuständigkeit des einen oder des anderen Leistungsträgers kommt es nach ständiger Rechtsprechung auf den **Schwerpunkt der Zweckbestimmung der Leistung** an (BSG, Urteil vom 10.11.2005, B 3 P 10/04 R, BeckRS 2006, 40196, Rn. 18; BSG, Urteil vom 06.09.2007, B 3 P 3/06 R, BeckRS 2008, 50243, Rn. 17):

- Die **GKV** ist leistungs verpflichtet, sofern eine Leistung dazu dient, eine **Krankheit oder Behinderung zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern** (medizinische Rehabilitation) (vgl. auch § 27 I SGB V). Im Hinblick auf eine Krankheit, die die Pflegebedürftigkeit

eines Versicherten begründet, sind Leistungen der GKV darauf gerichtet, die Pflegebedürftigkeit zu verhindern, zu beheben oder zu vermindern (vgl. § 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V; *Gebhardt*, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, 103. El 2019, SGB XI § 14, Rn. 13).

- Die **SPV** ist zuständig, sofern es sich um Leistungen handelt, die die **Pflege ermöglichen und sicherstellen** (*Gebhardt*, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, 103. El 2019, SGB XI § 14, Rn. 13). Der Anspruch auf Pflegeleistungen greift grundsätzlich nur, wenn eine Krankenbehandlung nicht erforderlich ist (*Zuck/Gokel*, in: Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Aufl. 2018, § 69 Rn. 13). Die Leistungspflicht der SPV ist begründet, wenn es sich um die Behandlung der Folgen einer Krankheit handelt (*Gebhardt*, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, 103. El 2019, SGB XI § 14, Rn. 13). Die Leistungspflicht der SPV ist nur dann begründet, wenn sie im konkreten Fall allein oder jedenfalls schwerpunktmäßig der Erleichterung der Pflege dient (*BSG*, Urteil vom 06.09.2007, B 3 P 3/06 R, BeckRS 2008, 50243, Rn. 16).

Auch im Hinblick auf die Kostentragungspflicht für AAL gelten diese Abgrenzungsgrundsätze. Das bedeutet, dass die Kosten für ein AAL von der GKV zu tragen sind, wenn dieses schwerpunktmäßig der Linderung von Krankheitsbeschwerden bzw. einer Behinderung oder der Verhütung der Progredienz einer Krankheit dient. Gewährleistet das AAL hingegen ganz „überwiegend“ (*BSG*, Urteil vom 15.11.2007, B 3 A 1/07 R, BeckRS 2008, 51128, Rn. 28) die Durchführung pflegerischer Maßnahmen und ermöglicht so ein selbständiges und selbstbestimmteres Leben in der eigenen Häuslichkeit, fällt die Kostentragungspflicht in den Verantwortungsbereich der SPV. Es ist nicht ausreichend, dass sich ein **Hilfsmittel**, das der Krankenbehandlung oder dem Behinderungsausgleich dient, zwangsläufig **auch günstig auf den allgemeinen Pflegebedarf** auswirkt (*BSG*, Urteil vom 06.09.2007, B 3 P 3/06 R, BeckRS 2008, 50243). So steht bei einem eigenbedienbaren Elektrorollstuhl der Behinderungsausgleich im Vordergrund, weil er es dem behinderten Menschen erlaubt, seinem Grundbedürfnis nach Fortbewegung im häuslichen Bereich und auch draußen in einem bestimmten Umkreis nachzukommen, ohne auf fremde Hilfe angewiesen zu sein. Dadurch wird zwar sein allgemeiner Pflegebedarf verringert und damit die Pflege erleichtert; außerdem wird ihm dadurch eine selbstständigere Lebensführung ermöglicht. Diese Aspekte sind aber nur Folge des Behinderungsausgleichs und ändern nichts daran, dass ein solches Hilfsmittel allein der **Leistungspflicht der GKV** zuzuordnen ist (*BSG*, Urteil vom 10.11.2005, B 3 P 10/04 R, BeckRS 2006, 40196).

Für den Fall, dass eine Leistung eine **Doppelfunktion** hat und **gleichwertig** der medizinischen Rehabilitation (GKV) und der Pflege (SPV) dient, fällt diese Leistung in den **Zuständigkeitsbereich der GKV** (*BSG*, Urteil vom 15.11.2007, B 3 A 1/07 R, BeckRS 2008, 51128, Rn. 22, wonach Einmalwindeln bei Inkontinenz erwachsener Versicherter Pflegehilfsmittel sind, weil sie zur Erleichterung der Pflege beitragen - z. B. bei dauernder Bettlägerigkeit eines Pflegebedürftigen - und andererseits Hilfsmittel der GKV, soweit sie den Betroffenen in die Lage versetzen, Grundbedürfnisse des Lebens, wie etwa die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, zu befriedigen).

Daraus ergibt sich nach unserer Auffassung die folgende Beurteilung der schwerpunktmäßigen Zweckbestimmung der im Rahmen dieses Gutachtens untersuchten AAL und der daraus resultierenden Sozialleistungsträgerzuständigkeit:

	Versorgungsziel nach § 33 SGB V	Versorgungsziel nach § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI	Schwerpunkt der Leistung
Wendebett	Sicherung des Erfolgs einer Krankenbehandlung.	Erleichterung der Pflege, Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen, Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung.	Pflege (SPV) Die Zweckbestimmung liegt schwerpunktmäßig auf der Erleichterung der Pflege sowie auf der selbständigeren Lebensführung. Der Nebeneffekt der Dekubitusbehandlung sowie -prophylaxe tritt dahinter zurück.
Ortungssystem mit integriertem Notruf	(mittelbarer) Behinderungsausgleich	Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung	Einzelfallentscheidung. Im Falle progredienter Erkrankungen liegt die Zuständigkeit wohl eher bei der SPV (vgl. <i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urteil vom 17.09.2019, L 16 KR 182/18).
Sturzerkennungssystem	Vorbeugung einer drohenden Behinderung (Graubereich)	Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung	Pflege (SPV)
Abschaltsysteme für Haushaltsgeräte	Allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens	Allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens	Erstattung weder durch GKV noch SPV.
Digitaler Reminder für Nahrung/Trinken	Unklar, ob allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens	Unklar, ob allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens	Unklar, ob Erstattung durch GKV oder SPV.
Digitale Anwendung zur Verbesserung körperlicher und kognitiver Fähigkeiten	Sicherung des Erfolgs einer Krankenbehandlung, Vorbeugung einer drohenden Behinderung	Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen, Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung	Medizinische Rehabilitation (GKV) Die Zweckbestimmung liegt schwerpunktmäßig auf der medizinischen Rehabilitation (Beweglichkeitsförderung, Verbesserung kognitiver Fähigkeiten). Dass dies zudem der Pflege dient, indem die Beschwerden des Pflegebedürftigen gelindert und die selbständigere Lebensführung durch Steigerung der Mobilität des Pflegebedürftigen gefördert werden, ist vielen Hilfsmitteln, die der Krankenbehandlung oder dem Behinde-

	Versorgungsziel nach § 33 SGB V	Versorgungsziel nach § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI	Schwerpunkt der Leistung
			<p>rungsausgleich dienen, immanent; die Zuständigkeit verbleibt aber bei der GKV (BSG, Urteil vom 15.11.2007, B 3 A 1/07 R, BeckRS 2008, 51128, Rn. 21: „Inbesondere die dem Behinderungsausgleich - nur oder auch - dienenden Hilfsmittel wirken in der Regel auch pflegeerleichternd. Dennoch bleibt es bei der Zuständigkeit der Krankenkassen nach § 33 SGB V.“).</p>

Aus der Sicht des Versicherten hat die Zuständigkeitsabgrenzung zwischen GKV und SPV für (Pflege)Hilfsmittel keine entscheidende Bedeutung. Derjenige der beiden Sozialleistungsträger, bei dem der Erstattungsantrag gestellt wird, hat nicht nur über die Zuständigkeit, sondern auch über die Bewilligung der Leistung zu entscheiden (§ 40 Abs. 5 Satz 1 SGB XI). Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung dürfen die gemeinsam verwalteten Kassen die Leistungspflicht nicht mehr wegen mangelnder Zuständigkeit ablehnen (BSG, Urteil vom 16.07.2014, B 3 KR 1/14 R, NZS 2014, 902, Rn. 46). Der Sozialleistungsträger, bei dem die Erstattung beantragt wurde, wird automatisch gegenüber dem Versicherten leistungspflichtig. Der Ausgleich für Leistungen bei Unzuständigkeit ist ausschließlich zwischen GKV und SPV intern, durch eine pauschale Aufteilung der Kosten, abzuwickeln (§ 40 Abs. 5 Satz 2 SGB XI).

ff) Zwischenergebnis für Erstattungsfähigkeit spezifischer AAL durch die SPV

Keines der beispielhaft untersuchten AAL ist derzeit als erstattungsfähiges Pflegehilfsmittel im PflegeHVM gelistet. Lediglich der Hausnotruf und ein gegenüber einem Wendebett mit geringeren Funktionen ausgestattetes Pflegebett sind im PflegeHVM enthalten. Ein Kostenerstattungsanspruch kann daher nicht unter Hinweis auf das PflegeHVM geltend gemacht werden.

Hinsichtlich der Erstattungsfähigkeit als Pflegehilfsmittel ergibt sich nach unserer Auffassung die folgende abschließende Bewertung im Hinblick auf die untersuchten AAL:

- Das **Wendebett**,
 - das **Sturzerkennungssystem** sowie
 - das **Ortungssystem mit integriertem Notruf**
- sind Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 1 SGB XI, da sie eines oder mehrere der anerkannten Versorgungsziele erfüllen und keine allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind.
- Beim **digitalen Reminder für Essen/Trinken** sowie
 - bei **Abschaltsystemen für Haushaltsgeräte (Herd)**
- besteht das Risiko, dass die SPV die Kostenübernahme mit der Begründung ablehnt, dass es sich bei diesen AAL um allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens handelt. Die Versorgungsziele des § 40 Abs. 1 SGB XI sind nach unserer Ansicht erfüllt.

- Die **digitale Anwendung zur Verbesserung körperlicher und kognitiver Fähigkeiten** liegt im Zuständigkeitsbereich der **GKV**, da das AAL zwar auch der Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen und der Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung dient, die Leistung aber schwerpunktmäßig der medizinischen Rehabilitation dient.

Es kann nicht abschließend beurteilt werden, ob eine Krankenkasse in einem konkreten Behandlungsfall die Kosten für das AAL übernehmen wird. Im Falle einer Ablehnung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse müsste im Klagewege die Kostenübernahme ersucht werden.

b) Modalitäten der Inanspruchnahme und Kostentragung für AAL als Pflegehilfsmittel

Technische Pflegehilfsmittel, zu denen auch AAL zählen, sollen in geeigneten Fällen **vorrangig leihweise überlassen werden** (§ 40 Abs. 3 Satz 1 SGB XI). Lehnen Versicherte die leihweise Überlassung eines Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Kosten des Pflegehilfsmittels in vollem Umfang selbst zu tragen (§ 40 Abs. 3 Satz 7 SGB XI). Die nach dem Gesetz zu bevorzugende leihweise Überlassung fußt auf der Grundannahme, dass technische Hilfsmittel häufig teuer sind, aber auch bei längerem Gebrauch kaum Abnutzungserscheinungen tragen (BT-Drs. 12/5262, S. 113). Eine leihweise Überlassung kommt nach unserer Auffassung daher bei solchen AAL in Betracht, die bei Zugrundelegung der durchschnittlichen Nutzungsdauer erfahrungsgemäß keine bis nur geringfügige Gebrauchsspuren aufweisen. Sofern auch hygienischen Grundanforderungen Genüge getan wird (insb. Wendebett), sollte eine leihweise Überlassung von AAL bei allen genannten Beispielen möglich sein.

Die Bewilligung eines Pflegehilfsmittel kann davon abhängig gemacht werden, dass der Pflegebedürftige sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in seinem Gebrauch ausbilden lässt (§ 40 Abs. 3 Satz 2 SGB XI).

Die SPV trägt auch die Kosten für die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch (§ 40 Abs. 3 Satz 3 SGB XI).

Erwachsene Versicherte haben zu den Kosten der eine Zuzahlung von 10 %, höchstens jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel zu leisten (§ 40 Abs. 3 Satz 4 SGB XI). In Härtefällen kann die SPV jedoch von der Zuzahlungspflicht absehen (§ 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI).

Pflegehilfsmittel können ebenfalls nur durch solche Leistungserbringer abgegeben werden, mit denen **Verträge über die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln nach § 127 SGB V** mit der SPV bestehen (§ 78 Abs. 1 SGB XI i.V.m. § 126f. SGB V). Insofern gelten die obigen Ausführungen zu Hilfsmitteln (Teil 3, A. I. 2. b)Teil 3:A.I.1.b).

3. Aufnahme eines AAL in das (Pflege)Hilfsmittelverzeichnis

a) Bedeutung des (Pflege)HMV

Die Listung eines Hilfsmittels im (Pflege)HMV ist zwar keine zwingende Voraussetzung für die Erstattung. Hinsichtlich des Versorgungsanspruchs des Versicherten fungiert das nicht abschließende (Pflege)HMV aber als eine **Auslegungs- und Orientierungshilfe** (§ 4 Abs. 1 Satz 1 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsm-RL); BSG, Urteil vom 15.11.2007, B 3 A 1/07 R, BeckRS 2008, 51128, Rn. 20; Udsching, in: Udsching/Schütze, SGB XI, 5. Aufl. 2018, § 78 Rn. 8). Das bedeutet zum einen, dass weder die Aufnahme des Hilfsmittels in das (Pflege)HMV zwingende Voraussetzung für die Verordnungsfähigkeit des technischen Assistenzsystems ist, da kein Ausschluss solcher Hilfsmittel erfolgt, die nicht im (Pflege)HMV gelistet sind (BSG, Urteil vom 13.05.1998, B 8 KN 13/97 R, BeckRS 1998, 30014092). Zum anderen ergibt sich aus der Aufnahme ins (Pflege)HMV kein Anspruch auf Versorgung mit einem Hilfsmittel (BSG, Urteil vom 24.01.2013, Az. B 3 KR 22-11 R, BeckRS 2013, 70362, Rn. 13). Allerdings ist die **Listung eines Hilfsmittels** im (Pflege)HMV nach ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung ein gewichtiges Indiz für die Verordnungsfähigkeit eines Hilfsmittels, entfaltet eine **steuernde Wirkung am Markt** und hat daher Bedeutung für das Ordnungsverhalten der Vertragsärzte und die erstattungspflichtigen Krankenkassen (BSG, Urteil vom 08.08.2015, Az. B 3 KR 6/14 R, NZS 2015, 860, Rn. 29; BSG, Urteil vom 31.08.2000, B 3 KR 21/99 R, NJOZ 2001, 828, 830). Die Aufnahme eines Hilfsmittels in das (Pflege)HMV wirkt sich also positiv auf die Versorgung von Pflegebedürftigen mit Pflegehilfsmitteln aus. Das PflegeHMV wird als Anlage zum HMV geführt und umfasst derzeit die Produktgruppen 50 bis 54 sowie 98 des.

Wir empfehlen daher, sofern die Voraussetzungen vorliegen, die Aufnahme eines AAL in das (Pflege)HMV zu beantragen.

b) Status quo zu technischen Assistenzsysteme im (Pflege)HMV

Derzeit sind die folgenden technischen Assistenzsysteme im (Pflege)HMV gelistet:

Produktgruppe	Bezeichnung	Technische Assistenzsysteme	Anzahl
1	Absauggeräte	• Sekret-Abbaugeräte Atmungsorgane, netzabhängig/netzunabhängig	30
		• Elektrisch betriebene Milchpumpen und Zubehör	40
2	Adaptionshilfen	• Armunterstützungssysteme	2
		• Umblättermittel, elektrisch	3
		• Elektromechanische Tasten/Tastergruppe	1
		• Sensoren zur Auslösung über Bewegungen, Licht, Druck und Geräusche	0
		• Umfeldkontrolle für elektrische Geräte (adaptierbare Fernbedienungen)	0
		• Zubehör zur drahtlosen Ansteuerung	6
		○ Adapter zur drahtlosen Nutzung (Sender)	4
		○ Adapter zur drahtlosen Nutzung (Empfänger)	2
• Zubehör zur Erzeugung von Schaltfunktionen	0		
3	Applikationshilfen	• Ernährungspumpen zur enteralen Ernährungstherapie	1
		• Insulin-Patch-Pumpen, elektronisch, Komplettssysteme, schlauchlos	2
		• Spülsysteme, elektrisch, netzabhängig	5
4	Bade- und Duschhilfen	• Badewannenlifter	65
5	Bandagen	-	

Produktgruppe	Bezeichnung	Technische Assistenzsysteme	Anzahl
6	Bestrahlungsgeräte	• UV-Teilkörperbestrahlungsgeräte, Spezialausführungen	8
		○ Psoriasiskämme	8
		○ Punktbestrahlungsgeräte	0
7	Blindenhilfsmittel	• Elektronische Hilfsmittel für die Orientierung und Mobilität	3
		• Geschlossene Kompaktgeräte/-systeme zur Schriftumwandlung	20
		• Vorkonfigurierte, offene Systeme zur Schriftumwandlung	3
		• Hardware zur blindenspezifischen Anpassung von Computersystemen (mobil/stationär)	13
		• Elektronische Systeme zur Informationsverarbeitung und Informationsausgabe für Blinde	7
		• Elektromechanische und elektronische Geräte zum Prägen von Brailleschrift	1
8	Einlagen	-	
9	Elektrostimulationsgeräte	• Defibrillatorwesten zur Eigenanwendung	1
		• Monophasische Elektrotherapiegeräte bei Hautfunktionsstörungen	0
		• Niederfrequente Elektrostimulationsgeräte	
		○ zur Schmerzbehandlung	7
		○ zur Muskelstimulation	8
		○ bei Inkontinenz	8
• Elektrostimulationsgeräte zur funktionellen Elektrostimulation (FES)	4		
10	Gehhilfen	-	
11	Hilfsmittel gegen Dekubitus	• Dynamische Liegehilfen zur Umlagerung	1
		• Dynamische Systeme zur Stimulation von Mikrobewegungen	
		○ Aktive Komplettsysteme zur Stimulation von Mikrobewegungen	7
12	Hilfsmittel bei Tracheostoma und Laryngektomie	-	
13	Hörhilfen	• Geräte mit teilimplantierten Schallaufnehmern	20
		• Kinnbügelhörer/Hörverstärker	6
		• Hörgeräte für Versicherte mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit	720 (inkl. nicht besetzter Pos.)
		• Hörgeräte für Versicherte mit nicht an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit	8071 (inkl. nicht besetzter Pos.)
• Tinnitusgeräte	1384 (inkl. nicht besetzter Pos.)		

Produktgruppe	Bezeichnung	Technische Assistenzsysteme	Anzahl
		• Knochenleitungshörbügel	14
		• NN - Geräte mit implantationsfreiem Schallaufnehmer	1
		• Hörgeräte für schwerhörige Versicherte, ausgenommen für an Taubheit grenzend schwerhörige Versicherte	1456 (inkl. nicht besetzter Pos.)
14	Inhalationshilfen und Atemtherapiegeräte	• Aerosol-Inhalationsgeräte für untere Atemwege	95
		• Aerosol-Inhalationsgeräte für obere Atemwege	9
		• Sauerstofftherapiegeräte	116
		• Atemtherapie zur Schleimlösung/-elimination	1
		• Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung bis 30 hPa Beatmungsdruck	21
		• Beatmungsgeräte zur lebenserhaltenden Beatmung	20
		• Beatmungsgeräte zur intermittierenden Beatmung mit einem Beatmungsdruck > 30 hPa	29
		• CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen	65
		• Auto-CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen	54
		• Bilevel-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen	28
		• Auto-Bilevel-CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen	15
		• Bilevel-CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen mit ST-Funktion	36
		• Spezialgeräte zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen	18
15	Inkontinenzhilfen	• Bettnässer-Therapiegeräte	35
		• Elektronische Meßsysteme der Beckenboden-Muskelaktivität	26
16	Kommunikationshilfen	• Tafeln/Symbolsammlungen mit Symbolen und/oder Worten	9
		• Dynamische Systeme mit Sprach- und Sichtausgabe	129
		• Behinderungsgerechte Hardware zur Eingabeunterstützung	5
		• Behinderungsgerechte Software für Kommunikationssysteme	6
		• Signalanlagen	164
17	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	• Apparate zur Kompressionstherapie	30
		• Apparate zur Impuls-Kompressionstherapie	2
18	Kranken-/ Behindertenfahrzeuge	• Elektrorollstühle für den Innenraum (Standard-Elektrollstühle, Elektrorollstühle mit verstellbarer Rückenlehne)	20
		• Elektrorollstühle für den Innen- und Außenbereich (mit indirekter Lenkung, mit direkter, elektromechanischer Lenkung, mit direkter, manueller Lenkung)	167

Produktgruppe	Bezeichnung	Technische Assistenzsysteme	Anzahl		
		• Elektrorollstühle für Kinder und Jugendliche	21		
		• Rollstühle mit festmontiertem, restkraftunterstützendem Antrieb	1		
		• Elektrorollstühle für den Außenbereich	27		
		• Elektromobile (3-/4-rädrig)	35		
		• Treppenfahrzeuge	26		
		• Treppenraupen	7		
		• Rollstuhl-Aufsteck-/Radnabenantriebe	19		
		• Elektrorollstühle mit motorisch betriebener Hubvorrichtung	113		
		• Motorische restkraftunterstützende Greifreifenantriebe	10		
		• Rollstuhlzug-/Rollstuhlschiebehilfen, dauerhaft montiert	1		
19	Krankenpflegeartikel	• Behindertengerechte Betten, motorisch höhenverstellbar	115		
		• Behindertengerechte Betten, motorisch höhenverstellbar, erhöhte Tragfähigkeit	18		
		• Behindertengerechte Betten mit Sitz- und Aufrichtfunktion	3		
		• Bettzurichtungen: Einlegerahmen, verstellbar mit Bettheber/ und Sitz-/Schwenk-Funktion/ mit erhöhter Tragfähigkeit	17		
20	Lagerungshilfen	-			
21	Messgeräte für Körperzustände/-funktionen	• Atmungsorgane: Messgeräte zur Lungenfunktionsmessung (Spirometer)	7		
		• Blutdruckmessgeräte	150		
		• Überwachungsgeräte für Vitalfunktionen bei Kindern <ul style="list-style-type: none"> ○ Kombinierte Atem- und Herzfrequenzmonitore mit Pulsoximeter 	6		
		• Überwachungsgeräte zur nicht-invasiven Blutgaskontrolle	13		
		• Blutgerinnungsmessgeräte (Koagulationsmessgeräte)	10		
		• Blutzuckermessgeräte <ul style="list-style-type: none"> ○ Mit Sprachausgabe 	296		
		• Real-Time-Messgeräte (rtCGM)	21		
		• Überwachungsgeräte für Epilepsiekranken	4		
		• Personenwaagen <ul style="list-style-type: none"> ○ Personensitzwaagen 	1		
		22	Mobilitätshilfen	• Aufstehhilfen/-vorrichtungen für Sessel/Stühle, elektromotorisch	1
				• Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung, teilw. wandmontiert	85
• Stationäre Lifter, elektromotorisch	1				
• Deckenlifter, mit Fahrtrieb	2				
• Dreiräder für Kinder und Jugendliche mit elektromotorischer Restkraftverstärkung	4				
23	Orthesen/Schienen	• Kniegelenkkonstruktionen mit automatischer Kniegelenksperrung, elektromechanisch	1		

Produktgruppe	Bezeichnung	Technische Assistenzsysteme	Anzahl
		• Motorbetriebene Gehapparate/Exoskelette	1
24	Beinprothesen	-	
25	Sehhilfen	• Elektrisch vergrößernde Sehhilfen: Bildschirmlesegeräte	0
26	Sitzhilfen	-	
27	Sprechhilfen	• Sprachschallverstärker	4
		• Tonerzeuger mit und ohne Intonationsmöglichkeit, intern und extern	8
28	Stehhilfen	-	
29	Stomaartikel	• Elektrisch betriebene Irrigatoren	3
30	Nicht besetzt	-	
31	Schuhe	-	
32	Therapeutische Bewegungsgeräte	• Kniebewegungstrainer, Fremdkraft	5
		• Beintrainer, Fremdkraft	9
		• Schulterbewegungstrainer, Fremdkraft	4
		• Armtrainer, Fremdkraft	1
		• Kombinationstrainer Arme/Beine, Fremdkraft	8
33	Toilettenhilfen	• Toilettenaufstehhilfen, elektrisch	5
		• WC-Aufsätze mit Wascheinrichtung	22
34	Haarersatz	-	
35	Epithesen	-	
36	Augenprothesen	-	
37	Brustprothesen	-	
38	Armprothesen	• Fremdkraft Handexartikulationsprothese	2
		○ Steuerungsbandage	1
		○ Fremdkraft Handexartikulationsschaft	1
		• Fremdkraft Ellenbogenexartikulationsproth.	2
		○ Fremdkraft Ellenbogenexartikulationsschaft	1
		○ Steuerungsbandage	1
		• Fremdkraft Schulterexartikulationsprothese	2
		○ Fremdkraft Schulterexartikulationsschaft	1
		○ Steuerungsbandage	1
		• Fremdkraft Finger-/Teilhandprothesen	2
		○ Fremdkraft Finger Prothesenschaft	1
		○ Fremdkraft Teilhand Prothesenschaft	1
		• Fremdkraft Unterarmprothesen	4
		• Fremdkraft Oberarmprothesen	4
		• Finger-/Hand-/Handgelenkpassteile Fremdkraft	0
		• Fremdkraft Ellenbogenpassteil	0
• Fremdkraft Schulterpassteil	0		
• Armprothesen Strukturteile/Zusatz/Zubehör	0		
50	Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege	• Pflegebetten, motorisch verstellbar	278
		• Lagekorrekturhilfen für Bettlaken	1
		• Rollstühle mit Sitzkantelung	1
51	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden	-	
52		• Notrufsysteme	

Produktgruppe	Bezeichnung	Technische Assistenzsysteme	Anzahl
	Pflegehilfsmittel zur selbstständigeren Lebensführung/Mobilität	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hausnotrufsysteme, angeschlossen an Zentrale 	101
53	Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden	-	
54	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	-	
98	Sonstige Pflegehilfsmittel	-	
99	Verschiedenes	-	

Während die Produktgruppen 1 bis 38 Hilfsmittel zu Lasten der GKV erfassen, beinhalten nur die Produktgruppen 50 bis 54 von der SPV zu erstattende Pflegehilfsmittel. Ersichtlich wird, dass das **Gros der technischen Assistenzsysteme** solche der **GKV** sind. Im Bereich der SPV sind als technische Assistenzsysteme bspw. **motorisch verstellbare Pflegebetten** (50.45.01) und **Hausnotrufsysteme** (52.40.01) enthalten. **AAL sind im Bereich der Pflegehilfsmittel derzeit nur in sehr geringer Anzahl vertreten.**

c) Aufnahme eines AAL ins (Pflege)HMV

Sind die gesetzlichen Anforderungen erfüllt, hat der Hersteller einen **Anspruch auf Aufnahme** in das (Pflege)HMV, das heißt der zuständige Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) ist verpflichtet, den Antrag auf Eintragung des Hilfsmittels in das (Pflege)HMV positiv zu bescheiden (§ 139 Abs. 4 Satz 1 SGB V), wenn folgende Nachweise erbracht sind:

- a) Funktionstauglichkeit des Hilfsmittels (**aa**)),
- b) Sicherheit des Hilfsmittels (**bb**)),
- c) Qualität des Hilfsmittels (**cc**)),
- d) medizinischer Nutzen soweit erforderlich (**dd**)).

aa) Nachweis der Funktionstauglichkeit

Im Rahmen des Antragsverfahrens ist die Funktionstauglichkeit des AAL nachzuweisen (§ 139 Abs. 4 Satz 1 SGB V). Dabei meint die Funktionstauglichkeit im hilfsmittelrechtlichen Kontext die (technische) **Eignung eines Hilfsmittels** für die Sicherung des Erfolgs einer Krankenbehandlung, der Vorbeugung einer drohenden Behinderung oder dem Ausgleich einer Behinderung. Entscheidend sind insoweit die vom Hersteller vorgegebene Zweckbestimmung und die Produktleistung (BSG, Urteil vom 15.03.2012, B 3 KR 2/11 R, NJOZ 2012, 1851, Rn. 21). Als funktionstauglich gilt ein Hilfsmittel, wenn durch die eingereichten Unterlagen der sach- und fachgerechte Einsatz und die Brauchbarkeit bzw. die einfache Handhabbarkeit des Produktes im Rahmen der Eigenanwendung durch den Versicherten für die beanspruchte Produktart und den betreffenden Indikationsbereich belegt worden ist (Positionspapier SpiBuKK/SpiBuPK zu den Anforderungen an Medizinprodukte für die Aufnahme in das HMV, S. 29).

Ein **AAL** kann ein **Medizinprodukt** im Sinne der medizinproduktrechtlichen Vorschriften sein. Ein AAL ist ein Medizinprodukt, sofern es dazu bestimmt ist, der Erkennung, Verhütung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten und Behinderungen zu dienen (§ 3 Nr. 1 MPG). In diesem Fall sind, unabhängig von der Erstattungsfähigkeit als (Pflege)Hilfsmittel, die medizinproduktrechtlichen Anforderungen zu erfüllen. Hierzu zählt insbesondere die Durchführung des entsprechenden CE-Konformitätsbewertungsverfahrens. Das einschlägige Konformitätsbewertungsverfahren richtet sich nach der Risikoklasse des Medizinprodukts. Bei Produkten der niedrigsten Risikoklasse I kann die CE-Konformität durch eine Selbsterklärung des Herstellers erfolgen. Bei Medizinprodukten der Risikoklassen IIa, IIb und III ist im Rahmen des Konformitätsbewertungsverfahrens eine Benannte Stelle (z.B. TÜV Süd, DEKRA, etc.) zu beteiligen, die die Einhaltung der medizinproduktrechtlichen Anforderungen zertifiziert. Im Falle medizinproduktrechtlicher AAL gilt der **Nachweis der Funktionstauglichkeit durch die CE-Kennzeichnung** grundsätzlich als erbracht (§ 139 Abs. 5 Satz 1 SGB V). Der GKV-SV vergewissert sich von der formalen Rechtmäßigkeit der CE-Kennzeichnung anhand der Konformitätserklärung und – im Falle eines Medizinprodukts der Klasse IIa – der Zertifikate der an der Konformitätsbewertung beteiligten Benannten Stellen. Nur bei begründetem Anlass können zusätzliche Prüfungen vorgenommen werden (§ 139 Abs. 5 Satz 2 SGB V). Die Erklärung der **CE-Konformität ist nicht zwingende Voraussetzung** für die Aufnahme ins HMV. Zwar vertritt der GKV-SV die Auffassung, dass nur solche Medizinprodukte, die über eine CE-Kennzeichnung verfügen, ins HMV aufgenommen werden können (Positionspapier SpiBuKK/SpiBuPK zu den Anforderungen an Medizinprodukte für die Aufnahme in das HMV, S. 4). Nach unserer Auffassung gibt es jedoch keine gesetzliche Grundlage für ein solches Erfordernis. Die Funktionstauglichkeit kann auch andersartig nachgewiesen werden. Jedoch ist dieser Nachweis ähnlich aufwendig wie die Erklärung der CE-Konformität, so dass wir die **Durchführung des CE-Konformitätsverfahrens empfehlen**, bevor ein Antrag auf Aufnahme ins HMV gestellt wird. Bei pflegespezifischen AAL wird es sich nur in wenigen Fällen um Medizinprodukte handeln. Bei der digitalen Anwendung zur Verbesserung körperlicher und kognitiver Fähigkeiten handelt es sich um ein Medizinprodukt, da krankheitsbedingte Beweglichkeitsstörungen behandelt werden. Das Wendebett ist nur dann ein Medizinprodukt, sofern es nach der Zweckbestimmung auch der Dekubitusprophylaxe oder -behandlung dient. Der digitale Reminder für Nahrung/Trinken kann ein Medizinprodukt sein, wenn er im Rahmen einer Therapie angewendet werden soll.

AAL, die **kein Medizinprodukt** sind, müssen nur die **allgemeinen Produktsicherheitsanforderungen**, wie sie sich bspw. aus dem Produktsicherheitsgesetz ergeben, erfüllen. Der Beleg über die wesentlichen Funktionen eines Hilfsmittels kann beispielsweise durch technische Zeichnungen oder Produktbeschreibungen oder durch die Vorlage eines Produktmusters erfolgen (Positionspapier SpiBuKK/SpiBuPK zu den Anforderungen an Medizinprodukte für die Aufnahme in das HMV, S. 30).

bb) Nachweis der Sicherheit

Darüber hinaus ist die Sicherheit des AAL nachzuweisen (§ 139 Abs. 4 Satz 1 SGB V). Der Nachweis der Sicherheit ist bei einem AAL, das ein **Medizinprodukt** ist, ebenfalls bereits durch die **CE-Kennzeichnung** erbracht (§ 139 Abs. 5 Satz 1 SGB V). Auch diesbezüglich empfehlen wir, den Nachweis durch die CE-Konformität zu erbringen. Bei solchen AAL, die kein Medizinprodukte sind, muss u. a. die Einhaltung der Anforderungen des Produktsicherheitsgesetzes nachgewiesen werden.

cc) Nachweis der Qualität

Weiter ist die Qualität des AAL nachzuweisen (§ 139 Abs. 2 Satz 1, Abs. 4 Satz 1 SGB V). Die indikations- und einsatzbezogenen Qualitätsanforderungen ergeben sich aus dem HMV und setzen voraus, dass das **Hilfsmittel im Rahmen einer ausreichenden, zweckmäßigen, funktionsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung** angewandt wird (Positionspapier SpiBuKK/SpiBuPK zu den Anforderungen an Medizinprodukte für die Aufnahme in das HMV, S. 24).

AAL (bis auf Pflegebetten und Notrufsysteme) fallen in keine bereits existierende „spezifische“ Produktgruppe bzw. Untergruppe des (Pflege)HMV. Daher existieren für AAL bisher keine spezifischen indikationsbezogenen Qualitätsanforderungen. Zu erfüllen sind daher zunächst die allgemeinen Qualitätsanforderungen durch Vorlage allgemeiner Produktinformationen. Vorgelegt werden müssen die Gebrauchsanleitung und eine Aufstellung der technischen Daten des AAL. Darüber hinaus können – soweit einschlägig – Angaben zu Garantiezeit, ggf. technische Zeichnungen, Produktunterlagen, Prospekte, Preislisten, Service- und Wartungsunterlagen sowie andere produktbeschreibende Informationen gemacht werden.

Im Rahmen des Antragsverfahrens ist des dem **GKV-SV** unbenommen, weitere **produktbezogene Qualitätsanforderungen** aufzustellen, die aus seiner Sicht für die Produktgruppe, den Anwendungsort, die Untergruppe oder aber zur Begründung einer neuen Produktgruppe, eines neuen Anwendungsorts oder einer neuen Untergruppe von Relevanz sind. Die Nachweise dieser Qualitätsmerkmale werden dann beim Hersteller nachgefordert.

dd) Nachweis des medizinischen Nutzens

Sofern das AAL der **Vorbeugung einer drohenden Behinderung und/oder dem Behinderungsausgleich** dient, ist der Nachweis des **medizinischen Nutzens nicht erforderlich**, da der medizinische Nutzen, der über die Funktionstauglichkeit zum Ausgleich der Behinderung hinausgeht, schon von der Zielrichtung des Hilfsmittels nicht geboten und in der Regel auch nicht möglich ist (BSG, Urteil vom 28.09.2006, B 3 KR 28/05 R, NZS 2007, 495, Tz. 13). Sofern das AAL der **Sicherung des Erfolgs einer Krankenbehandlung** dient, muss **zusätzlich auch der medizinische Nutzen nachgewiesen** werden (§ 139 Abs. 4 Satz 1 SGB V; BSG, Urteil vom 15.03.2012, B 3 KR 2/11 R, NJOZ 2012, 1851, Rn. 21, wonach der medizinische Nutzen des Hilfsmittels nicht nachgewiesen werden muss, wenn der Gegenstand dem Behinderungsausgleich dient). Für AAL zur Unterstützung der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen ist dieses Erfordernis nicht von Relevanz.

4. Vergleich der Erstattungsfähigkeit nach § 33 Abs. 1 SGB V und § 40 Abs. 1 SGB XI

Zusammengefasst ergeben die derzeitigen rechtlichen Rahmenbedingungen für Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 SGB V und Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 1 SGB XI folgende Anforderungen an die Erstattungsfähigkeit von AAL:

	Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 SGB V	Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 1 SGB XI
Sächlichkeit des Mittels	Nicht abschließend geklärt, ob Software erfasst ist. Tendenzen in	Nicht abschließend geklärt, ob Software erfasst ist. Tendenzen in

	Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 SGB V	Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 1 SGB XI
	der Rechtsprechung lassen vermuten, dass auch Software ein Hilfsmittel sein kann.	der Rechtsprechung lassen vermuten, dass auch Software ein Pflegehilfsmittel sein kann.
Versorgungsziele	<p>Mittel dient der medizinischen Rehabilitation in Form von:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sicherung des Erfolgs einer Krankenbehandlung - Vorbeugung einer drohenden Behinderung - Behinderungsausgleich 	<p>Mittel beeinflusst die Pflege eines Pflegebedürftigen in Form von:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erleichterung der Pflege (Körperpflege, Mobilität, Ernährung) - Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen - Ermöglichung einer selbstständigeren Lebensführung
Allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens	Nicht erfasst.	Nicht erfasst.
Erforderlichkeit des (Pflege)Hilfsmittels	Das Hilfsmittel muss objektiv notwendig und geeignet sein, das Versorgungsziel zu erreichen. Darüber hinaus muss das Hilfsmittel im konkreten Versicherungsfall wirtschaftlich und notwendig sein. Bei mehreren gleichgeeigneten Hilfsmitteln findet nur eine Erstattung in Höhe des kostengünstigeren Hilfsmittels statt.	Das Pflegehilfsmittel muss im konkreten Versicherungsfall notwendig, d. h. für die Erreichung des Versorgungsziels unentbehrlich, wirksam und wirtschaftlich sein.
Aufnahme in (Pflege)HMV	<p>Nachweis der/des</p> <ul style="list-style-type: none"> - Funktionstauglichkeit, - Sicherheit, - produktbezogener Qualitätsanforderungen, - medizinischen Nutzens bei Hilfsmitteln zur Sicherung des Erfolgs einer Krankenbehandlung (für pflegespezifische AAL nicht von Relevanz). 	<p>Nachweis der</p> <ul style="list-style-type: none"> - Funktionstauglichkeit, - Sicherheit, - produktbezogener Qualitätsanforderungen.
Überlassung an Versicherten	In der Regel Übereignung; auch leihweise Überlassung möglich.	Bevorzugt leihweise; auch Übereignung möglich.

Damit ergibt sich nach unserer Auffassung für die im Rahmen dieses Gutachtens untersuchten AAL folgende Bewertung:

Erstattungsfähige AAL	<ul style="list-style-type: none"> - Ortungssystem mit integrierten Notruf - digitale Anwendung zur Verbesserung körperlicher und kognitiver Fähigkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> - Wendebett - Ortungssystem mit integriertem Notruf - Sturzerkennungssystem
Nicht erstattungsfähige AAL	<ul style="list-style-type: none"> - Abschaltssysteme für Haushaltsgeräte (Herd) - digitaler Reminder für Nahrung/Trinken 	<ul style="list-style-type: none"> - Abschaltssysteme für Haushaltsgeräte (Herd) - digitaler Reminder für Nahrung/Trinken

5. Erstattungsfähigkeit von AAL als wohnumfeldverbessernde Maßnahme nach § 40 Abs. 4 SGB XI

Der Pflegebedürftige hat einen Anspruch auf einen finanziellen Zuschuss für eine Maßnahme zur Verbesserung seines individuellen Wohnumfeldes, sofern durch die Maßnahme im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird (§ 40 Abs. 4 Satz 1 SGB XI). Pro Maßnahme kann der Versicherte einen Zuschuss bis zu 4.000 EUR erhalten (§ 40 Abs. 4 Satz 2 SGB XI). Nicht bezuschussungsfähig sind solche Maßnahmen, die allgemein der Steigerung des Wohnkomforts dienen, die der Versicherte auch ohne Vorliegen von Pflegebedürftigkeit vorgenommen hätte (*Lungstras*, in: Udsching/Schütze, SGB XI, § 40 Rn. 31) oder die nur durch bestimmte Lebensgewohnheiten des Pflegebedürftigen erforderlich werden (*BSG*, Urteil vom 26.04.2001, B 3 P 15/00 R, BeckRS 2002, 40243: kein Anspruch auf Einbau eines elektrischen Antriebs für eine Markise auf der Terrasse, damit sich der Pflegebedürftige auch bei starker Sonneneinstrahlung dort aufhalten kann).

Es sind drei Gruppen von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen anerkannt (GKV-SV, Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI, S. 203; *BSG*, Urteil vom 25.01.2017, B 3 P 4/16 R, BeckRS 2017, 107329, Rn. 17). Die jeweiligen Anforderungen werden von AAL wie folgt erfüllt:

- **Maßnahmen, die eine Anpassung der konkreten Wohnumgebung an die Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen bezwecken und deshalb in einer anderen Wohnumgebung nicht notwendigerweise benötigt werden** (z. B. Treppenlift, Aufzüge, Einbau von Fenstern mit Griffen in rollstuhlgerechter Höhe): Nicht erfüllt, da AAL in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen unabhängig von der konkreten Wohnumgebung zum Einsatz kommen.
- **Maßnahmen, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sind und damit der Gebäudesubstanz auf Dauer hinzugefügt werden** (z. B. Türverbreiterung, fest installierte Rampen, Erstel-

lung von Wasseranschlüssen bei der Herstellung von hygienischen Einrichtungen, Austausch der Badewanne durch eine bodengleiche Dusche): Nicht erfüllt, da die Nutzung von AAL nicht mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden ist.

- **Technische Hilfen im Haushalt** (Ein- und Umbau von Mobiliar, das entsprechend den Erfordernissen der Pflegesituation individuell hergestellt oder umgestaltet wird, z. B. motorisch betriebene Absenkung von Küchenhängeschränken, Haltegriffe): AAL könnten unter diese Fallgruppe der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen subsumiert werden, zumal keine feste Verbindung des AAL mit dem Wohnumfeld erforderlich ist (*Lungstras*, in: Udsching/Schütze, SGB XI, § 40 Rn. 32). Jedoch erfordert eine wohnumfeldverbessernde Maßnahme, dass der Gegenstand bei einem Umzug regelmäßig in der Wohnung verbleibt und nicht mitgenommen wird. Hierunter fallen bspw. Veränderung der Höhen von Herd, Kühlschrank, Arbeitsplatte und Spüle, die Schaffung einer mit dem Rollstuhl unterfahrbaren Kücheneinrichtung, die Absenkung von Küchenoberflächen gegebenenfalls mit maschineller Absenkvorrichtung oder die Schaffung von herausfahrbaren Unterschränken, der Einbau einer Dusche, die Herstellung eines bodengleichen Zugangs zur Dusche, Installation von Lichtschaltern und Steckdosen, die vom Bett aus zu erreichen sind (*BSG*, Urteil vom 12.06.2008, B 3 P 6/07 R, NJOZ 2009, 2332, Rn. 17).

Vor diesem Hintergrund halten wir eine Erstattungsfähigkeit von AAL als wohnumfeldverbessernde Maßnahme nach § 40 Abs. 4 SGB XI nicht für regelhaft gegeben.

6. Erstattungsfähigkeit von AAL als nach dem SGB IX

Nach dem SGB IX erhalten Menschen mit Behinderungen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken (§ 1 Satz 1 SGB IX).

Zwar stellt die Pflegebedürftigkeit auch eine Behinderung im Sinne des SGB IX dar. Behinderungen sind körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen, die den Menschen in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können (§ 2 Abs. 1 SGB IX). Als Sozialleistungen sieht das SGB IX jedoch ausschließlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, Leistungen zur Teilhabe an Bildung und Leistungen zur sozialen Teilhabe vor (§ 5 SGB IX).

a) Erstattungsfähigkeit von AAL als Hilfsmittel nach § 47 Abs. 1 SGB IX

Nach § 47 Abs. 1 SGB IX haben Menschen mit Behinderungen einen **Anspruch auf Hilfsmittelversorgung** als Leistung der medizinischen Rehabilitation. Zuständiger Leistungsträger ist die **GKV** (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX). Der Hilfsmittelbegriff umfasst Hilfen, die von den Leistungsberechtigten getragen oder mitgeführt oder bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können und unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles erforderlich sind, um

- einer drohenden Behinderung vorzubeugen,

- den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern oder
- eine **Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen**, soweit die Hilfsmittel **nicht allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens** sind.

Zu den Grundbedürfnissen des täglichen Lebens zählen das Gehen, Stehen, Greifen, Sehen, Hören, Nahrungsaufnahme, Ausscheiden, (elementare) Körperpflegen, selbstständige Wohnen sowie Erschließen eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums (BSG, Urteil vom 26.03.2003, B 3 KR 23/02 R, BeckRS 2003, 41247). Das **allgemeine Grundbedürfnis des selbständigen Wohnens** umfasst die körperlichen und geistigen **Fähigkeiten, die notwendig sind, um ohne fremde Hilfe im häuslichen Umfeld verbleiben zu können** (BSG, Urteil vom 10.03.2011, B 3 KR 9/10 R, NZS 2011, 899, Rn. 15). Die Verwirklichung des Grundbedürfnisses nach selbständigem Wohnen setzt bestimmte elementare Rahmenbedingungen voraus, die **üblicherweise im hauswirtschaftlichen Bereich** liegen, aber nicht hierauf zu beschränken sind. Es geht darum, die elementare Lebensführung zu Hause zu ermöglichen und daher die für das Grundbedürfnis des selbständigen Wohnens unerlässlichen Grundvoraussetzungen zu gewährleisten. Die möglichst weitgehende Erfüllung dieser Rahmenbedingungen stellt sich praktisch als Annex zu dem allgemeinen Grundbedürfnis des selbständigen Wohnens dar, ist aber wegen der auf die medizinische Rehabilitation der Versicherten beschränkten Zuständigkeit der GKV auf die **unabdingbaren Grundvoraussetzungen des selbständigen Wohnens** beschränkt (BSG, Urteil vom 18.06.2014, B 3 KR 8/13 R, NZS 2014, 738, Rn. 22).

AAL erfüllen nach unserer Auffassung im Regelfall nicht die Kriterien des Hilfsmittels nach § 47 Abs. 1 SGB IX. Insbesondere dienen sie auch nicht dem Zweck der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens zum Behinderungsausgleich (vgl. Einschätzung zur Erstattungsfähigkeit von AAL nach § 33 Abs. 1 SGB V S. 13). AAL gleichen keine Behinderung aus, indem sie die ausgefallene bzw. eingeschränkte Körperfunktion durch Nutzung einer nicht beeinträchtigten Körperfunktion ermöglichen (z. B. elektronischen Produkterkennungssystem mit Sprachausgabe gleicht das eingeschränkte Sehvermögen eines Versicherten durch Nutzung des nicht beeinträchtigten Hörvermögens aus, vgl. BSG, Urteil vom 10.03.2011, B 3 KR 9/10 R, NZS 2011, 899, Rn. 14).

b) Erstattungsfähigkeit von AAL als Leistung zur Sozialen Teilhabe nach § 76 SGB IX

Nach § 76 Abs. 1 SGB IX haben Menschen mit Behinderungen einen Anspruch auf Leistungen zur Sozialen Teilhabe, um eine **gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** zu ermöglichen oder zu erleichtern (§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Hierzu gehört, Leistungsberechtigte zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum zu befähigen oder sie hierbei zu unterstützen (§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB IX). Zu den Leistungen zur Sozialen Teilhabe sind insbesondere Leistungen für Wohnraum, Assistenzleistungen, heilpädagogische Leistungen, Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie, Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, Leistungen zur Förderung der Verständigung, Leistungen zur Mobilität und Hilfsmittel (§ 76 Abs. 2 SGB IX).

AAL erfüllen die regulatorischen Anforderungen an Leistungen zur Sozialen Teilhabe nach unserer Auffassung im Grundsatz nicht:

- **Leistungen für Wohnraum** erfassen Leistungen für die Beschaffung, den Umbau, die Ausstattung und die Erhaltung von Wohnraum, der den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen entspricht (§ 77 Abs. 1 Satz 2 SGB IX).
- **Assistenzleistungen** dienen dem Ziel der selbstbestimmten Alltagsbewältigung und Tagesstrukturierung (§ 78 Abs. 1 Satz 1 SGB IX; *Jabben*, in: BeckOK Sozialrecht, 54. Ed. 2019, SGB IX § 76, Rn. 8). Sie umfassen insbesondere Leistungen für die allgemeinen Erledigungen des Alltags wie die Haushaltsführung, die Gestaltung sozialer Beziehungen, die persönliche Lebensplanung, die Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, die Freizeitgestaltung einschließlich sportlicher Aktivitäten sowie die Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlich verordneten Leistungen (§ 78 SGB IX). Assistenzleistungen sollen insbesondere die Selbstbestimmung, Selbstverantwortlichkeit, Selbständigkeit und soziale Verantwortung des Menschen mit Behinderungen stärken (BT-Drs. 18/9522, S. 262). Entsprechende qualifizierte Assistenzleistungen können beispielsweise die Beratung und Anleitung zur Lebensgestaltung und Planung bei der Herstellung und Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen sowie der Gestaltung der Partnerschaft sein (BT-Drs. 18/9522, S. 262). Die Einstufung als Assistenzleistung setzt daher den **Einsatz einer qualifizierten Assistenzkraft** voraus, die beratend und/oder unterstützend tätig wird (BT-Drs. 18/9522, S. 262). Dies ist bei AAL gerade nicht der Fall, da diese den Einsatz von Pflegepersonen reduzieren, indem sie Pflegepersonen durch digitale Technologien zu ersetzen vermögen.
- **Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten** sind insbesondere darauf gerichtet, die Leistungsberechtigten in Fördergruppen und Schulungen oder ähnlichen Maßnahmen zur Vornahme lebenspraktischer Handlungen einschließlich hauswirtschaftlicher Tätigkeiten zu befähigen, sie auf die Teilhabe am Arbeitsleben vorzubereiten, ihre Sprache und Kommunikation zu verbessern und sie zu befähigen, sich ohne fremde Hilfe sicher im Verkehr zu bewegen (§ 81 Satz 1 und 2 SGB IX).
- **Leistungen zur Mobilität** umfassen Leistungen zur Beförderung, insbesondere durch einen Beförderungsdienst und Leistungen für ein Kraftfahrzeug (§ 81 Satz 1 und 2 SGB IX).
- **Hilfsmittel** sind solche Mittel, die erforderlich sind, um eine durch die Behinderung bestehende Einschränkung einer gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft auszugleichen. Hierzu gehören insbesondere barrierefreie Computer (§ 84 Abs. 1 SGB IX).

c) Zwischenergebnis

Nach unserer Bewertung sind AAL im Regelfall nicht unter die vom SGB IX vorgesehen Leistungen subsumierbar.

7. Erstattungsfähigkeit von AAL nach dem SGB XII

Die Sozialhilfe nach SGB XII gewährt Leistungen, die den Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens ermöglichen sollen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Leistungen sollen sie so weit wie möglich befähigen, unabhängig von der Sozialhilfe zu leben (§ 1 Satz 1 und 2 SGB XII). Die Leistungen der Sozialhilfe umfassen neben der Hilfe zur Pflege (§ 8 Nr. 5 SGB XII) auch Hilfe in anderen Lebenslagen (§ 8 Nr. 7 SGB XII), zu denen die Altenhilfe gehört.

a) Erstattungsfähigkeit von AAL als Pflegehilfsmittel nach § 64d SGB XII

Pflegebedürftige Personen (§ 61a SGB XII) haben Anspruch auf Hilfe zur Pflege, soweit ihnen und ihren nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartnern nicht zuzumuten ist, dass sie die für die Hilfe zur Pflege benötigten Mittel aus dem Einkommen und Vermögen nach dem SGB XI aufbringen (§ 61 Satz 1 SGB XII). Der Pflegehilfsmittelbegriff ist identisch zu dem des § 40 Abs. 1 SGB IX (§ 64d Abs. 1 SGB XII), sodass hinsichtlich der Erstattungsfähigkeit unsere obigen Ausführungen hierzu gelten (Teil 3, A. I. 2.). Die Sozialhilfe ist jedoch nur leistungs verpflichtet, sofern kein anderer Sozialleistungsträger zur Erstattung des Pflegehilfsmittels verpflichtet ist. Das ist nur bei solchen Pflegebedürftigen der Fall, die nicht bei einer SPV versichert sind.

b) Erstattungsfähigkeit von AAL als Altenhilfe nach § 71 SGB XII

Alten Menschen soll Altenhilfe gewährt werden (§ 71 Abs. 1 Satz 1 SGB XII), die dazu beitragen soll, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken (§ 71 Abs. 1 Satz 2 SGB XII).

§ 71 SGB XII bildet die Anspruchsgrundlage für Leistungen speziell für alte Menschen und ihre besonderen Bedarfe (*Kaiser*, in: BeckOK Sozialrecht, 54. Ed. 2019, SGB XII § 71, Rn. 1). Der Begriff des alten Menschen wird vom Gesetz nicht definiert. Unter Heranziehung der Regelung zur Regelaltersrente wird das jedenfalls bei Vollendung des 67. Lebensjahrs anzunehmen sein (§ 35 Satz 2 SGB VI), kann aufgrund der Maßgeblichkeit des Kriteriums, ob die Person durch altersbedingte körperliche und geistige Beschwerden Schwierigkeiten bei der Anpassung im gesellschaftlichen Leben hat, wohl schon vorher eintreten (*Kaiser*, in: BeckOK Sozialrecht, 54. Ed. 2019, SGB XII § 71, Rn. 2 mit dem Hinweis, dass § 71 Abs. 3 SGB XII eine weite Auslegung des Begriffs Alter verdeutlicht). Erforderlich ist aber, dass ein **altersbedingter Sonderbedarf** im Einzelfall vorliegt (§ 9 Abs. 1 SGB XII; BSG, Urteil vom 24.02.2016, B 8 SO 11/14 R, BeckRS 2016, 70743, Rn. 13).

Als Leistungen der Altenhilfe kommen u. a. Beratung und Unterstützung im Vor- und Umfeld von Pflege, insbesondere in allen Fragen des Angebots an Wohnformen bei Unterstützungs-, Betreuungs- oder Pflegebedarf sowie an Diensten, die Betreuung oder Pflege leisten, Beratung und Unterstützung in allen Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste und Leistungen, die alten Menschen die Verbindung mit nahestehenden Personen ermöglichen in Betracht (§ 71 Abs. 2 SGB XII).

Wir sind der Auffassung, dass bestimmte AAL die Anforderungen an die Altenpflege nach § 71 SGB XII erfüllen. Dies lässt sich damit begründen, dass die Altenpflege darauf abzielt, altersbedingte Schwierigkeiten zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu geben, ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken. Unter Leistungen, die der Erhaltung von Kontakt zu nahestehenden Personen dienen, können bspw. Vernetzungs- und Kommunikationssysteme subsumiert werden. Auch Hausnotrufsysteme könnten als Leistung der Altenpflege erstattungsfähig sein (*Kaiser*, in: BeckOK Sozialrecht, 54. Ed. 2019, SGB XII § 71, Rn. 10). Jedoch sind **AAL** nach unserer Auffassung **nach der Intention des Gesetzgebers keine klassischen Leistungen der Altenhilfe** sind (vgl. auch *Thyrolf*, Ambient Assisted Living – Möglichkeiten, Grenzen und Voraussetzungen einer gerechten Verteilung altersgerechter Assistenzsysteme, S. 32 mit der Anmerkung, dass Leistungen der Altenhilfe eher darauf abzielen, finanzielle Schwierigkeiten und nicht gesundheitsbedingte Funktionseinschränkungen auszugleichen) . Ein Großteil der AAL erfüllt daher wohl gegenwärtig die gesetzlichen

Anforderungen an Altenhilfe nicht. Insofern ist zu erwarten, dass die Kostenübernahmebereitschaft der Sozialhilfeträger nicht oder nur in geringem Umfang vorhanden ist.

II. Satzungsleistungen, § 11 Abs. 6 SGB V und Besondere Versorgung, § 140a SGB V

Gemäß § 11 Abs. 6 SGB V können die Krankenkassen in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität im Bereich der **medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (§§ 23, 40)**, (...) mit **Hilfsmitteln (§ 33)**, im Bereich der **häuslichen Krankenpflege (§ 37)** und der **Haushaltshilfe (§ 38)** sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen. Insofern bestehen vereinzelt Kooperationen von AAL-Herstellern mit Krankenkassen, wie z. B. im Bereich einer digitalen Anwendung zur Senkung des Sturzrisikos von Senioren. Gleichmaßen sind Kooperationen im Rahmen der Besonderen Versorgung gem. § 140a SGB V (sog. Selektivverträge) denkbar. Der Fokus der Betrachtung in diesem Gutachten liegt auf den Erstattungsmöglichkeiten von AAL in der Regelversorgung.

III. Prävention in Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI

Nach § 5 Abs. 1 SGB XI sollen die Pflegekassen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 SGB XI für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen, indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. Auch in diesem Rahmen ist die Förderung von AAL denkbar. Der Fokus dieses Gutachtens liegt jedoch in der Betrachtung der Leistungen in der Regelversorgung in der eigenen Häuslichkeit.

IV. Erstattung von AAL außerhalb des sozialen Leistungsrechts

Die Erstattungsfähigkeit von AAL durch private Leistungsträger wie private Kranken- und Pflegeversicherungen ähnelt dem bereits dargestellten sozialen Leistungsrecht. Daher folgt nachstehend nur eine kursorische Darstellung der Erstattung von AAL nach dem derzeit geltenden Leistungsrecht für Privatversicherungsträger.

1. Erstattung von AAL als Hilfsmittel durch die private Krankenversicherung

Nach den zugrundeliegenden Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK) sind Hilfsmittel von der Leistungspflicht der privaten Krankenversicherung (PKV) erfasst (§ 5 Abs. 2 MB/KK). Auch der Hilfsmittelbegriff der PKV knüpft an den **Krankheitsbegriff** an, sodass solche **Hilfsmittel** erfasst sind, **die der medizinischen Rehabilitation** dienen. Die näheren Anforderungen sowie die Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften (§ 1 Abs. 3 MB/KK). Die Tarifbedingungen verweisen hinsichtlich der Erstattungsfähigkeit von Hilfsmitteln auf die im HMV der GKV enthaltenen Hilfsmittel (exemplarisch Teil A Nr. 9 Abs. 1 Satz 1 Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Basistarif (AVB/BT)). Hilfsmittel, die nach Rechtsverordnung nach § 34 Abs. 4 SGB V von der Erstattung ausgeschlossen sind, sind auch durch die PKV nicht erstattungsfähig (Kap. A Nr. 9 Abs. 5 Satz 1 AVB/BT). Bei

Hilfsmitteln, die nicht im HMV gelistet sind, ist eine Erstattung durch die PKV dadurch bedingt, dass – im Gleichklang zu den Anforderungen an ein Hilfsmittel in der GKV – die Versorgung mit dem Hilfsmittel medizinisch notwendig ist,

- um den Erfolg einer Krankheitsbehandlung zu sichern,
- einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder
- eine Behinderung auszugleichen (Teil A Nr. 9 Abs. 1 Satz 6 AVB/BT).

Das bedeutet, dass **die nach dem Recht der GKV erstattungsfähigen Hilfsmittel auch von der PKV erstattet werden.**

Auch Kosten für Reparatur, für Unterweisung im Gebrauch sowie für Gebrauch und Pflege sind erstattungsfähig (Teil A Nr. 9 Abs. 1 Satz 1 AVB/BT). Kosten für Wartung und Kontrolle sind nur erstattungsfähig, wenn sie zum Schutz des Versicherten vor unvermeidbaren Gesundheitsrisiken erforderlich oder nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendig sind (Teil A Nr. 9 Abs. 1 Satz 2 AVB/BT).

Die PKV übernimmt die Kosten für ein Hilfsmittel bis zur Höhe eines der drei preisgünstigsten Hilfsmittel, die für die Versorgung eines Versicherten der GKV zur Verfügung stehen, oder, im Falle bestehender Festbeträge, bis zu dem jeweiligen Betrag (Teil A Nr. 9 Abs. 6 Satz 1 AVB/BT). Der Versicherte hat eine Zuzahlung von 8 Euro je Hilfsmittel zu leisten (Teil A Nr. 9 Abs. 6 Satz 3 AVB/BT).

Hilfsmittel werden üblicherweise leihweise überlassen (Teil A Nr. 9 Abs. 1 Satz 6 AVB/BT).

Erstattungsfähig sind aufgrund der Verweise auf das HMV der GKV die folgenden AAL:

- **Wendebett** (Dekubitusbehandlung und -prophylaxe),
- **digitale Anwendung zur Verbesserung körperlicher und kognitiver Fähigkeiten** (Behandlung krankheitsbedingter Beweglichkeitseinschränkungen).

Das **Sturzerkennungssystem** liegt hinsichtlich der Erfüllung der Versorgungsziele in einem Graubereich.

Der **digitale Reminder für Nahrung/Trinken** sowie **Abschaltsysteme für Haushaltsgeräte (Herd)** sind als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens nicht erstattungsfähig.

2. Erstattung von AAL als Pflegehilfsmittel durch die private Pflegeversicherung

Versicherte der PKV sind verpflichtet, bei dem gleichen Unternehmen eine private Pflegeversicherung (PPV) abzuschließen (§ 23 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Die PPV hält ebenfalls eine PflegeHMV vor. Die Erstattungspflicht für Hilfsmittel der PPV ergibt sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Private Pflegeversicherung (MB/PPV). Danach haben Versicherte Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung, wenn und soweit die Pflegehilfsmittel zur

- Erleichterung der Pflege oder
- Linderung der Beschwerden der versicherten Person beitragen oder
- ihr eine selbständigere Lebensführung ermöglichen

und die Versorgung notwendig ist (§ 4 Abs. 7 MB/PPV).

Nach dem **Grundsatz der Gleichwertigkeit** (§ 23 Abs. 1 Satz 2 SGB XI) haben Versicherte der PPV einen Anspruch auf Pflegehilfsmittel, die den Pflegehilfsmitteln der SPV gleichwertig sind (§ 23 Abs. 1 Satz 2 SGB XI; BSG, Urteil vom 10.11.2005, B 3 P 10/04 R, BeckRS 2006, 40196, Rn. 15). **Das bedeutet, dass die PPV verpflichtet ist, solche Pflegehilfsmittel zu erstatten, die von der SPV erstattet werden** (vgl. auch BSG, Urteil vom 06.09.2007, B 3 P 3/06 R, BeckRS 2008, 50243, Rn. 15f.; LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 23.05.2012, L 10 P 1/11, BeckRS 2012, 71836), auch wenn sich der Sachleistungsanspruch der SPV in einen Kostenerstattungsanspruch gegen die PPV umwandelt (§ 40 Abs. 1 Satz 3 SGB XI).

Die PPV übernimmt nur die Kosten für die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch (§ 4 Teil A Abs. 7 Satz 4 MB/PPV).

Die Zuzahlung beträgt 10 % des Abgabepreises, höchstens jedoch 10 Euro (§ 4 Teil A Abs. 7 Satz 3 MB/PPV i.V.m. § 33 Abs. 7 SGB V).

Aufgrund der Gleichwertigkeit der Leistungen der SPV und PPV sind wir der Auffassung, dass die PPV auf Grundlage der derzeitigen rechtlichen Rahmenbedingungen ebenfalls zur Erstattung der folgenden AAL verpflichtet ist:

- **Wendebett,**
- **Ortungssystem,**
- **Sturzerkennungssystem.**

Die Erstattung der **digitalen Anwendung zur Verbesserung körperlicher und kognitiver Fähigkeiten** liegt im auch außerhalb des sozialen Leistungsrechts im Bereich der Krankenversicherung.

Als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens nach derzeitig geltendem Recht **nicht erstattungsfähig** sind

- **Abschaltsysteme für Haushaltsgeräte (Herd),**
- **digitaler Reminder für Nahrung/Trinken.**

V. Regelungsbedarf für die Kostenerstattung von AAL

Nach unserer Auffassung können AAL sowohl Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 SGB V sowie Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 1 SGB XI sein. Weder die gesetzlichen Vorgaben, Hilfs- und Pflegehilfsmittelverzeichnis noch die durch die Rechtsprechung getroffenen Entscheidungen schließen das nach unserer Auffassung aus. Allerdings bedarf diese Auffassung einer weiten Auslegung des gegenwärtig geltenden Rechtsrahmens. Das führt dazu, dass sich ein Versicherter nicht sicher sein kann, dass seine Kranken- oder Pflegekasse eine ebenso weite Auffassung vertritt

und die Kosten für ein AAL tatsächlich übernimmt. **Insbesondere besteht die Gefahr, dass die Erstattung zahlreicher sinnvoller AAL mit pflegerischem Nutzen, wie bspw. ein Abschaltssystem für Haushaltsgeräte, von Kranken- und Pflegekassen mit der Begründung, dass es sich um allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens handelt, abgelehnt wird.**

Die **Kranken- und Pflegekassen scheinen derzeit sehr zurückhaltend im Hinblick auf die Kostenübernahme für AAL zu sein** (Thyrolf, Ambient Assisted Living – Möglichkeiten, Grenzen und Voraussetzungen einer gerechten Verteilung altersgerechter Assistenzsysteme, S. 24 mwN). Jedenfalls steht auch zukünftig zu erwarten, dass ein Versicherter einer Ablehnung seines Kostenerstattungsantrags durch seine Kranken- oder Pflegeversicherung begegnen kann (so auch Thyrolf, Ambient Assisted Living – Möglichkeiten, Grenzen und Voraussetzungen einer gerechten Verteilung altersgerechter Assistenzsysteme, S. 26, wonach gemäß einer Studie die Kranken- und Pflegekassen aktuell sehr zurückhaltend mit Finanzierungszusagen für AAL sind, mwN) und daher seinen Anspruch in **langwierigen, instanzenübergreifenden gerichtlichen Verfahren** geltend machen müsste; ein Umstand, der vor allem aufgrund der Pflegebedürftigkeit der Versicherten und dem damit einhergehenden hohen Schutzbedürfnis nicht zumutbar erscheint. Zudem kann auch in diesen Fällen aufgrund des geltenden Rechts nicht mit Sicherheit gesagt werden, dass das angerufene Gericht auch im Sinne des Versicherten entscheidet. Ferner ist dieser Ansatz aufgrund der Vielzahl der bereits zur Verfügung stehenden AAL – deren Anzahl sich in den nächsten Jahren noch erhöhen wird – nicht zielführend, da unzählige Verfahren drohen und die deutsche Sozialgerichtsbarkeit belasten würden.

Die gegenwärtigen gesetzlichen Regelungen ermöglichen im Hinblick auf die Kostenerstattung im Rahmen einer abschließenden Bewertung **keine suffiziente Versorgung der Versicherten mit AAL**. Das Potenzial des Einsatzes von AAL im Bereich der Pflege wird dadurch nur in unzulänglicher Weise genutzt. Wir sehen daher das **dringende Bedürfnis**, die bestehenden **gesetzlichen Rahmenbedingungen** für **pflegeunterstützende AAL** durch klare gesetzliche Formulierungen, aus denen sich ein Erstattungsanspruch auf pflegeunterstützende AAL eindeutig ergibt, **anzupassen**.

Dabei können in die **Erstattungsfähigkeit auch als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens** zu bewertende AAL wie bspw. Abschaltssysteme für Haushaltsgeräte oder digitale Reminder für Nahrung und Trinken einbezogen werden. Gerade diesen AAL ist das Leistungsvermögen immanent, den Pflegebedürftigen zu ermöglichen, so lange wie möglich in ihrer eigenen Häuslichkeit zu verbleiben und ihren Alltag derart zu gestalten, dass dieser dem eines Gesunden im Hinblick auf die Selbständigkeit der Lebensführung angenähert wird und zudem die mit der Pflegebedürftigkeit verbundenen Gesundheitsrisiken zu minimieren. Auf der anderen Seite ist durch entsprechende gesetzliche Regelungen sicherzustellen, dass das **Pflegeversicherungssystem nicht mit SmartHome- und Lifestyle-Produkten unverhältnismäßig belastet** wird. Die Grenzziehung zwischen erstattungsfähigen AAL und solchen, denen der pflegerische Nutzen fehlt, ist Teil der Gesetzesanpassungen, die auch unter Berücksichtigung der **Grundsätze der Subsidiarität und Eigenverantwortung** erfolgen sollte (vgl. z. B. §§ 1, 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V).

B. Handlungsempfehlungen zur Schaffung rechtlicher Rahmenbedingungen für die Erstattung von AAL (de lege ferenda)

I. Zuständiger Leistungsträger für die Erstattung von AAL

Die **Leistungspflicht** für pflegeunterstützende AAL ist bei der **Pflegeversicherung** (PV) anzusiedeln, da AAL primär den Verbleib der Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit fördern. Anhand der zu beachtenden Abgrenzungen für die Zuständigkeit der Kranken- (medizinische Rehabilitation) und Sozialversicherung (Pflege) ergibt sich daher, dass für AAL, denen eine pflegeunterstützende Wirkung zukommt, allein die Kostenerstattung durch die Pflegeversicherung in Betracht kommt. Eine Leistungspflicht der GKV wäre systemfremd. Für die Versorgung der Pflegebedürftigen mit AAL ist nicht das Vorliegen von Krankheiten und Behinderungen ausschlaggebend, sondern die Pflegebedürftigkeit.

Im Falle von **Doppelfunktionalitäten eines AAL** ist die Zuständigkeit des Sozialleistungsträgers wie bisher anhand der **schwerpunktmäßigen Zweckbestimmung** des AAL zu ermitteln. Während im Falle eines pflegerischen Schwerpunkts die Pflegeversicherung zuständig ist, ist in Übereinstimmung mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung bei AAL, die hauptsächlich der medizinischen Rehabilitation dienen, trotz der zusätzlichen pflegeerleichternden Effekte die Zuständigkeit der Krankenversicherung (KV) gegeben (*BSG*, Urteil vom 15.11.2007, B 3 A 1/07 R, BeckRS 2008, 51128, Rn. 21).

Wir sind der Auffassung, dass AAL (auch zukünftig) als **Pflegehilfsmittel i.S.d. § 40 Abs. 1 SGB XI** einzustufen sind und über diese Norm in Verbindung mit den nachfolgend dargestellten Anpassungen erstattungsfähig sein sollten. Es ist aus unserer Sicht nicht die Schaffung einer neuen Leistungskategorie erforderlich (§ 28 SGB XI). AAL sind sollten als ein Spezialfall der Pflegehilfsmittel, die sich von „klassischen“ Pflegehilfsmitteln dadurch unterscheiden, dass sie ausschließlich technikbasiert funktionieren, eingeordnet werden. Im Übrigen erfüllen AAL die gleichen Versorgungsziele des § 40 Abs. 1 SGB XI, nämlich die Erleichterung der Pflege, die Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen oder die **Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung** – wobei insbesondere auf dem letzten Kriterium ein Schwerpunkt der Anwendung von AAL in der Praxis liegen dürfte.

Als Unterfall des Pflegehilfsmittels empfiehlt sich eine **Ergänzung des § 40 SGB XI** um eine Regelung zur Erstattung von AAL. Das hat zur Folge, dass die auf die „klassischen“ Pflegehilfsmittel anwendbaren Vorschriften (z. B. § 78 SGB XI, §§ 126ff. SGB V) grundsätzlich auch für AAL gelten sollen. Über § 78 Abs. 1 SGB XI könnten AAL dann nur über solche Leistungserbringer an die Verbraucher abgegeben werden bzgl. derer Versorgungsverträge mit dem GKV-SV bestehen. Ferner bestünde nach § 78 Abs. 2 SGB XI bei Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen ein Anspruch des Herstellers eines AAL ein Anspruch auf Aufnahme in das PflegeHVM, wengleich die Listung im PflegeHVM keine Voraussetzung für die Erstattungsfähigkeit eines AAL im Einzelfall wäre.

II. Erforderliche Neuregelungen

Die Kostenübernahme für AAL durch die PV bedarf der Schaffung eines **Erstattungsanspruchs für AAL** im Rahmen des derzeit bestehenden Pflegehilfsmittelanspruchs nach § 40 SGB XI, der neben einer **gesetzlichen Definition von AAL (1.)** zwingend auch den **Nachweis eines pflegerischen Nutzens** des AAL (2.) erfordert. Abschließend erfolgt ein **Gesetzesvorschlag (3.)**.

1. Definition von AAL

a) Bereits existierende Definitionen von AAL

Im Bereich der KV und der PV gibt es **noch keine Begriffsdefinition von pflegeunterstützenden AAL**. Um ein einheitliches Begriffsverständnis von AAL sicherzustellen und einen möglichst weiten AAL-Begriff zu schaffen, ist eine **Definition von AAL durch den Gesetzgeber** vorzunehmen.

Mitunter findet man die folgenden Beschreibungen von AAL (GKV-SV, Digitalisierung und Pflegebedürftigkeit – Nutzen und Potenziale von Assistenztechnologien, S. 20 mit dem Hinweis, dass „eine breite Begriffsvielfalt für die zur Anwendung kommenden Technologien“ vorliegt):

- BMG, Unterstützung Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme, Abschlussbericht zur Studie, S. 9:

„Technische Assistenzsysteme sind technische Hilfsmittel, insbesondere auf Basis von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT), zur Unterstützung Pflegebedürftiger (einschließlich "Pflegestufe 0") im häuslichen Umfeld. Basistechnologien der IKT sind Elektronik und Mikrosystemtechnik, Softwaretechnik und Daten- bzw. Wissensverarbeitung sowie Kommunikationstechnologien und Netze.“

- GKV-SV, Digitalisierung und Pflegebedürftigkeit – Nutzen und Potenziale von Assistenztechnologien, S. 26:

„1. Assistenztechnologien sind technische Hilfsmittel, die pflegebedürftige Personen im häuslichen und stationären Bereich im Kontext gesundheitsfördernder, präventiver, kurativer, rehabilitativer und palliativer Versorgung unterstützen. Assistenztechnologien zielen darauf ab, pflegebedürftige Personen physisch, psychisch und gesundheitlich zu unterstützen und so direkt oder indirekt ihre Selbstständigkeit, Teilhabe, Sicherheit und ihre Lebensqualität zu verbessern.

2. Ihre Unterstützung wirkt in mindestens einem der Lebensbereiche entsprechend dem aktuellen Begutachtungsinstrument: Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte, außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung.

3. Assistenztechnologien sind kompensatorisch oder präventiv-erhaltend ausgerichtet. Sie sind nutzerorientiert und damit individualisierbar auf pflegebedürftige Personen sowie situativ adaptiv und interaktiv.

4. Die Wirkungsweise von Assistenztechnologien ist abhängig vom Anwendungsbereich und -umfeld.

5. Zu den an der Pflege beteiligten Akteuren gehören im Besonderen (pflegende) Angehörige und professionell Pflegende.

6. Assistenztechnologien bestehen aus technischen Komponenten, wie Informations- und Kommunikationstechnologien, Sensorik und Aktorik, und schließen sowohl körpernahe (Health-App, Monitoring etc.), körperferne (Telecare, Robotik, AAL etc.) sowie tragbare (VR-/AR-Technologie, Exoskelett etc.) und implantierbare (Neurostimulation etc.) Assistenztechnologien ein.“

Begrifflich sind **erstattungsfähige AAL von nicht erstattungsfähigen SmartHome-Technologien** abzugrenzen. Es gibt Assistenzsysteme, die pflegespezifisch sind und daher nur von Pflegebedürftigen verwendet werden, z. B. ein Ortungssystem mit integriertem Notruf. Die Einordnung dieser pflegespezifischen AAL als Pflegehilfsmittel wird in der Regel unproblematisch sein. Wir sind der Ansicht, dass eine suffiziente Nutzung der Potentiale von AAL für die Pflege darüber hinaus nur dadurch erreicht werden kann, dass auch allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens wie bspw. ein automatisches Herdabschaltungssystem, die auch von gesunden Verbrauchern genutzt werden, im Einzelfall erstattungsfähig sind, weil für den Pflegebedürftigen in concreto ein pflegerischer Nutzen besteht. Zwischen erstattungsfähigen AAL und nicht erstattungsfähigen SmartHome-Technologien ist nach unserer Auffassung eine Abgrenzung anhand der eingesetzten Technologien nicht möglich. Vielmehr ist eine **Abgrenzung über einen bestehenden pflegerischen Nutzen für den Pflegebedürftigen** im Einzelfall vorzunehmen. So kann ein Assistenzsystem für einen Gesunden nur als Komfortelement fungieren, während es bei einem pflegebedürftigen Verbraucher aufgrund seiner konkreten Pflegebedürftigkeit einen **pflegerischen Nutzen** hat.

Andere Abgrenzungskriterien als der pflegerische Nutzen sind vor dem Hintergrund der angestrebten weiten Auslegung erstattungsfähiger AAL nicht geeignet.

b) Versorgungsziele erstattungsfähiger AAL

Zur Definition des AAL-Begriffs ist die gesetzliche Festlegung erforderlich, welches **Spektrum an AAL** zukünftig erstattungsfähig sein soll. Dieses Spektrum wird Bestandteil der AAL-Definition. Derzeit sind nur solche Pflegehilfsmittel erstattungsfähig, die der Erleichterung der Pflege, der Linderung der Beschwerden und der Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung dienen. Viele derzeit auf dem Markt befindlichen AAL lassen sich nicht ohne Weiteres diesen Versorgungszielen zuordnen, insbesondere AAL zur aktivierenden Pflege und zur Haushaltsunterstützung wie bspw. Abschaltssysteme für Haushaltsgeräte (vgl. auch BMG, Unterstützung Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme, Abschlussbericht zur Studie, S. 35).

Im Sinne einer möglichst umfangreichen Erstattung von AAL ist eine **weite Begriffsdefinition** von AAL zu fordern. Insbesondere auch allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind zu inkludieren, sofern ihnen ein pflegerischer Nutzen zukommt. Wir befürworten, eine **Kongruenz zwischen den erstattungsfähigen AAL und dem seit 2017 geltenden neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und den für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit anerkannten Lebensbereichen** (neues Begutachtungsinstrument (NBA)) (BT-Drs. 18/5926) herzustellen. In Anlehnung an den Begriff der Pflegebedürftigkeit sowie den Grad der Pflegebedürftigkeit, der das Maß der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten bewertet (§§ 14 Abs. 1, 15 Abs. 1 SGB XI; vgl. BT-Drs 18/5926, S. 110), sollte ein AAL nach unserer Auffassung daher auf die **Verbesserung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den folgenden Lebensbereichen** abzielen (§ 14 Abs. 2 und 3 SGB XI; so auch GKV-SV, Digitalisierung und Pflegebedürftigkeit – Nutzen und Potenziale von Assistenztechnologien, S. 26):

- **Mobilität,**
- **kognitive und kommunikative Fähigkeiten,**
- **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,**
- **Selbstversorgung,**
- **Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen,**
- **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte sowie**
- **Haushaltsführung.**

c) **Abgrenzung erstattungsfähiger AAL von Systemen zur allgemeinen Lebensunterstützung**

Unseres Erachtens sollten – im Unterschied zu den Hilfsmitteln nach § 33 Abs. 1 SGB V und den Pflegehilfsmitteln nach § 40 Abs. 1 SGB XI – auch AAL im Einzelfall erstattungsfähig sein, die auch von gesunden Versicherten als SmartHome-Technologien oder Lifestyle-Produkte genutzt werden können, da ein solches für einen Pflegebedürftigen einen enormen pflegerischen Nutzen haben kann. Alleiniges Abgrenzungskriterium für die Erstattungsfähigkeit darf unseres Erachtens daher nicht sein, ob das AAL auch für die Nutzung durch gesunde, nicht pflegebedürftige Verbraucher konzipiert ist oder ob es sich um AAL handelt, das allein für die Anwendung durch Pflegebedürftige vorgesehen ist. Eine solche Abgrenzung hätte zur Folge, dass eine Vielzahl der AAL, die zwar nicht pflegespezifisch sind (z. B. Abschaltsystem für Haushaltsgeräte, System zur Lichtabschaltung) und daher auch von gesunden Verbrauchern in ihrem Alltag genutzt werden, nicht erstattet werden, obwohl das AAL im Einzelfall einen enormen pflegerischen Nutzen für den Pflegebedürftigen haben kann. Ein AAL kann je nach Anwendung durch einen Gesunden oder Pflegebedürftigen einen unterschiedlichen Nutzen haben und aus unterschiedlichen Motiven heraus verwendet werden: Ein digitaler Reminder zur Flüssigkeitszufuhr kann sowohl durch Gesunde als auch Pflegebedürftige genutzt werden, damit sie regelmäßig trinken und die Flüssigkeitszufuhr steigern. Bei Pflegebedürftigen, die erfahrungsgemäß ein reduziertes Durstgefühl und daher ein erhöhtes Dehydrationsrisiko haben, hat das aber den weiteren Vorteil, dass keine ganztägige Betreuung bzw. regelmäßige Kontrolle des Pflegebedürftigen durch eine Pflegeperson stattfinden muss bzw. dass der Pflegebedürftige länger in seiner eigenen Häuslichkeit verbleiben kann, da durch die Nutzung des AAL eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr sichergestellt ist. Nur die Inklusion solcher AAL, die auch durch gesunde Versicherte genutzt werden, ermöglicht die vollumfängliche Ausschöpfung der Potenziale von AAL für die pflegerische Versorgung.

Zweifelsohne ist gleichzeitig zu verhindern, dass die PV Kosten für AAL übernehmen soll, die nicht der **Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit** dienen, sondern lediglich in Form von SmartHome-Technologien oder Lifestyle-Produkten rein aus Komfortgründen eingesetzt werden (BMG, Unterstützung Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme, Abschlussbericht zur Studie, S. 38). **Insofern sind erstattungsfähige AAL zur Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit von nicht erstattungsfähigen AAL zur allgemeinen Lebensunterstützung abzugrenzen.**

Ausschlaggebendes Abgrenzungskriterium sollte nach unserer Ansicht daher sein, dass das AAL einen **Nutzen für den Pflegebedürftigen** im Hinblick auf die für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit maßgeblichen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit in den genannten Lebensbereichen hat (zu den Nachweisanforderungen an den pflegerischen Nutzen vgl. Ausführungen auf S. 58). Erstattungsfähig ist daher ein AAL auch dann, wenn es zwar für einen gesunden Versicherten ein allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens ist, bspw. in Form einer SmartHome-Technologie, im Hinblick auf einen Pflegebedürftigen jedoch eine **pflegeunterstützende Wirkung** für die genannten Lebensbereiche hat.

2. Nachweis eines pflegerischen Nutzens des AAL

a) Erforderlichkeit des Nachweises eines pflegerischen Nutzens

Bisher gibt es kaum Belege für den pflegerischen Nutzen von AAL; Wirksamkeitsbeschreibungen im Hinblick auf die Situation pflegebedürftiger Versicherter sind noch ausstehend (BMG, Unterstützung Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme, Abschlussbericht zur Studie, S. 40; GKV-SV, Digitalisierung und Pflegebedürftigkeit – Nutzen und Potenziale von Assistenztechnologien, S. 16, 18). Auch außerhalb der PV existiert bislang kein anerkanntes Nutzenmodell zur Anwendung von AAL für pflegebedürftige Versicherte (GKV-SV, Digitalisierung und Pflegebedürftigkeit – Nutzen und Potenziale von Assistenztechnologien, S. 31 mit einem Überblick zu bisherigen Modellansätzen).

Wie bereits erörtert, ist sicherzustellen, dass das Pflegeversicherungssystem nicht mit SmartHome-, Lifestyle-Produkten und sonstigen Systemen zur allgemeinen Lebensunterstützung unverhältnismäßig belastet wird. Die Grenzziehung zwischen erstattungsfähigen AAL und solchen, denen der pflegerische Nutzen fehlt, ist Teil der Gesetzesanpassungen. Auch der GKV-SV macht die Versorgung mit AAL davon abhängig, dass sie *„darauf ausgerichtet sind, einen Mehrwert für pflegebedürftige Menschen, pflegende Angehörige und professionell Pflegenden zu erzeugen“* (GKV-SV, Digitalisierung und Pflegebedürftigkeit – Nutzen und Potenziale von Assistenztechnologien, S. 15f.).

Das Gesetz sollte die Erstattungsfähigkeit von AAL durch den **Nachweis eines pflegerischen Nutzens** wie folgt bedingen.

b) Zielgruppen für die Beurteilung des pflegerischen Nutzens

Es ist festzulegen, in Bezug auf welche Zielgruppen ein pflegerischer Nutzen zulässigerweise zu beurteilen ist.

- Zum einen kann der pflegerische Nutzen des AAL im Hinblick auf den **Pflegebedürftigen** bestehen. Der Pflegebedürftige steht im Zentrum der Leistungen der SPV (§ 2 Abs. 1 SGB XI). Folglich kommt es primär auf

den pflegerischen Nutzen des AAL für den Pflegebedürftigen an. Das AAL ermöglicht einem Pflegebedürftigen, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen und die Abhängigkeiten von der Hilfe Dritter (z. B. Angehörige, Pflegekräfte) zu reduzieren. Dadurch ist es dem Pflegebedürftigen möglich, möglichst lange in seiner eigenen Häuslichkeit zu verbleiben und **Alltagsgeschäfte des täglichen Lebens eigenständig und selbständig zu verrichten**. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund des Grundsatzes des **Vorrangs der häuslichen Pflege** (§ 3 SGB XI) ein maßgeblicher Aspekt.

- Zum anderen kann auch eine **Pflegeperson** (§ 19 SGB XI: pflegende Angehörige) und/oder eine **Pflegekraft** vom AAL profitieren, welche bei der Pflege des Pflegebedürftigen unterstützt. Pflegeperson sind nach dem SGB XI pflegende Angehörige (§ 19 SGB XI). Bereits nach geltendem Recht ist die Erstattung solcher Pflegehilfsmittel vorgesehen, die der **Erleichterung der Pflege** dienen und sich damit zumindest neben dem Pflegebedürftigen selbst, der von einer erleichterten Pflege profitiert, auch positiv auf die Pflegeperson und/oder Pflegekraft auswirken. Darüber hinaus sieht das SGB XI vor, dass Leistungen der SPV die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen sollen (§ 3 Satz 1 SGB XI). Ein AAL, das in erster Linie zur Erleichterung der Pflege bestimmt ist, kann sich auch durch die Steigerung der Pflegequalität positiv auf den Pflegebedürftigen auswirken (BMG, Unterstützung Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme, Abschlussbericht zur Studie, S.23 nennt bspw. ein System zur technischen Pflegedokumentation, das auch vom Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen nach Bedarf zu Hause eingesehen werden kann, so dass die Selbstmanagementfähigkeiten im Umgang mit körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen gestärkt werden). Ein AAL kann bspw. typische pflegerische Tätigkeiten (z. B. Waschen des Pflegebedürftigen) unterstützen oder die Häufigkeit und/oder Intensität der Anwesenheit und der Kontrolle der Pflegeperson reduzieren. Vor allem vor dem Hintergrund des Pflegekraftmangels kann der Einsatz von AAL daher als gewinnbringend bezeichnet werden (GKV-SV, Digitalisierung und Pflegebedürftigkeit – Nutzen und Potenziale von Assistenztechnologien, S. 11 mit dem Hinweis, dass Prognosemodelle von einem Pflegekraftmangel bis zu 270.000 im Jahr 2035 ausgehen). In Anlehnung an die Rechtsprechung zu § 40 Abs. 1 SGB XI sind nur solche AAL erfasst, die der Erleichterung der Pflege im Hinblick auf Ernährung, Körperpflege und Mobilität dienen (BSG, Urteil vom 16.07.2014, B 3 KR 1/14 R, NZS 2014, 902, Rn. 42, elektrische Treppensteighilfe).

Für die Abstellung auf einen pflegerischen Nutzen für den Pflegebedürftigen und/oder Pflegepersonen sowie Pflegekräfte spricht auch der derzeitige Pflegehilfsmittelbegriff, der diese zur Erleichterung der Pflege (Zielgruppe: Pflegeperson/Pflegekraft) oder zur Linderung von Beschwerden (Zielgruppe: Pflegebedürftiger) oder zur Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung (Zielgruppe: Pflegebedürftiger, Pflegeperson/Pflegekraft) erfasst.

Auch wenn der pflegerische Nutzen nur im Hinblick auf eine der beiden Zielgruppen vorliegen kann, wird ein AAL zumeist einen pflegerischen Nutzen für den Pflegebedürftigen und Pflegeperson oder Pflegekräfte haben, da zwischen beiden Zielgruppen Interdependenzen bestehen. Mit der Stärkung der Autonomie des Pflegebedürftigen sinkt regelmäßig der Bedarf der Einbindung der Pflegeperson sowie der Pflegekraft (BMG, Unterstützung Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme, Abschlussbericht zur Studie, S. 40). Für die Erstattungsfähigkeit eines AAL ist es nach unserer Ansicht **ausreichend aber erforderlich, dass ein pflegerischer Nutzen für eine der beiden Zielgruppen besteht**.

c) Maßstab für die Beurteilung des pflegerischen Nutzens

aa) Pflegerischer Nutzen für den Pflegebedürftigen

Wie bereits dargestellt, muss die **Verbesserung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den in § 14 Abs. 2 und 3 SGB XI genannten Lebensbereichen durch das AAL** Maßstab für die Beurteilung des pflegerischen Nutzens sein.

Der Nachweis des pflegerischen Nutzens muss eine Darstellung ermöglichen, inwieweit das AAL die Selbständigkeit des Pflegebedürftigen in einem oder mehreren der genannten Lebensbereiche fördert und vorhandene Beeinträchtigungen reduziert (GKV-SV, Digitalisierung und Pflegebedürftigkeit – Nutzen und Potenziale von Assistenztechnologien, S. 33).

bb) Pflegerischer Nutzen für Pflegepersonen und Pflegekräfte

Ein pflegerischer Nutzen eines AAL zugunsten der Pflegeperson sowie der Pflegekraft kann sich auf die folgenden zwei Bereiche beziehen (GKV-SV, Digitalisierung und Pflegebedürftigkeit – Nutzen und Potenziale von Assistenztechnologien, S. 11, wonach professionell Pflegende mit einer hohen physischen, psychischen und arbeitszeitlichen Belastung konfrontiert sind):

- **Psychische und/oder physische Entlastung der Pflegeperson/der Pflegekraft bei der Pflege:** Schwierigkeiten der Pflegepersonen können im Hinblick auf die Schwere der Pflegeaktivitäten (z. B. Umlagerung und Aufrichtung adipöser Pflegebedürftiger) und die Komplexität der Pflegeleistung (z. B. Fachwissen hinsichtlich des Wechsels eines Stoma-Systems) bestehen. Bei Angehörigen, die die Pflege eines Verwandten übernehmen, bestehen zudem aufgrund der Betroffenheit erhöhte psychische Belastungen, die mit der Pflege einhergehen. Vor allem hinsichtlich der Schwere und Komplexität können AAL zu einer Entlastung der Pflegeperson führen.
- **Zeitliche Entlastung der Pflegeperson/der Pflegekraft bei der Pflege:** Bei Angehörigen, die die Pflege übernehmen, ist zudem zu beachten, dass diese in der Regel berufstätig sind und ein Familien- und Sozialleben haben, sodass die Pflege Tätigkeit, die zusätzlich in den Alltag der Pflegeperson integriert werden muss, häufig zu hohen physischen und psychischen Belastungen führt. AAL können sich hier entlastend auf angehörige Pflegepersonen auswirken, da der Zeitaufwand für die Pflege Tätigkeit oder die Frequenz der Anwesenheiten der Pflegeperson reduziert wird. Die gleichen Effekte bestehen auch für Pflegekräfte, die von AAL vor allem vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und der hohen Anzahl pflegebedürftiger Personen von einer Minimierung des Zeitdrucks profitieren.

d) Anforderungen an den Nachweis des pflegerischen Nutzens

Der Hersteller eines AAL hat darzulegen, inwiefern durch sein Produkt ein **pflegerischer Nutzen** für den Pflegebedürftigen (Verbesserung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Lebensbereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen,

Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte, Haushaltsführung) und/oder die Pflegeperson sowie die Pflegekraft (psychische und/oder körperliche Entlastung der Pflegeperson/Pflegekraft bei der Pflege, zeitliche Entlastung der Pflegeperson/Pflegekraft bei der Pflege) geschaffen wird. Hierzu ist die **Wirksamkeit des AAL** im Hinblick auf die genannten Kriterien nachzuweisen.

Der pflegerische Wirksamkeitsnachweis des AAL deckt sich mit dem **Aspekt der Funktionstauglichkeit**, die für die Aufnahme des Pflegehilfsmittels in das HMV erforderlich ist (§ 78 Abs. 2 SGB XI i.V.m. § 139 Abs. 4 SGB V). **Der GKV-SV wird daher im Rahmen des Aufnahmeverfahrens bewerten, ob die vom Hersteller vorgelegten Wirksamkeitsnachweise die Funktionstauglichkeit des AAL ausreichend belegen.**

Da sich die Pflicht zum Nachweis der Funktionstauglichkeit und damit des pflegerischen Nutzens bereits aus den derzeit bestehenden Regelungen ergeben (§ 139 Abs. 4 SGB V), ist das Erfordernis des Nachweises des pflegerischen Nutzens nicht neu zu regeln.

e) **Notwendigkeit des AAL**

Ferner ist zu fordern, dass das **AAL im Einzelfall für die pflegerische Versorgung eines konkreten Pflegebedürftigen notwendig** ist. Dieses Erfordernis ist vor allem aufgrund des weit gefassten AAL-Begriffs und der Inklusion von allgemeinen Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens von Bedeutung. Anderenfalls kann das nicht anzustrebende Ergebnis erreicht werden, dass ein Pflegebedürftiger einen Anspruch auf AAL geltend macht, obwohl dieses für ihn im konkreten Einzelfall zur Verbesserung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten gar nicht erforderlich ist. Beispielhaft zu nennen ist hier ein Abschaltssystem für Haushaltsgeräte (Herd), das nur solchen Pflegebedürftigen erstattet werden soll, deren Vergesslichkeit nicht nur eine alterstypische Begleiterscheinung ist, sondern die in ihrer Ausprägung einen pathologischen Charakter hat, so dass die Wahrscheinlichkeit von Gefahrensituationen durch nicht ausgeschaltete Elektrogeräte tatsächlich erhöht ist (z. B. Demenz).

Da die Notwendigkeit einer Pflegeleistung bereits Bestandteil das stets zu beachtenden Wirtschaftlichkeitsgebots ist (§ 29 SGB Abs. 1 Satz 1 XI: *„Die Leistungen müssen wirksam und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen.“*) und die Notwendigkeit der Versorgung mit einem Pflegehilfsmittel bereits durch § 40 Abs. 1 Satz 2 SGB XI (*„Die Pflegekasse überprüft die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes.“*) gefordert wird, ist das Notwendigkeitserfordernis im Hinblick auf AAL – als Unterfall der Pflegehilfsmittel – theoretisch nicht (zusätzlich) gesetzlich zu fordern. Zwecks Klarstellung kann das Erfordernis einer Notwendigkeitsprüfung im Einzelfall jedoch geregelt werden.

Die Notwendigkeit der Versorgung mit einem AAL knüpft auch an die Problematik etwaige freiheitsbeschränkender Maßnahmen an. Zu denken ist hierbei insbesondere an ein **Ortungssystem**, das jedenfalls bei einem Gesunden unter Umständen grundgesetzlich geschützte Persönlichkeitsrechte verletzt kann, weil die ständige Lokalisierbarkeit des Standorts in **die Nähe einer freiheitsentziehenden Maßnahme** rückt (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 17.09.2019, L 16 KR 182/18). Das LSG Niedersachsen-Bremen hat eine Freiheitsentziehung damit verneint, dass im Hinblick auf die Beurteilung als freiheitsentziehende Maßnahme Maßstab nicht die Bewegungsfreiheit eines gesunden Menschen ist, sondern nur die drohende Isolation des Pflegebedürftigen, der ohne das Ortungssystem

aufgrund seiner Hinlauftendenz und Orientierungslosigkeit weggeschlossen werden müsste. Das Ortungssystem erlaubt es dem Pflegebedürftigen daher überhaupt erst, einen gewissen räumlichen Bewegungsradius zu teil werden zu lassen (*LSG Niedersachsen-Bremen*, Urteil vom 17.09.2019, L 16 KR 182/18). Nach der Rechtsprechung berühren elektronische Überwachungssysteme, die wie ein am Schuh angebrachter Chip am Menschen angewandt werden, zwar die Menschenwürde. Dies führt aber nicht zu deren generellen Unzulässigkeit. Vielmehr ist es eine Frage des Einzelfalles, ob das Mittel als menschenunwürdig - insbesondere im Hinblick auf seine Intensität der durch die technische Einrichtung herbeigeführten Kontrolle und der zur Verfügung stehenden Alternativen - zu betrachten ist (*LG Potsdam*, Beschluss vom 25.10.2005 5 T 536/05, BeckRS 2011, 12650).

Selbst bei Beurteilung der Verwendung eines Ortungssystems als freiheitsbeschränkende Maßnahme sieht das Sozialrecht keine Einschränkung der Erstattungsfähigkeit solcher Maßnahmen vor. Regelmäßig erforderlich ist die **Einwilligung des Pflegebedürftigen** in die Nutzung eines Ortungssystems. Da nach der Rechtsprechung die Ausstattung mit einem Ortungssystem von Pflegeheimbewohnern mit Hinlauftendenz und Orientierungslosigkeit eine freiheitsbeschränkende genehmigungsbedürftige Maßnahme nach § 1906 Abs. 4 BGB darstellt, sollte die Einwilligung durch den Betreuer erfolgen, sofern der Pflegebedürftige zur Einwilligung nicht mehr selbständig in der Lage ist (*LG Ulm*, Beschluss vom 25.06.2008, 3 T 54/08, NJW-RR 2009, 225).

3. Vorschlag zur Anpassung des Rechtsrahmens

a) Anpassung des SGB XI

Zusammengefasst schlagen wir folgende Ergänzung des **§ 40 SGB XI** um einen neuen **Absatz 1a** vor, der die Pflegehilfsmitteldefinition des § 40 Abs. 1 SGB XI erweitert:

„(1a) Zu den Pflegehilfsmitteln nach Abs. 1 zählen zudem solche technischen Pflegehilfsmittel, auch wenn sie als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind, sofern diese einen pflegerischen Nutzen aufweisen, insbesondere durch

a) die der Verbesserung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen im Hinblick auf die in § 14 Abs. 2 und Abs. 3 SGB XI genannten Lebensbereiche oder

b) der Erleichterung der Pflege.

§ 40 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend.“

b) Anpassung sonstiger Rahmenbedingungen

Im Hinblick auf die Aufnahme ins PflegeHVM obliegt es dem GKV-SV, die Qualitätsanforderungen an AAL aufzustellen (§ 139 Abs. 2 SGB V i.V. § 78 Abs. 2 SGB XI).

Ferner hat der Hersteller den erforderlichen **pflegerischen Nutzen** nachzuweisen. Hierzu wird er sich jedenfalls auf **Fallstudien** berufen müssen, die er entweder selbst durchgeführt hat oder die bereits im Hinblick auf ein vergleichbares Produkt bereits durchgeführt wurde.

Die Aufstellung der Qualitätsanforderungen und den Anforderungen an anererkennungsfähige Fallstudien obliegt dem GKV-SV als Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen. Eine Anpassung gesetzlicher oder untergesetzlicher Normen ist diesbezüglich nicht geboten.

Hinsichtlich digitaler AAL ist eine Verweisung auf die durch das DVG eingeführte Neuregelung des § 33a Abs. 3 SGB V bzgl. der Übertragung bzw. Abgabe sinnvoll.

c) Anpassung der Regelung der PPV

Im Falle der vorgeschlagenen Anpassung des SGB XI ist eine entsprechende Anpassung der MB/PPV für die Erstattung von AAL durch die PPV **nicht erforderlich**. Wegen des **Grundsatzes der Gleichwertigkeit** (§ 23 Abs. 1 Satz 2 SGB XI; BSG, Urteil vom 10.11.2005, B 3 P 10/04 R, BeckRS 2006, 40196, Rn. 15), ist die PPV im Falle der Anpassung des SGB XI verpflichtet, ihren Versicherten solche AAL zu erstatten, die auch durch die SPV erstattet werden (vgl. auch BSG, Urteil vom 06.09.2007, B 3 P 3/06 R, BeckRS 2008, 50243, Rn. 15f.; LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 23.05.2012, L 10 P 1/11, BeckRS 2012, 71836).

III. Bewertung des pflegerischen Nutzens bestimmter AAL (de lege ferenda)

Der pflegerische Nutzen der exemplarisch genannten AAL ist nach der vorgeschlagenen Gesetzesanpassung (§ 40 Abs. 1a SGB XI) wie folgt zu bewerten (vgl. auch BMG, Unterstützung Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme, Abschlussbericht zur Studie, S. 47ff.).

	Pflegerischer Nutzen	
	Pflegebedürftige	Pflegeperson/Pflegekraft
	Förderung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten in Lebensbereichen des § 14 Abs. 2, Abs. 3 SGB XI	- Physische und/oder psychische Entlastung und/oder - Zeitliche Entlastung
Wendebett	- Mobilität: Erleichterung des selbständigen Umlagens und Aufrichten durch den Pflegebedürftigen.	- Physische Entlastung: Erleichtertes Umlagern und Aufrichten des Pflegebedürftigen.
Ortungssystem mit integriertem Notruf	- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Kompensation kognitiver und kommunikativer Defizite (örtliche Orientierung). Vermieden werden kann mitunter auch eine anderenfalls erforderli-	- Psychische Entlastung: Tracking von Pflegebedürftigen bei Verlassen der Häuslichkeit, Erleichtertes Wiederauffinden des Pflegebedürftigen.

Pflegerischer Nutzen	
Pflegebedürftige	Pflegerperson/Pflegekraft
<p>Förderung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten in Lebensbereichen des § 14 Abs. 2, Abs. 3 SGB XI</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Physische und/oder psychische Entlastung und/oder - Zeitliche Entlastung
<p>Sturzerkennungssystem</p>	<p>che Fixierung des Pflegebedürftigen (BMG, Unterstützung Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme, Abschlussbericht zur Studie, S. 48). Verlässt der Pflegebedürftige bekannte Sozialräume und Routinewege, wird ein Notruf abgesetzt. Anlassbezogenes Notrufauslösen, wenn Pflegebedürftiger dazu selbst nicht in der Lage ist (GKV-SV, Digitalisierung und Pflegebedürftigkeit – Nutzen und Potenziale von Assistenztechnologien, S. 177).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Beibehaltung von selbständig durchgeführten Routinen (z. B. Einkäufe, Arztbesuche, Spaziergänge) (GKV-SV, Digitalisierung und Pflegebedürftigkeit – Nutzen und Potenziale von Assistenztechnologien, S. 177). Aktivere Gestaltung des Alltagslebens durch Vermittlung eines Sicherheitsgefühls (zeitnahe Meldung von Desorientierung). <p>Vorrangig für Pflegebedürftige mit Demenz.</p>
<p>Sturzerkennungssystem</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilität: Förderung der Mobilität durch Vermittlung eines Sicherheitsgefühls (zeitnahe Meldung von Sturzvorfällen). - Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Ermöglicht zeitnahe Meldung von Sturzvorfällen, wenn Pflegebedürftiger dazu selbst nicht in der Lage ist. - Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Aktivere Gestaltung des Alltagslebens durch Vermittlung eines Sicherheitsgefühls (zeitnahe Meldung von Sturzvorfällen). <ul style="list-style-type: none"> - Psychische Entlastung: Zeitnahe Meldung von Sturzvorfällen. - Zeitliche Entlastung: Reduktion der Betreuungsintensität zur Kontrolle von Sturzvorfällen bei sturzgefährdeten Pflegebedürftigen.

		Pflegerischer Nutzen	
		Pflegebedürftige	Pflegeperson/Pflegekraft
		Förderung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten in Lebensbereichen des § 14 Abs. 2, Abs. 3 SGB XI	<ul style="list-style-type: none"> - Physische und/oder psychische Entlastung und/oder - Zeitliche Entlastung
Abschaltssysteme für Haushaltsgeräte (Herd)	<ul style="list-style-type: none"> - Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Übernimmt Abschaltung bei fehlendem Erinnerungsvermögen an Abschaltung elektrischer Haushaltsgeräte. - Selbstversorgung: Förderung der selbstbestimmten Nahrungszubereitung, da Vermittlung eines Sicherheitsgefühls, dass Gefahrensituation nicht eintritt (Brandgefahr). - Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Förderung bspw. von Nahrungszubereitung (Kochen), da Vermittlung eines Sicherheitsgefühls, dass Gefahrensituation nicht eintritt (Brandgefahr). - Haushaltsführung: Reduktion von Gefahrenrisiken durch nicht ausgeschaltete Haushaltsgeräte. 	<ul style="list-style-type: none"> - Psychische Entlastung: Minimierung der Gefahrenrisiken (Brandgefahr) durch nicht ausgeschaltete Haushaltsgeräte. - Zeitliche Entlastung: Reduktion der Betreuungsintensität zwecks Überprüfung der Ausschaltung elektronischer Geräte. 	
Digitaler Reminder für Nahrung/Trinken	<ul style="list-style-type: none"> - Selbstversorgung: Organisation und Durchführung von Nahrungsaufnahme. - Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen: Bspw. bei Pflicht zum Einhalten einer Diät. - Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Organisation und Durchführung von Nahrungsaufnahme. 	<ul style="list-style-type: none"> - Psychische Entlastung: Organisation und Durchführung von Nahrungsaufnahme. - Zeitliche Entlastung: Reduktion der Betreuungsintensität zwecks Erinnerung an regelmäßige Nahrungsaufnahme/Flüssigkeitszufuhr und deren Kontrolle. 	
Digitale Anwendung zur Verbesserung körperlicher und kognitiver Fähigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilität: Förderung der Mobilität/Aktivität des Pflegebedürftigen. Verbesserung der Gang- und Standsicherheit, der Motorik und der Koordinationsfähigkeit (GKV-SV, Digitalisierung und Pflegebedürftigkeit – Nutzen und Potenziale von Assistenztechnologien, S. 160). - Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Spielerische Verbes- 	<ul style="list-style-type: none"> - Physische Entlastung: Reduzierung von Übungen zur Steigerung der Mobilität/Aktivität; Reduktion der Betreuungsintensität. - Zeitliche Entlastung: Reduktion der Betreuungsintensität zwecks Durchführung von Übungen zur Steigerung der Mobilität/Aktivität. 	

Pflegerischer Nutzen	
Pflegebedürftige	Pflegeperson/Pflegekraft
Förderung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten in Lebensbereichen des § 14 Abs. 2, Abs. 3 SGB XI	- Physische und/oder psychische Entlastung und/oder - Zeitliche Entlastung
	<p>serung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten, z. B. Steigerung der geistigen Leistungsfähigkeit und des Reaktionsvermögens (GKV-SV, Digitalisierung und Pflegebedürftigkeit – Nutzen und Potenziale von Assistenztechnologien, S. 160).</p> <p>- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Sichbeschäftigen, Gestaltung des Tagesablaufs. Sinnstiftung durch Interaktion (GKV-SV, Digitalisierung und Pflegebedürftigkeit – Nutzen und Potenziale von Assistenztechnologien, S. 160).</p>

Im Falle der Adaptation des Gesetzesvorschlags sind die exemplarisch untersuchten AAL im Ergebnis erstattungsfähig, da **allen untersuchten AAL ein pflegerischer Nutzen immanent** ist. Für eine tatsächliche Kostenerstattung ist jedoch zusätzlich die **Notwendigkeit der Versorgung mit dem AAL im Einzelfall** erforderlich. Beispielsweise wird ein digitaler Reminder für Nahrung/Trinken regelmäßig nur für Menschen mit keiner bis leichter kognitiver Einschränkung, sodass die Nutzung des Systems vom Pflegebedürftigen auch noch verstanden und richtig angewendet werden kann, zum Einsatz kommen können.

IV. Begründung der Erforderlichkeit der Schaffung neuer rechtlicher Rahmenbedingungen für AAL

Wie bereits dargestellt, besteht in Bezug auf die Erstattung von AAL zur Pflegeunterstützung **gesetzlicher Regelungsbedarf**, um eine **möglichst umfassende Versorgung** Pflegebedürftiger mit **AAL mit einem pflegerischen Nutzen** zu ermöglichen (S. 50).

Der deutsche Gesetzgeber ist dazu berechtigt und verpflichtet, pflegerische AAL in die Versorgung zu integrieren, soweit dies mit den nachfolgend beschriebenen Grundprinzipien der SPV korreliert.

1. Gesetzliche Pflicht zur Förderung der Selbständigkeit der pflegebedürftigen Versicherten

Die gegenwärtige Situation der Kostenerstattung von AAL steht nach unserer Ansicht im Widerspruch zu der der SPV nach dem SGB XI obliegenden Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind (§ 1 Abs. 4 SGB XI). Hierbei sollen die Leistungen

der SPV den Pflegebedürftigen nämlich helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein **möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben** zu führen, das der **Würde des Menschen** entspricht (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Ferner hat sich die Pflege an den Grundsätzen der Menschenwürde zu orientieren (BMG, Unterstützung Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme, Abschlussbericht zur Studie, S. 12; § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Die Pflicht zur Beachtung der Menschenwürde Pflegebedürftiger findet sich auch in der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und vom Bundesministerium für Gesundheit entwickelten **Pflege-Charta** (Präambel). Die Hilfen sind in diesem Sinne darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten (§ 2 Abs. 1 Satz 2 SGB XI). Die **Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen ist damit zentrales Element der Leistungen der SPV**.

Nach der Gesetzesbegründung zu § 2 SGB XI geht die Pflegebedürftigkeit mit Einschränkungen in der freien Gestaltung des Lebens einher, so dass die Leistungen der SPV so gestaltet und eingesetzt werden sollen, dass sie dazu beitragen, die **Möglichkeiten zu einer selbstbestimmten Lebensführung im Rahmen der verbliebenen Leistungsfähigkeit nutzen** zu können (BT-Drs. 12/5262, S. 89). Das Selbstbestimmungsrecht ist eine fundamentale Komponente der Menschenwürde nach Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz (*Herdegen*, in: Maunz/Dürig, GG, 87. EL 2019, Art. 1 Rn. 84).

Die Erstattung von AAL ermöglicht Pflegebedürftigen, den Grad der Selbständigkeit und Selbstbestimmung ihrer Lebensführung zu erhöhen und gleichzeitig die Abhängigkeit von Hilfe Dritter zu reduzieren. Ein AAL gewährleistet, die noch vorhandene Leistungsfähigkeit des Pflegebedürftigen derart zu nutzen und zu fördern, dass die Selbständigkeit der Lebensführung gesteigert wird. Damit knüpfen AAL unmittelbar an einen der Grundpfeiler der Systems der SPV an. Durch eine Erstattung pflegeunterstützender AAL kommt der Gesetzgeber damit seiner Pflicht zur Förderung der selbständigeren Lebensführung Pflegebedürftiger nach.

2. Gesetzlich vorgesehener Vorrang der häuslichen Pflege

Durch die unzulängliche Versorgung mit AAL erfüllt die SPV auch nicht ausreichend ihre Aufgabe, durch ihre Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn zu unterstützen, **damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung** bleiben können („ambulant vor stationär“) (§ 3 Satz 1 SGB XI). Die Gesetzesbegründung zu § 3 SGB XI stellt ausdrücklich klar, dass eines der wesentlichen Ziele der SPV ist, in besonderem Maße die häusliche Pflege zu fördern und dass diese Vorrang vor teilstationärer und vollstationärer Pflege hat (BT-Drs. 12/5262, S. 89f.). Die häusliche Pflege kommt (erst) dann an ihre Grenzen, wenn eine angemessene Versorgung und Betreuung nicht sichergestellt ist (BT-Drs. 12/5262, S. 89). Der Grundsatz des Vorrangs der häuslichen Pflege trägt nach der Gesetzesbegründung vor allem den **Bedürfnissen und Wünschen der Pflegebedürftigen** Rechnung und ermöglicht ihnen, Pflege und Betreuung so lange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung zu erhalten (BT-Drs. 12/5262, S. 89). Die Bedürfnisse und Rechte pflegebedürftiger Menschen stehen daher im Mittelpunkt der Pflege und die Pflege hat im Sinne der Pflegebedürftigen zu erfolgen (BMG, Unterstützung Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme, Abschlussbericht zur Studie, S. 11).

AAL ermöglichen die Befriedigung des Bedürfnisses der Pflegebedürftigen, möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben (BMG, Unterstützung Pflegebedürftiger durch technische Assistenzsysteme, Abschlussbericht zur Studie, S. 8: „Es besteht in der Bevölkerung eine eindeutige Präferenz für ein selbstbestimmtes Altern in der eigenen Wohnung.“), da AAL allem voran

der Förderung der häuslichen Pflege dienen und eine **Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung verhindern oder jedenfalls verzögern**. Durch die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten mit pflegeunterstützenden AAL wird diesen eine selbständigere Lebensführung ermöglicht und die Abhängigkeit von Pflegepersonen reduziert. Beide Faktoren tragen maßgeblich dazu bei, dass ein Pflegebedürftiger länger in der eigenen Häuslichkeit verbleiben kann.

Zudem bewirkt die Förderung der häuslichen Pflege auch eine Entlastung der pflegenden Angehörigen, die überwiegend die Pflege übernehmen. Für die pflegenden Angehörigen ist dies mit persönlichen Opfern und Anstrengungen verbunden, die durch Leistungen im Bereich der häuslichen Pflege wesentlich physische, psychische und finanzielle Erleichterung erfahren können (BT-Drs. 12/5262, S. 89). Pflegeunterstützende AAL können bspw. die **Pflegeaktivitäten erleichtern** (z. B. Wendebett zum leichteren Umlagern und Aufrichten des Pflegebedürftigen) oder auch ein **Zeitersparnis im Hinblick auf Anwesenheits- und Kontrollzeiten** bedeuten (z. B. Sturzsensoren mit Notrufsystem reduziert das Erfordernis des regelmäßigen Aufsuchens der Häuslichkeit zur Überprüfung, dass Pflegebedürftiger nicht gestürzt ist).

3. Gesetzliche Pflicht zur Verhinderung bzw. Senkung von Pflegekosten

Darüber hinaus steht hinter dem gesetzgeberischen Willen des Vorrangs der häuslichen Pflege auch ein **gesundheitsökonomischer Aspekt**. Insoweit wird auch berücksichtigt, dass die stationäre Pflege und Betreuung auf Dauer – jedenfalls bei Pflegegrad 1 und 2 – kostenintensiver als die ambulante Versorgung ist. Im Interesse der **Solidargemeinschaft** der Versicherten müssen deren **begrenzte finanzielle Mittel** in optimaler Weise genutzt werden (BT-Drs. 12/5262, S. 89). Anhand des Vorrangs der häuslichen Pflege lässt sich daher erkennen, dass die SPV angehalten ist, die Pflegekosten zu verhindern oder jedenfalls der Höhe nach zu senken.

Zu diesem Ziel können AAL aus den benannten Gründen einen erheblichen Beitrag leisten: Durch die Ermöglichung eines längeren Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit werden die Pflegekosten minimiert, da die Kosten für die stationäre Unterbringung von Pflegebedürftigen reduziert werden.

V. Informationspflicht gegenüber pflegebedürftigen Verbrauchern über erstattungsfähige AAL

Die bestehenden Regelungen zu **Informations- und Beratungspflichten** über erstattungsfähige AAL **bedürfen** nach unserer Auffassung **keiner Erweiterung der bestehenden oder der Schaffung neuer gesetzlicher Regelungen**. Die bestehenden Regularien ermöglichen nach unserer Einschätzung eine ausreichende Information und Beratung Pflegebedürftiger über erstattungsfähige AAL. Pflegebedürftige Verbraucher werden,

- sofern sich die Pflegebedürftigkeit abzeichnet oder festgestellt wurde, über die Möglichkeit der Versorgung mit AAL (§ 7 Abs. 2 SGB XI) sowie
- sofern schon Leistungen der SPV bezogen werden oder ein Leistungsantrag gestellt wurde, im Hinblick auf den individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf in Betracht kommenden AAL informiert und beraten. Ferner sind Leistungs- und Preisvergleichsliste zur Verfügung zu stellen.

Dazu im Einzelnen:

1. Aufklärung und Auskunft nach § 7 Abs. 1 SGB XI

Ein Informationsanspruch zugunsten des Versicherten über erstattungsfähige AAL kann nicht auf § 7 Abs. 1 SGB XI gestützt werden. Die den Pflegekassen nach dieser Vorschrift obliegende Aufklärungs- und Auskunftspflicht erfasst solche Informationen, die den Eintritt der **Pflegebedürftigkeit vermeiden, beseitigen oder mindern** (BT-Drs. 12/5262 S. 91). Der Informationsanspruch richtet sich daher an solche Versicherten, die entweder noch nicht pflegebedürftig sind oder deren Pflegebedürftigkeit noch gemindert werden kann. Ausdruck dieser gesetzlichen Verpflichtung sind Aufklärungskampagnen der Pflegekassen (*Shafaei*, in: Udsching/Schütze, SGB XI, 5. Aufl. 2018, § 7 Rn. 3). Das deckt sich jedoch nicht mit der Zielsetzung von AAL, die nicht darauf gerichtet sind, den Eintritt der Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder den Grad der Pflegebedürftigkeit zu reduzieren, sondern die darauf abzielen, trotz Pflegebedürftigkeit eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder die Pflege zu erleichtern.

2. Informations- und Aufklärungspflicht nach § 7 Abs. 2 SGB XI

Nach § 7 Abs. 2 SGB XI sind die Pflegekassen verpflichtet, Versicherte und ihre Angehörigen über Leistungen der SPV zu beraten, wenn sich der **Eintritt der Pflegebedürftigkeit abzeichnet oder festgestellt wird** (BT-Drs. 12/5262 S. 91), spätestens jedoch nach Antragstellung auf Leistungen durch den Versicherten (§ 7 Abs. 2 Satz 3 SGB XI). Die Beratung hat zum Ziel, dem Versicherten einen nahtlosen Übergang zur Pflege, insbesondere im häuslichen Bereich, sowie die bestmögliche frühzeitige Nutzung aller zur Verfügung stehenden Pflegeleistungen zu gewährleisten (BT-Drs. 12/5262 S. 92). Es ist jedoch nicht vorausgesetzt, dass der Versicherte bereits einen Antrag auf Leistungen der SPV gestellt hat (*Shafaei*, in: Udsching/Schütze, SGB XI, 5. Aufl. 2018, § 7 Rn. 4). Auf Grundlage dieser Vorschrift ist die SPV des Versicherten verpflichtet, **(potenziell) Pflegebedürftige und ihre Angehörigen über erstattungsfähige AAL zu unterrichten**.

3. Informations- und Aufklärungspflicht nach § 7 Abs. 3 SGB XI

Im Falle eines **konkreten Leistungsantrags** ist die SPV verpflichtet, ihrem Versicherten eine **Leistungs- und Preisvergleichsliste** im Hinblick auf die Produktgruppe des AAL zur Verfügung zu stellen (§ 7 Abs. 2 Satz 4, Abs. 3 SGB XI). Die Leistungs- und Preisvergleichsliste werden durch die **Landesverbände der Pflegekassen** erstellt, diese sind einmal im Quartal zu aktualisieren und werden auf der Internetseite der Landesverbände veröffentlicht (§ 7 Abs. 3 Satz 2 SGB XI).

4. Pflegeberatung nach § 7a SGB XI

Pflegebedürftige Versicherte, die **bereits Leistungen der SPV erhalten oder einen Leistungsantrag gestellt** haben (Ziff. 1.2 Pflegeberatungs-Richtlinie), haben Anspruch auf eine individuelle Beratung und Hilfestellung durch eine Pflegeberatung im Hinblick auf die Auswahl und Inanspruchnahme von vorgesehenen Sozialleistungen (**Pflegebera-**

tung) (§ 7a Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Die Vorschrift dient der **optimalen Realisierung der vorgesehenen Leistungsansprüche** (Shafaei, in: Udsching/Schütze, SGB XI, 5. Aufl. 2018, § 7a Rn. 2). Hierzu wird jedem Versicherten durch seine Pflegekasse vor der erstmaligen Beratung ein zuständiger Pflegeberater oder eine sonstige Beratungsstelle benannt (§ 7a Abs. 1 Satz 1 letzter Hs. SGB XI). Das nähere Verfahren und die Durchführung der Pflegeberatung ergeben sich aus der **Pflegeberatungs-Richtlinie** (§ 7a Abs. 1 Satz 2 i.V.m. § 17 SGB XI). Die Pflegeberatung ist eine auf die Bedürfnisse des konkreten Pflegebedürftigen abgestimmte Beratung, die auf dem individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf beruht (§ 7a Abs. 1 Satz 1 SGB XI, Ziff. 1.2, Ziff. 2.1 Pflegeberatungs-Richtlinie). Anhand des individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarfs wird ein individueller, passgenau an die persönliche Situation des Pflegebedürftigen angepasster Versorgungsplan erstellt (Ziff. 2.3 Pflegeberatungs-Richtlinie). Bei Bedarf hat die Pflegeberatung den Versicherten zu geeigneten Pflegehilfsmitteln sowie über den Zugang zum Pflegehilfsmittel zu beraten und gegebenenfalls bei weiteren Schritten behilflich zu sein (z. B. Information zur Antragstellung, ärztliche Verordnung) (Ziff. 2.2.3 Pflegeberatungs-Richtlinie).

Im Falle der Erstattungsfähigkeit von AAL ist Bestandteil der gesetzlich vorgesehenen Pflegeberatung auch die Versorgung mit für den Pflegebedürftigen in Betracht kommenden AAL. Der Pflegebedürftige ist hinsichtlich der **für ihn aufgrund seines individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarfs in Betracht kommenden AAL** zu beraten.