BVMed Bundesverband Medizintechnologie e.V.

Stellungnahme

Referentenentwurf des BMG zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz, PKG)

27. September 2024

Vorbemerkung

Wir begrüßen, dass das Bundesministerium für Gesundheit mit vorliegendem Reformentwurf die Kompetenz von Pflegefachpersonen stärken und diese unter anderem in erweiterte heilkundliche Tätigkeiten einbeziehen möchte. Dieser Schritt ist unerlässlich zur nachhaltigen und effizienten Gestaltung der Versorgungsstrukturen und kann gleichzeitig einen Beitrag zur weiteren Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs leisten.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass es dem vorliegenden Regelungsentwurf nicht gelingen kann, dem Markt zur Verfügung stehende pflegerische Ressourcen umfassend in die entsprechenden Versorgungen einzubinden. Der Entwurf definiert richtigerweise insbesondere die erforderliche individuelle Qualifikation als Zugangsvoraussetzung für eine Tätigkeit in der pflegerischen Versorgung nach dem Fünften Sozialgesetzbuch. Zugleich verweist er jedoch auf die erforderliche Tätigkeit *„bei zugelassenen Ärzten, in medizinischen Versorgungszentren, […] bei zugelassenen Pflegediensten […] und in stationären Pflegeeinrichtungen […]“ (§ 73d Abs. 1 S. 6 SGB V).* Diese Definition schränkt den bisherigen gesetzlichen Rahmen unnötig ein. Außerdem verpasst der Gesetzgeber damit die Einbindung weiterer qualifizierter Pflegefachkräfte, die bei anderen Institutionen als den vorgenannten beschäftigt sind. Hier sehen wir weiteren Ausbesserungsbedarf, den wir im Folgenden schildern.

Wir befürworten auch, dass der vorliegende Regelungsentwurf den Rahmen für die (Folge-)Verordnung von Hilfsmitteln durch entsprechende Pflegefachpersonen weiterentwickeln möchte. Wir möchten jedoch dringend darauf hinweisen, dass Hilfsmittelversorgungen in der Regel von großer Komplexität und das Produktspektrum von enormer Vielfalt geprägt sind. Entsprechend qualifizierte und oftmals spezialisierte Expert:innen der Hilfsmittelleistungserbringer nehmen heute die Auswahl des individuell erforderlichen Hilfsmittels vor. Die Übertragung dieser Auswahl durch Transfer der Verordnungskompetenz auf Pflegefachpersonen ist – im Sinne der Versorgungssicherheit – somit mit Augenmaß zu gestalten.

Im Sinne qualitätsgesicherter Versorgungsstrukturen hält es der BVMed zudem für unabdingbar, dass die bestehenden, funktionierenden Strukturen der Hilfsmittelleistungserbringer und die Expertise derer Versorgungsexpert:innen auch in die künftigen Versorgungsprozesse eingebunden sind. Im Falle einer Verordnungskompetenz bei den Pflegekräften wäre es unabdingbar, die Regelungen, die hier für Ärzt:innen zur Anwendung kommen (Hilfsmittelrichtlinie, Berufsordnungen, Compliance-Regelungen) ebenfalls zur Anwendung kommen. Andernfalls steht zu befürchten, dass diese ambulanten Nachsorgestrukturen im Bereich der Hilfsmittel erodieren, fachliche Kompetenz und funktionierende Versorgungsstrukturen zerstört werden – mit beträchtlichen Konsequenzen für die

ambulante Versorgung und die Versicherten. Vorzugsweise wäre deshalb aus unserer Sicht die konsequente Umsetzung der bestehenden Regelungen im § 33 Abs. 5a, die die Folgeverordnung von Hilfsmitteln grundsätzlich als nur erforderlich ansieht, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. So könnte die ambulante Versorgung mit Hilfsmitteln bürokratiearm im Sinne der Betroffenen geregelt werden, insbesondere sofern diese Regelungen auch auf die Versorgungen mit Wundversorgungsprodukten, Teststreifen und medizinscher Ernährung zur Anwendung käme.

Gleiches gilt für den vorgesehenen Rahmenvertrag: Auch hier ist die Expertise der Hilfsmittelleistungserbringer zwingend einzubinden. Als maßgeblicher Verband der Hilfsmittelleistungserbringer auf Bundesebene, bietet der BVMed seine Unterstützung an.

2. Änderungsvorschläge

Art. 1 SGB XI

Art. 1 Nr. 5 b) | § 8 Abs. 3c SGB XI

Die Förderung wissenschaftlicher Perspektive ist zentral für die Weiterentwicklung der durch Pflege erbringbaren pflegerischen und heilkundlichen Leistungen. Aus unserer Sicht fehlen hier aber in der Auflistung in Satz 1 die „erweiterten heilkundlichen Leistungen", da sie im Wortlaut der Begründung klar genannt werden und ihnen bei der Zielerfüllung der „Ausgestaltung der Inhalte" besonders mit Blick auf die Krankenpflege eine zentrale Rolle zukommen. Ein wissenschaftlich fundiert erarbeiteter und regelmäßig in der Zukunft überprüfter „Scope of Practise" wäre in dieser Hinsicht hilfreich und auch notwendig für einen Überblick über Pflegekompetenzen in Deutschland.

Insbesondere mit Blick auf das Qualifikationsniveau sollten hierbei neben der Pflegeausbildung auch die Potenziale von Fachweiterbildungen in die Betrachtung miteinbezogen werden. Die Gesetzesbegründung nennt hier bereits passende Anhaltspunkte, die wir im Gesetzestext vermissen.

Art 1. Nr. 21 und Nr. 35 | Digitale Pflegeanwendungen

Der BVMed begrüßt sowohl die Erweiterung der möglichen Hilfsleistungen durch die Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen (DiPA) im § 40a Abs. 1 SGB XI als auch die Einführung einer Erprobungsregelung für DiPA im § 78a Abs. 7 SGB XI (neu). Damit bemüht sich der Gesetzgeber, mehr sinnvolle digitale Lösungen zur Unterstützung der Pflege schneller in die ambulante Versorgung zu bringen.
Die Trennung der möglichen Erstattung von Aufwendungen in Höhe von insgesamt 40 Euro im Kalendermonat für DiPA und 30 Euro für ergänzende Unterstützungsleistungen in § 40b Abs. 1 SGB XI schließt sich daran an. Somit steht der Leistungsbetrag für DiPA nicht mehr in direkter Konkurrenz zu den ergänzenden Unterstützungsleistungen. Zugleich sehen wir die Absenkung des Leistungsbetrags für DiPA kritisch. Für die Listung der DiPA im BfArM-Verzeichnis haben Hersteller umfangreiche, zum Teil kostenintensive Vorgaben zu erfüllen. Diese sollten sich auch im Leistungsbetrag widerspiegeln.

Des Weiteren möchten wir **folgende Streichung in § 40a Absatz 1** vorschlagen:

Änderungsvorschlag:

„(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Anwendungen, die wesentlich auf digitalen Technologien beruhen und von den Pflegebedürftigen oder in der Interaktion von Pflegebedürftigen, Angehörigen und ~~zugelassenen ambulanten~~ Pflegeeinrichtungen genutzt werden, um Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu mindern und einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, soweit die Anwendung nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten ist (digitale Pflegeanwendungen).“

Begründung:

Digitale Pflegeanwendungen bieten Potenzial, die angespannte Personalsituation in den Pflegeeinrichtungen zu entlasten. Bekanntermaßen trifft dieser Umstand gleichermaßen auf die Pflege im ambulanten wie auch im stationären Bereich zu. Wir halten die Beschränkung des Leistungsanspruchs auf zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen aus diesem Grund für nicht nachvollziehbar und wenig zielführend. Um die Potenziale digitaler Anwendungen ebenfalls in der stationären Pflege heben zu können, halten wir daher die vorgeschlagene Anpassung für erforderlich.

Art 1. Nr. 54 | § 125a SGB XI

Die Erarbeitung von Empfehlungen zur Umsetzung und dem Einsatz von Telepflege in der ambulanten und stationären Pflege befürwortet der BVMed. Wir schlagen vor, den ursprünglich vorgesehenen Umfang von 10 Millionen Euro beizubehalten und den Zeitraum über 2025 hinaus zu verlängern, um die Möglichkeiten auszuschöpfen.

Des Weiteren möchten wir draufhinweisen, dass die Telepflege auch den Einsatz von Medizinprodukten beinhalten kann. Eine Form der Telepflege, die aktuell bereits etabliert ist, ist das Telemonitoring, unter anderem in Form der Überwachung der Bewegung von sturzgefährdeten Patienten. Wir halten deshalb die Eingrenzung auf Verbände der Digitalwirtschaft in der Benehmensherstellung für zu kurzgefasst.

Artikel 3 SGB IV | Nr. 8 | § 73d SGB V (neu)

Änderungsvorschlag:

a) Qualifikation als maßgebliches Kriterium

§ 73d Abs. 1 S. 6 SGB V (neu) wird wie folgt ergänzt:

(…) Die von Pflegefachpersonen erbrachten Leistungen nach Satz 1 Nummer 1 und 2 können unter anderem bei zugelassenen Ärzten, in medizinischen Versorgungszentren, im Rahmen der Leistungserbringung bei zugelassenen Pflegediensten nach § 132a Absatz 4 und in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 71 Absatz 2 des Elften Buches erbracht werden. (…)

Begründung:

In Absatz 1 Satz 6 heißt es, dass „[die] von Pflegefachpersonen erbrachten Leistungen nach Satz 1 Nummer 1 und 2 […] bei zugelassenen Ärzten, in medizinischen Versorgungszentren, im Rahmen der Leistungserbringung bei zugelassenen Pflegediensten nach § 132a Absatz 4 und in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 71 Absatz 2 des Elften Buches erbracht werden [können].“ Dies lässt den Umstand unberücksichtigt, dass es zur Sicherstellung der Patient:innenversorgung höchstmöglicher Flexibilität bedarf. Das heißt, es muss sichergestellt werden, dass alle vorhandenen qualifizierten Pflegefachpersonen mit entsprechender Kompetenz in die Versorgung einbezogenen werden können. Daher ist es wichtig, dass sich unser Gesundheitswesen nicht nach der Institution, sondern nach der Qualifikation ausrichtet. Eine Beschränkung auf bestimmte Institutionen ist nicht sachgerecht und spiegelt den Versorgungsalltag sowie die Anforderungen an die Versorgungsstrukturen der Zukunft in Abhängigkeit von den verfügbaren personellen und strukturellen Ressourcen nicht wider. So ist eine Vielzahl qualifizierter Pflegefachpersonen in anderen als den hier abschließend benannten Institutionen tätig (z. B. in Care-Apotheken oder bei sonstigen Leistungserbringern nach § 126 SGB V).

Im Übrigen würde der Gesetzgeber durch die vorgesehene explizite Benennung der zugelassenen Pflegedienste nach § 132a Abs. 4 und der stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 71 Abs. 2 SGB XI eine Eingrenzung gegenüber dem bisherigen Regelungsrahmen nach § 37 Abs. 1 S. 1 SGB V vornehmen. Hier ist sinnvollerweise vorgesehen, dass die entsprechende Versorgung durch geeignete Pflegekräfte vorgenommen wird. Eine institutionelle Zugehörigkeit wird nicht definiert. Im Sinne der Versorgungssicherheit plädieren wir daher für eine entsprechende Klarstellung, dass auch Pflegefachpersonen, die nicht in den derzeit benannten Institutionen tätig sind, von § 73d SGB V erfasst sind.

<u>b) (Folge-)Verordnung von Hilfsmitteln: Expertise der Hilfsmittelleistungserbringer einbinden</u>

Wir begrüßen, dass das Bundesministerium für Gesundheit die Kompetenz von Pflegefachpersonen stärken möchte, indem es den Rahmen für die Empfehlung bzw. Folgeverordnung von individuell erforderlichen Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln weiterentwickelt (s. auch § 17a SGB XI).

Dem BVMed ist jedoch wichtig, darauf hinzuweisen, dass beispielsweise die in der Begründung benannten Hilfsmittelversorgungen (u. a. Tracheostomie) von enormer Komplexität geprägt sind. Die Auswahl der individuell erforderlichen Produkte erfolgt auf Grundlage der ärztlichen Verordnung der Produktart durch entsprechend qualifizierte und oftmals spezialisierte Expert:innen der Hilfsmittelleistungserbringer, die in der Regel über eine gesundheitspflegerische Grundausbildung mit entsprechenden Zusatzausbildungen verfügen. Diese produkt- und versorgungsspezifischen Kenntnisse, die für Auswahl und Verordnung von derlei lebenswichtigen Hilfsmitteln notwendig sind, werden weder im pflegerischen Studium noch in der pflegerischen Ausbildung vermittelt. Wir möchten daher dringend Augenmaß bei der Definition der für die Verordnungskompetenz relevanten Produkt- und Versorgungsbereiche anraten.
Richtigerweise hat der Gesetzgeber bei der ärztlichen Verordnungskompetenz zusätzliche Regelungen wie die Hilfsmittelrichtlinie, die Regelungen zur Berufsordnung und zur Compliance getroffen. Auch diese müssen bei einer Ausweitung auf Dritte ebenfalls in entsprechender Form Anwendung und Berücksichtigung finden.

Im Sinne effizienter und qualitätsgesicherter Versorgungsstrukturen halten wir es zudem für unabdingbar, dass die bestehenden, funktionierenden Strukturen der Hilfsmittelleistungserbringer und die Expertise derer Versorgungsexpert:innen auch in den künftigen Versorgungsprozessen eingebunden sind. Andernfalls steht zu befürchten, dass diese ambulanten Nachsorgestrukturen, die nach unserer Schätzung mehr als 10.000 Personen qualifizierte und spezialisierte Pflegefachpersonen beschäftigen, erodieren. Die Zerstörung dieser Versorgungsstrukturen hätte zur Folge, dass die Versorgung in den Fällen, in denen keine professionelle Pflege eingebunden wird, gefährdet wird – dies zulasten der pflegenden Angehörigen und mit erwartbaren GKV-Leistungsausweitungen nach § 37 SGB V. Auch ist von einer Zunahme von Krankenhausaufenthalten auszugehen.

c) Rahmenbedingungen der Verordnung von Hilfsmitteln

Im Zuge der vorgesehenen Anpassungen ist zudem sicherzustellen, dass die geltenden Verordnungsgrundsätze und Rahmenbedingungen auch auf Verordnungen (oder Empfehlungen) für Hilfsmittel durch qualifizierte Pflegefachpersonen Anwendung finden. Dies schließt insbesondere die Hilfsmittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ein. Ein entsprechender Verweis ist somit zu ergänzen. Auch eine Klarstellung der Wirksamkeit des § 33 Abs. 5a SGB V ist zwingend erforderlich.

Um in Anbetracht der künftigen Kumulation von pflegerischer Versorgung und Verordnung die Compliance bei der Verordnung von Hilfsmitteln zu gewährleisten, sind in Analogie zu den ärztlichen Regelungen Vorkehrungen zu treffen, die die Trennung von Verordnung und Versorgung durch Pflege wahren. So ist beispielsweise eine Klarstellung erforderlich, dass hieraus notwendigerweise die entsprechenden Anpassungen der Musterberufsordnungen zu folgen haben.

d) Erstellung des Rahmenvertrags

Änderungsvorschlag:

§ 73d Abs. 1 S. 1 SGB V (neu) wird wie folgt ergänzt:

(1) Die Spitzenorganisationen nach § 132a Absatz 1 Satz 1 und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren unter Beteiligung der Vereinigungen der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 des Elften Buches sowie der maßgeblichen Verbände der Hilfsmittelleistungserbringer auf Bundesebene in einem Rahmenvertrag bis zum 31. Dezember 2025.

in § 73d Abs. 1 SGB V (neu) wird folgender Satz 11 ergänzt:

Der Rahmenvertrag ist zweijährlich im Rahmen einer Evaluation durch die Vertragspartner an den Stand der Wissenschaft anzupassen.

Begründung:

Aufgrund der Vielfalt der Hilfsmittel und der Komplexität der Hilfsmittelversorgungen sowie der hierfür erforderlichen Qualitätsmerkmale erachtet der BVMed es als unabdingbar, dass die maßgeblichen Verbände der Hilfsmittelleistungserbringer in die Erarbeitung der Richtlinien nach § 17a SGB XI eingebunden werden. Die Expertise der Hilfsmittelversorgung ist zwingend erforderlich, um die für die Verordnungsempfehlung notwendigen Qualifikationen bewerten zu können.

Außerdem sollte geregelt werden, dass der im Rahmenvertrag zu vereinbarende Katalog regelmäßig an den Stand der Wissenschaft anzupassen ist. Dies stellt die kontinuierliche Weiterentwicklung der Versorgungsprozesse sicher.

Art. 3 Nr. 2 | § 15a SGB V

Die Klarstellung pflegerischer Leistungen und heilkundlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen in § 15a SGB V ist grundsätzlich zu begrüßen. Wir halten aber die Konkretisierung für erforderlich, dass erweiterte heilkundliche Leistungen auch durch Pflegefachpersonen mit entsprechenden Qualifikationen aus qualifizierend fachlichen Fort- und Weiterbildungen entsprechend § 73d SGB V erbracht werden können. Um alle geeigneten Pflegefachpersonen einbinden zu können, darf also allein die entsprechende Qualifikation maßgeblich sein.

Ohne die Anerkennung der Qualifikation, der bereits in der Fläche vorhandenen Pflegefachpersonen über passende Fort- und Weiterbildungsformate hin zur Ermöglichung der Erbringung erweiterter heilkundlicher Leistungen würde die Reform an Effektivität einbüßen, da die Mehrzahl der Pflegefachpersonen bereits praktisch tätig ist. Dies ist im Übrigen auch erforderlich für die Einbeziehung von Pflegefachpersonen mit ausländischen Bildungsabschlüssen.

Aus unserer Sicht ist im Weiteren die Wichtigkeit der Klarstellung des Begriffs der „Selbstständigkeit" in § 15a SGB V neu herauszustellen bzw. auf eine Klarstellung im SGB V zu verweisen. Der Begründung entnimmt man zwar die Definition „Entscheidung über die Art, Dauer und Häufigkeit der erweiterten heilkundlichen Leistung, die Verantwortung für die rechtzeitige fachlich indizierte Einbeziehung ärztlicher und weiterer Berufsgruppen im Gesundheitswesen sowie die haftungsrechtliche Verantwortung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots" (vgl. § 12). Aus unserer Sicht sollte hier jedoch auch die „Durchführung" der Leistung explizit benannt werden – beides sollte aus Gründen der Transparenz im Gesetzestext geregelt werden.

Zudem bleiben weiterhin die Implikationen der vorgesehenen Übertragung von Tätigkeiten offen, so insbesondere hinsichtlich der Verantwortlichkeit über Prozess und Ergebnis. Bereits bei vergleichbaren Gesetzesinitiativen zeigte sich, dass diese nicht in die Praxis überführt wurden, wenn derlei Rahmenbedingungen nicht ausreichend klar definiert sind. Im Sinne der Transparenz für alle Prozessbeteiligten, insbesondere aber zur Konsolidierung des Regelungsrahmens, halten wir daher eine solche Klarstellung der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für erforderlich.

Art. 3 Nr. 4 | § 33 Abs. 5a SGB V

Wir befürworten die vorgesehene Ergänzung und halten diese für einen wichtigen Schritt zur Weiterentwicklung der fachpflegerischen Kompetenzen – und zugleich für überaus sinnvoll und geboten zur Effizienzsteigerung der Versorgungsstrukturen.

Art. 3 Nr. 5 | § 39 Abs. 1 SGB V

Die Änderung in § 39 SGB V öffnet die Erbringung erweiterter heilkundlicher Leistungen auch für die Krankenpflege in stationären Einrichtungen. Neben den in § 37 Absatz 2 Satz des Pflegeberufegesetzes in der ab 1. Januar 2025 geltenden Fassung (Pflegestudiumsstärkungsgesetz) benannten erweiterten heilkundlichen

Leistungen sollten zukünftig deutlich mehr Leistungen der therapeutischen Pflege aufgenommen werden. Gerade in der Krankenpflege (SGB V) liegt das größte Potenzial und besteht gleichzeitig der größte Bedarf, erweiterte heilkundliche Leistungen einzuführen. Es fehlt jedoch an der eindeutigen Anknüpfung in den weiteren Rechtsnormen. So fehlen bspw. in § 73d SGB V (neu) Einzelheiten zur Ausgestaltung sowie die Einbindung der entsprechenden Spitzenorganisationen in die Vereinbarung des vorgesehenen Rahmenvertrags. Entsprechend muss auch der Titel des Paragrafen um die Krankenpflege erweitert werden.

Art. 3 Nr. 9 | § 87 SGB V

Wir halten die vorgesehene Ergänzung für unerlässlich, um die Umsetzung der selbstständigen Heilkundeausübung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu fördern. Der BVMed begrüßt daher die vorgeschlagene Anpassung.

3.
Notwendige Klarstellung des Hilfsmittelbegriffs

Die erforderlichen versorgungsstrukturellen Veränderungen setzen den Zugang der versorgenden Personen zu den entsprechenden Hilfsmitteln voraus, um den Verbleib der Patient:innen in der Häuslichkeit und die Behandlung im ambulanten Setting bzw. durch Pflegefachkräfte zu ermöglichen. Der Hilfsmittelbegriff in der jetzigen Form wird vom GKV-Spitzenverband derzeit derart eng ausgelegt, dass diese Versorgungen nicht umgesetzt werden können und entsprechend klinisch durchgeführt werden oder im Falle der Delegierbarkeit dennoch in der Arztpraxis verbleiben müssten.

Derzeit häufen sich die Beispiele der Produkte, deren Hilfsmitteleigenschaft infrage gestellt wird, was zu massiven Störungen des Antragsprozesses zum Hilfsmittelverzeichnis, vor allem aber zu Behinderungen im Versorgungsprozess führt. Wir gehen außerdem davon aus, dass sich die Tragweite der Problemkonstellation prospektiv ausweiten wird, da Therapien gerade in die Häuslichkeit und stationäre Leistungen in das ambulante Setting übertragen werden sollen. Es ist zudem davon auszugehen, dass für heute ärztliche Leistungen künftig verstärkt entsprechend qualifizierte Pflegekräfte eingebunden werden sollen, die den Zugang zu den Medizinprodukten in der Häuslichkeit benötigen. Dieser ist unter den gegebenen Bedingungen nicht gegeben.
Der BVMed sieht somit dringenden grundsätzlichen Handlungsbedarf und schlägt zur Klarstellung – und damit auch zur reibungslosen Sicherstellung der benannten Versorgungen – entsprechende gesetzliche Anpassungen in folgenden Fallkonstellationen vor:

- Medizinprodukte, die gemäß Zweckbestimmung ausschließlich durch medizinisches Fachpersonal angewendet werden dürfen (z. B. Infusions-, Ernährungstherapie)
- Medizinprodukte, die im Zusammenhang mit einer ärztlich herbeigeführten künstlichen Körperöffnung verwendet werden und die ihren Zweck nur in Verbindung mit dieser Körperöffnung erfüllen können (z. B. Drainage)

Art. 3 Nr. 4 | Regelungsvorschlag: Adaption des § 33 SGB V

Wir schlagen folgende Anpassungen des § 33 SGB V vor:

§ 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V

Der Anspruch eines Versicherten umfasst auch Hilfsmittel, die nicht durch den Versicherten selbst oder seine Angehörigen angewendet werden können, sowie 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 unvertretbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen.

§ 33 Abs. 8 SGB V

Der Anspruch eines Versicherten umfasst auch Hilfsmittel, deren Verwendung einen Körperzugang voraussetzt, der zuvor im Rahmen einer ambulanten oder stationären Behandlung geschaffen wurde.

Kontakt

BVMed
Bundesverband Medizintechnologie e.V.
Georgenstraße 25, 10117 Berlin
+49 30 246 255 - 13
www.bvmed.de