

Für eine optimierte Versorgung mit Hilfsmitteln

Eine Expertise der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation zu
aktuellen Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln

Erarbeitet vom Ad-hoc-Ausschuss der DVfR „Aktuelle Probleme der Versorgung mit
Heil- und Hilfsmitteln“

(Leitung: Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann)

Vorgelegt im Oktober 2006

Gliederung

	Seite
Präambel	3
0 Einführung	5
Bedeutung einer bedarfsgerechten Hilfsmittelversorgung für Menschen mit Behinderungen	
1 Aktuelle Probleme bei der Hilfsmittelversorgung	8
2 Probleme der Qualität in der Hilfsmittelversorgung	11
2.1 Strukturqualität	11
2.1.1 Qualifikation, Kenntnisse und Erfahrungen	11
2.1.2 Verfügbarkeit qualifizierter Akteure	14
2.1.3 Rahmenbedingungen	14
2.2 Prozessqualität	16
2.2.1 Frühzeitige Bedarfserkennung	16
2.2.2 Assessment	17
2.2.3 Teamarbeit / Hilfsmittelversorgung als Teamprozess	18
2.2.4 Erarbeitung eines Versorgungskonzepts	19
2.2.5 Verordnung, Antragsverfahren und Begründung	20
2.2.6 Genehmigungs- und Zuteilungsverfahren	21
2.2.7 Anpassungs- und Fertigungsprozess	23
2.2.8 Abnahme und Kontrolle	24
2.2.9 Rahmenbedingungen	24
2.3 Ergebnisqualität	25
3 Ausblick: Erarbeitung von Lösungsoptionen	27

Präambel

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR) ist ein interdisziplinärer Zusammenschluss von Verbänden und Einrichtungen, die mit der Rehabilitation und Integration von Menschen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen befasst sind. Mitglieder sind Behindertenverbände, Sozialleistungsträger, Leistungsanbieter sowie Berufs- und Fachverbände.

Die DVfR organisiert den interdisziplinären Dialog zu aktuellen Themen der Sozial-, Behinderten- und Gesundheitspolitik und fördert somit auch den Interessenausgleich aller beteiligten Gruppen. Das gemeinsame Leitmotiv ist das Engagement für die Verbesserung der Teilhabechancen der Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen. Dabei soll die Perspektive der Betroffenen und Rehabilitanden besonders berücksichtigt werden.

Im Mitgliederkreis der DVfR wird häufig über gravierende Probleme im praktischen Versorgungsprozess mit Hilfsmitteln, vor allem bei einigen Hilfsmittelgruppen, berichtet. Aus diesem Anlass und aufgrund der Bedeutung der Hilfsmittel für die Rehabilitation und Teilhabe hat die DVfR einen Ad-hoc-Ausschuss mit der Erarbeitung einer Expertise zu aktuellen Problemen der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln beauftragt, die vorrangige Probleme beschreiben und Lösungsansätze beinhalten soll. Der Auftrag bestand auch darin, im Verlauf der Beratungen des Ausschusses eigene Schwerpunkte innerhalb des Themenbereiches Hilfsmittelversorgung festzulegen.

Im Verlauf der Arbeit des Ausschusses wurde ein Grundkonsens bei der Beschreibung der gegenwärtigen Probleme im Hilfsmittelbereich erreicht. Etwas schwieriger gestaltete sich die Festlegung auf gemeinsame Lösungsoptionen. Soweit ein Konsens über Vorschläge zur Verbesserung der Hilfsmittelversorgung nicht kurzfristig hergestellt werden kann, sollten auf Anregung des DVfR-Vorstands diese Vorschläge getrennt von der Problemanalyse vorgelegt werden.

Der Auftrag zur Erstellung dieser Expertise war zunächst ganz allgemein auf die Hilfsmittelversorgung konzentriert. Im Verlauf der Beratungen des Ausschusses ergab sich dann eine Konzentration auf die Hilfsmittelversorgung im Rahmen der SGB V und SGB XI, ohne wichtige Aspekte im Rahmen anderer Sozialgesetzbücher von vornherein auszuschließen. Alle Rehabilitationsträger haben das gemeinsame Ziel und die Pflicht, die Qualitätsprobleme zu lösen, auch wenn die einzelnen Rehabilitationsträger über unterschiedliche Versorgungsaufträge und Prozesssteuerungsmechanismen verfügen.

Die DVfR ruft alle im Hilfsmittelbereich zuständigen Verbände und Institutionen auf, sich an diesem Prozess der Gestaltung einer optimierten Versorgung mit Hilfsmitteln zu beteiligen und die Anregungen aus dieser Expertise auf ihre Realisierbarkeit hin zu prüfen und zügig umzusetzen. Die vorhandenen Ressourcen zu nutzen und auch neue Wege bei der Hilfsmittelversorgung zu gehen bietet die Gewähr, dass auch zu-

künftig wachsende Versorgungsbedarfe quantitativ und qualitativ bewältigt werden können. Dafür bietet die DVfR ihre Unterstützung an.

Dabei sollte die im Rehabilitationsbereich geltende ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO) Verwendung finden. Die ICF orientiert alle Versorgungsmaßnahmen auf das Erreichen einer funktionalen Gesundheit des Betroffenen in seinem individuellen Lebenskontext. Diese Betrachtungsweise wird auch in der Gesundheitsversorgung zukünftig an Bedeutung gewinnen. Im Rahmen der ICF stellen Hilfsmittel Kontextfaktoren (Förderfaktoren, gelegentlich aber auch Barrieren) dar und werden zum Ausgleich fehlender oder eingeschränkter Körperfunktionen und -strukturen verwendet, unter Berücksichtigung weiterer personen- und umweltbezogener Kontextfaktoren. Ziel der optimalen Gestaltung der Kontexte und damit der Hilfsmittelversorgung ist eine Verbesserung der Möglichkeit von Aktivitäten und damit der Teilhabe. Mit Hilfe der ICF kann es gelingen, die Ziele und die Realität der Hilfsmittelversorgung zu beschreiben und kommunizierbar zu machen.

Diese Expertise umfasst im Wesentlichen eine Problemanalyse der Hilfsmittelversorgung und nennt abschließend einige konsensfähige Lösungsansätze. Weitergehende Lösungsvorschläge erfordern weitere Diskussionen im Ausschuss und werden zu einem späteren Zeitpunkt vorgelegt.

Die Expertise soll die Diskussion innerhalb der Selbstverwaltungsgremien bzw. bei den Vertragspartnern im Hilfsmittelversorgungsbereich anregen sowie dem Gesetz- und Verordnungsgeber Unterstützung bei Entscheidungsfindungen bieten. Auch wenn insbesondere die beschriebenen Lösungsansätze nicht alle bis zur Umsetzungsreife abgewogen sind und zum Teil nicht von allen Ausschussmitgliedern gleichermaßen mitgetragen werden können, sollen sie Anregungen für weitere notwendige und zielführende Entwicklungen geben und nicht voreilig aus partikularer Sicht abgelehnt werden.

0 Einführung

Bedeutung einer bedarfsgerechten Hilfsmittelversorgung für Menschen mit Behinderungen

Geeignete und funktionstüchtige Hilfsmittel sind für viele Menschen mit Behinderung notwendig, weil sie oft besonders wichtige Voraussetzungen für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben darstellen. Häufig sind erst mit Hilfsmitteln Aktivitäten möglich wie z. B. Mobilität, Alltagsverrichtungen, Lernen und Bildung, die Kommunikation und soziale Interaktion bis hin zur Teilhabe an der modernen Medienwelt und am Arbeitsleben. Sie fördern die Selbständigkeit, die Unabhängigkeit und verringern den Bedarf an Assistenz und Pflege. Oft ermöglichen erst sie die Erfüllung menschlicher Grundbedürfnisse. Sie dienen dem Ausgleich einer Behinderung oder beugen dieser vor.

Hilfsmittel können für die betroffenen Menschen darüber hinaus auch therapeutische oder präventive Funktionen erfüllen. Sie sind dann Bestandteil eines ärztlich verantworteten Behandlungskonzeptes zur Heilung, Linderung oder Verhütung von Krankheiten und ihren Folgen und dienen so der Sicherung des Erfolges der Krankenbehandlung. Gelegentlich steht diese Aufgabe ganz im Vordergrund.

Hilfsmittel können neben erwünschten auch unerwünschte oder beeinträchtigende Wirkungen aufweisen, indem sie als Barrieren wirken und Aktivitäten und Teilhabe einschränken. Nicht korrekt angepasste Hilfsmittel oder solche mit unangemessener Zielsetzung können zudem funktionelle oder strukturelle Schädigungen hervorrufen oder verstärken. Sowohl Wirkungen als auch Nebenwirkungen von Hilfsmitteln sind noch unzureichend erforscht.

Hilfsmittel werden als technische Hilfen auch am Arbeitsplatz verwendet, um Arbeitsvorgänge zu erleichtern oder gar zu ermöglichen. Sie können somit eine wichtige Voraussetzung für die berufliche Teilhabe darstellen.

Hilfsmittel werden über die medizinische oder berufliche Rehabilitation im engeren Sinn hinaus auch angeboten, um allgemein der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft oder auch der Verbesserung der Lebensqualität oder des Komforts zu dienen. Nur ein Teil dieser Hilfsmittel kann eine Leistung im Sinne des Sozialgesetzbuchs sein, da dort für die Gewährung von Leistungen die Grundsätze der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit gelten und die Leistungen der Solidargemeinschaft und des Staates unter Beachtung des Subsidiaritätsprinzips gesetzlich festgelegt sind. Die besonderen Bestimmungen der einzelnen Sozialgesetzbücher sind deshalb besonders zu beachten. Teilweise werden darin Hilfsmittel von der Erstattung ausgeschlossen und der Sphäre der privaten Lebensgestaltung zugeordnet, auch wenn sie zweckmäßig sind.

Die Hilfsmittelversorgung ist ein mehr oder weniger aufwändiger Versorgungsprozess. Nicht allein die Verordnung, Genehmigung und die technischen Eigenschaften des Hilfsmittels, sondern die Qualität des Versorgungsprozesses selbst tragen entscheidend dazu bei, ob die Hilfsmittelversorgung erfolgreich ist.

Kriterien für eine erfolgreiche Hilfsmittelversorgung sind insbesondere:

- exakte Erfassung des Bedarfes unter Berücksichtigung der spezifischen Kontextfaktoren
- möglichst präzise und umfassende Zieldefinition der Versorgung, ggf. unter Abwägung konfligierender Zielsetzungen
- barrierefreier, rechtzeitiger und ökonomischer Versorgungsprozess unter aktiver Beteiligung des Betroffenen, seiner Assistenten und seiner fachlichen Experten einschl. Erprobungs- und Anpassungsphase
- bedarfs- und zeitgerechte Zielerreichung im Hinblick auf Prävention, Heilbehandlung, Aktivitäten und Teilhabe für den Nutzer
- Zufriedenheit des Nutzers, die sich oftmals auch nur in der Bereitschaft ausdrückt, das Hilfsmittel im Alltag zu gebrauchen
- Wirtschaftlichkeit der Versorgung
- Nachhaltigkeit der Wirkungen

Die Versorgung mit Hilfsmitteln im Rahmen der Rehabilitation findet ihre gesetzliche Grundlage in § 26 Abs. 2 Nr. 6, § 31, § 33 Abs. 8 Nr. 4 und 5 sowie § 55 Abs. 2 Nr. 1 und 4 SGB IX. Hinzu kommen einzelgesetzliche Regelungen, wie z. B. im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach § 12, § 33 und §§ 126–128 und § 139 SGB V oder der Sozialen Pflegeversicherung nach § 28 Abs. 1 Nr. 5, § 40, § 78 SGB XI oder der Sozialhilfe nach §§ 53 ff. SGB XII (Eingliederungshilfe für behinderte Menschen).¹

Während die Leistungen der GKV nach dem Grundsatz „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sowie das notwendige Maß nicht überschreitend“ (§ 12 SGB V) zu erbringen sind, erfolgt die Hilfsmittelversorgung durch die Gesetzliche Unfallversicherung nach dem Grundsatz „mit allen geeigneten Mitteln“ und findet ihre rechtliche Definition in den §§ 31 ff. SGB VII.

Im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung wurden 2004 für Hilfsmittel insgesamt ca. 4,5 Mrd. €, d. h. ca. 89 € je Versicherten, davon ca. 2,3 Mrd. € für ortho-

¹ Das Verhältnis des SGB IX zu den einzelnen Leistungsgesetzen SGB V, SGB XI, SGB XII und anderen ist teilweise schwierig und z. B. im Bereich der Hilfsmittel strittig. Die gesetzessystematischen Schwierigkeiten werden hier nicht behandelt, werden aber Gegenstand weiterer Beratungen sein, zu denen weitere Experten eigens hinzugezogen werden.

pädische Hilfsmittel, d. h. ca. 46 € je Versicherten, ausgegeben. Damit entfielen 2004 ca. 50 % aller Ausgaben für Hilfsmittel auf die GKV. Mehr als ein Drittel wurde von privaten Haushalten und nur ein kleiner Teil von anderen Leistungsträgern finanziert.

In der Pflegeversicherung wurden im Jahr 2004 ca. 340 Mio. € für Hilfsmittel verwendet², d. h. rund 2 % der Ausgaben der Pflegeversicherung wurden für Hilfsmittel aufgewandt³.

Ob diesen Ausgaben für Hilfsmittel eine entsprechende Qualität gegenübersteht und ob diese so verwendet werden, dass eine ausreichende, notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung sichergestellt ist und Unter-, Über und Fehlversorgungen vermieden werden, ist z. Z. nicht eindeutig zu beantworten, da entsprechende Daten für eine umfassende Bewertung fehlen.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen kommt z. B. in seinem Gutachten 2005 „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“ in Kapitel 6 „Hilfs- und Heilmittel in der GKV“ zu dem Ergebnis, dass die Datenlage eine Bewertung der Versorgungssituation nicht zulasse. Er fordert, eine Task Force einzusetzen, die sich mit Fragen der Qualitätssicherung, Aktualisierung und Neustrukturierung des Hilfsmittelverzeichnisses, den Kalkulationsgrundlagen für Festbeträge und Versorgungspauschalen und der Wiederverwendbarkeit von Hilfsmitteln befassen soll.

Es stehen eine Vielzahl von Hilfsmitteln in technisch guter Qualität sowie eine Reihe von Versorgungskonzepten zur Individualversorgung bei bestimmten Krankheitsbildern zur Verfügung, und es ist wohl davon auszugehen, dass der überwiegende Teil der Versorgungen erfolgreich verläuft. Jedoch wird aus dem Mitgliederkreis der DVfR von Menschen mit Behinderungen, also den Hilfsmittelnutzern, von Ärzten und Therapeuten, Hilfsmittelerbringern und Sozialleistungsträgern z. T. über Probleme bei der Versorgung mit grundsätzlich verfügbaren und qualitativ hochwertigen Hilfsmitteln berichtet.

Aus verschiedenen Gründen, die nachfolgend erläutert werden, erhalten nicht alle Versicherten die für die Teilhabe notwendigen Hilfsmittel – viele erhalten die Hilfsmittel nicht rechtzeitig, nicht bedarfsgerecht oder nur mit unverhältnismäßigem persönlichem Aufwand. Diese Einschätzung gründet sich zum einen auf Rückmeldungen der Betroffenen gegenüber ihren behandelnden Ärzten, Therapeuten und Selbsthilfeorganisationen, zum anderen auf Rückmeldungen von ärztlichen Gutachtern, Sanitätshäusern sowie ferner von behandelnden Ärzten insbesondere in Institutionen, die in besonderem Maße Menschen mit Behinderungen versorgen. Eine systematische Erhebung fehlt.

Eine mangelnde Qualität der Versorgung kann verminderte Teilhabechancen, vermehrte Pflegebedürftigkeit und Belastungen bzw. Vergeudung von Ressourcen von Betroffenen, Familien, Ärzten, Therapeuten, Heilmittelerbringern und Kostenträgern

² Quelle: www.bmgs.bund.de: „Finanzentwicklung in der sozialen Pflegeversicherung“

³ Quelle: Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005 „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“

bedeuten. Nicht selten entstehen hieraus bei den Betroffenen, ihren Familien und Bezugspersonen Resignation und Verbitterung.

1 Aktuelle Probleme bei der Hilfsmittelversorgung

Die nachfolgenden Ausführungen stellen die Ergebnisse des Ad-hoc-Ausschusses „Heil- und Hilfsmittelversorgung“ der DVfR aus der ersten Arbeitsperiode von September 2004 bis Juni 2006 zum Themengebiet Hilfsmittel dar. Sie konzentrieren sich dem Beratungsverlauf entsprechend auf solche Hilfsmittel,

- bei denen eine Bedarfsermittlung erfolgen muss, diese sich schwierig gestaltet und ggf. spezielle Fachkompetenz erforderlich ist, bevor ein entsprechendes Versorgungskonzept erstellt werden und eine Versorgung mit einem Hilfsmittel erfolgen kann,
- bei denen eine Prüfung verschiedener Alternativen und ggf. eine Probephase notwendig ist,
- bei denen die Unberechenbarkeit des Krankheitsverlaufes oder der Adaptionfähigkeit eine mehrfache Nachpassung/Änderung des Versorgungskonzeptes erfordert,
- die mit hohem Know-how und hohem handwerklichen Aufwand angepasst oder hergestellt werden müssen
- die zwar selbst einfach aufgebaut oder konfektioniert abgegeben werden können, deren Auswahl jedoch einen längeren Beratungs- oder Auswahlprozess erfordert,
- die einen hohen finanziellen Mitteleinsatz bedeuten,
- die leistungsrechtlich schwierig oder im Einzelfall auch nicht eindeutig zu bewerten sind,
- deren Auswahl erfolgen muss, ohne dass Leitlinien zur Versorgung vorhanden oder diese im Einzelfall anwendbar sind,
- bei denen Akzeptanzprobleme beim Betroffenen oder seiner Umwelt bestehen.

Diese Faktoren bestimmen – in engem Zusammenhang mit den Bedarfen und Ressourcen der zu versorgenden Person (siehe Seite 9) – maßgeblich, ob sich der Versorgungsprozess schwierig und anspruchsvoll gestaltet und ob für die erfolgreiche Hilfsmittelversorgung ein besonderer Aufwand und besondere Kenntnisse erforderlich sind⁴.

⁴ Nachfolgend als aufwändige Hilfsmittel(versorgung) bezeichnet.

Probleme wurden insbesondere bei Versorgungen mit Krankenfahrstühlen, Sitzhilfen, Mobilitätshilfen, Gehhilfen, Orthesen und Prothesen, Kommunikationshilfen und Adaptionshilfen sowie Hilfsmitteln bei Dekubitus berichtet. Die Probleme betreffen oft nicht die Produkte selbst, sondern die individuell notwendigen Anpassungen und Ausstattungsmerkmale der Hilfsmittel. Nicht immer werden dabei z. B. Körpermaße, Erfüllung mehrfacher Funktionen (beim Rollstuhl: Trippelmöglichkeit und zusätzlich Fußrasten bei Nutzung als Schieberollstuhl), variable Sitzgestaltung als Voraussetzung für Inhibition von Spastik oder für ausreichend lange Sitzzeiten, angemessene Steuerung und Sicherheitseinrichtungen u. a. ausreichend berücksichtigt.

Konfektionierte Hilfsmittel ohne individuelle Anpassung sind nur dann im Fokus dieser Expertise, wenn der Versorgung mit einem solchen Hilfsmittel ein umfangreicher Abklärungs-, Beratungs- und Auswahlprozess vorausgehen muss oder die sachgerechte Nutzung des Hilfsmittels eine intensive Begleitung bzw. Behandlung einschl. Kontrolle und Nachsorge für den Betroffenen voraussetzt.

Weitere Produktgruppen wie z. B. Seh- und Hörhilfen und Inkontinenzprodukte werden im Rahmen dieser Expertise nicht behandelt. Insofern werden durch diese Expertise wesentliche Teile der Hilfsmittel nicht erfasst.

Als Personengruppen, bei deren Versorgung Probleme häufiger auftreten, wurden Menschen mit schweren orthopädisch-neurologischen Störungen und mit schweren und sehr schweren Mehrfachbehinderungen identifiziert. Bei den betroffenen Personen bestehen relevante und umfassende Beeinträchtigungen der Teilhabe an den Alltagsaktivitäten und in der Lebenswelt, die eine aufwändige Hilfsmittelversorgung (siehe Seite 8) erfordern. Die Beeinträchtigungen betreffen vorwiegend Mobilität, Motorik, Stehen bzw. Transfers, Sitzen, Sprechen, Nahrungsaufnahme (Schlucken), Kulturtechniken (Lesen, Schreiben, Rechnen, Mediennutzung), Selbstversorgung. Oft besteht Pflegebedarf.

Ausdrücklich ist festzuhalten, dass es Bereiche der Hilfsmittelversorgung gibt, zu denen in den Beratungen des Ausschusses keine gravierenden Probleme berichtet wurden, z. B. die Orthesennutzung bei Wirbelsäulenerkrankungen oder der kurzzeitige Hilfsmiteleinsatz nach Verletzungen sowie bei akuten Erkrankungen.

Die DVfR hat aufgrund der Erfahrungen und Informationen durch ihre Mitglieder folgende relevante Probleme identifiziert:

- Die Versorgung mit Hilfsmitteln sei durch hohe Kosten gekennzeichnet.
- Die Brauchbarkeit und der Nutzen der Hilfsmittel für die Betroffenen sei oft unzureichend. Ursache seien u. a. Fehl Auswahl oder mangelnde Passfähigkeit der Hilfsmittel.
- Der Versorgungsprozess sei aus Sicht der Betroffenen und Verordner insgesamt zu langwierig und nicht verlässlich gestaltbar.

-
- Die Kompetenz, die Kenntnis der Produktpalette und die Steuerung der Hilfsmittelversorgung durch die verordnenden Ärzte sei oft mangelhaft.
 - Die verschiedenen Beteiligten kooperierten und kommunizierten ungenügend.
 - Bei speziellen Versorgungsmitteln würden teilweise lange Bearbeitungszeiten bis zur Genehmigung und ein hoher bürokratischer Aufwand durch An- und Rückfragen durch die Krankenkassen auftreten.
 - Nicht ausreichend begründete Verordnungen würden zu Nachfragen bei den verordnenden Ärzten und so zu Verzögerungen führen.
 - Ablehnungen durch die Krankenkassen seien in manchen Fällen unberechtigt. Widersprüche dagegen seien aufwändig und verursachten erhebliche Verzögerungen.
 - Ablehnungen seitens der Krankenkassen würden aus Sicht der Betroffenen teilweise nicht ausreichend und sachlich begründet.
 - Die Sanitätshäuser benötigten oft unangemessen lange für die Herstellung bzw. Bearbeitung von Hilfsmitteln.
 - Die Beratung erfolge teilweise nicht produkt- und firmenunabhängig. Dadurch werde eine bedarfs- und sachgerechte Hilfsmittelversorgung in Frage gestellt.
 - Aufgrund der Komplexität und Heterogenität sowie des beständigen Wandels des Hilfsmittelmarktes fehlen für die Belange der einzelnen Personengruppen (Anwendergruppen) spezifisch aufbereitete Informationen.
 - Von einigen Mitgliedern der DVfR wird die Auffassung vertreten, dass z. T. zu viele, für eine Bewertung des Antrages nicht unbedingt erforderliche Daten von den Kostenträgern angefordert würden, z. B. ausführliche Behandlungspläne einschließlich der durchgeführten Diagnostik. Sofern aussagefähige Daten für Anträge bei umfangreichen Versorgungskonzepten notwendig sind, seien diese nicht für die Krankenkasse bestimmt, sondern dürften ausschließlich den ärztlichen Gutachtern zugänglich gemacht werden. Der Datenschutz sei im Zusammenhang mit den für die Begründung von Versorgungsmitteln verlangten Befundübermittlungen an die Krankenkassen nicht gewährleistet.
 - Überversorgung verursacht hohe Kosten. Sie sei ebenso wie Fehl- und Unterversorgung dringend zu vermeiden, da dadurch Ressourcen vergeudet, Teilhabechancen nicht ausgeschöpft und zugleich Handlungsspielräume der Kostenträger eingeengt werden.
 - Es lägen in Deutschland kaum verwertbare Daten zur Versorgungsqualität und Versorgungslage vor. Vorhandene Daten, z. B. bei den Leistungsträgern, seien zumindest schwer zugänglich oder nicht erschlossen. Versorgungsforschung, Entwicklung von Versorgungsstandards und praktikable Leitlinienentwicklung seien im Hilfsmittelbereich unterentwickelt.

- Noch immer würden Verordnungen bzw. Anträge einfach abgelehnt, statt sie an einen anderen zuständigen Kostenträger weiterzuleiten, wie dies nach § 14 SGB IX geboten ist.
- Die Patientenbeteiligung nach § 140 f Abs. 4 SGB V sei durch die gesetzlichen Vorgaben nur unzureichend gestaltbar.

Systematisch lassen sich die Probleme in solche der Qualität des Versorgungsprozesses (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität), der Wirtschaftlichkeit und der Rahmenbedingungen unterteilen. Der Ad-hoc-Arbeitsausschuss konzentriert sich zunächst auf die Untersuchung der Probleme der Versorgungsprozessqualität.

Die Problemanzeigen konnten mangels Daten nicht quantifiziert werden. Bei den Problemanzeigen handelt es sich oft um Schilderungen von Einzelfällen, aber auch um Expertenmeinungen bzw. Diskussionsergebnisse von Expertenrunden, u. a. im Ausschuss selbst. Die beschriebenen Klagen, Schilderungen, Berichte und Einschätzungen hat der Ausschuss deshalb daraufhin untersucht, ob sie plausibel sind, ob es sich erkennbar nur um Einzelfälle handelt und ob sie auf systematische Störungen oder Fehler im Hilfsmittelversorgungsprozess hinweisen. Der Ausschuss sah seine vorrangige Aufgabe darin, Systemfehler im Versorgungsprozess zu beschreiben, ggf. näher zu analysieren und Vorschläge zu ihrer Behebung zu machen.

2 Probleme der Qualität in der Hilfsmittelversorgung

2.1 Strukturqualität

Im Bereich der Strukturqualität werden folgende Probleme beschrieben:

2.1.1 Qualifikation, Kenntnisse und Erfahrungen

Eine bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung setzt bei allen Beteiligten (insbesondere bei Vertragsärzten, Hilfsmittelerbringern, therapeutischen Fachkräften, Krankenkassen, MDK, Betroffenenorganisationen) eine entsprechende Qualifikation voraus: Die notwendige Qualifikation ist nicht immer wohnortnah gegeben, insbesondere bei der Versorgung von Menschen mit schweren Behinderungen, wie z. B. Amputierte, Kinder mit Behinderung (Zerebralparese, Spina bifida, Muskelerkrankungen), Erwachsene mit Zerebralparese, Querschnittlähmung, Schädelhirntrauma, Schlaganfall und neurologischen Erkrankungen bzw. mit Pflegebedarf, geriatrische Patienten und Menschen ohne Aktivsprache bzw. mit Beeinträchtigungen in den Kulturtechniken (Lesen, Schreiben, Rechnen, Mediennutzung), die ggf. einer aufwändigen Versorgung mit Hilfsmitteln bedürfen (siehe Seite 8).

Dies hat mehrere Ursachen, insbesondere:

- In der Ausbildung der Ärzte, einschließlich der Facharztweiterbildung in der Klinik, spielt die Versorgung mit Hilfsmitteln keine wesentliche Rolle. Dies gilt nicht nur für Allgemeinärzte, sondern auch für die facharztspezifische Ausbildung von Orthopäden, Neurologen bzw. Nervenfachärzten u. a. Vorhandene Kursangebote im Rahmen der Facharztweiterbildung werden nicht durchgehend genutzt. Auch in der Ausbildung der therapeutischen Fachberufe spielt die Hilfsmittelversorgung keine große Rolle.
- Praxisnahe Fortbildungsangebote zum Thema Hilfsmittel und Hilfsmittelversorgung sind relativ selten oder werden nicht ausreichend genutzt.
- Ärzten in Rehabilitationseinrichtungen, die sich mit der Hilfsmittelversorgung beschäftigen, fehlt oft die Erfahrung aus der Langzeitversorgung im häuslichen Umfeld.
- In den vorhandenen ärztlichen Leitlinien (AWMF) spielt die Hilfsmittelversorgung eine allenfalls untergeordnete Rolle (Ausnahme Prothesen).
- Vorhandene Handlungsempfehlungen und Arbeitshilfen (wie z. B. Maßbogen) sind nicht immer ausreichend fachlich begründet oder werden in der Praxis nicht ausreichend genutzt.
- Lehrbücher und Fachpublikationen über Möglichkeiten zum Einsatz von Hilfsmitteln sind nicht ausreichend vorhanden (Ausnahme: Prothetik) bzw. werden von verschiedenen Nutzergruppen nicht ausreichend genutzt. Zudem fehlen z. B. in den Lehrbüchern zur Technischen Orthopädie z. T. die Bezüge zur Rehabilitation.
- Der Kenntnisstand vieler Mitarbeiter der Leistungserbringer deckt spezielle Versorgungsgebiete nicht immer ausreichend ab. Auf spezielle Themen bezogene Fortbildung wird unzureichend angeboten, ist oft mit hohen Kosten verbunden und nicht immer leicht zugänglich.
- Der Schulungsbedarf bei der Hilfsmittelversorgung wird nicht ausreichend wahrgenommen und es fehlen daher entsprechende Fortbildungsangebote, z. B. bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV).
- Der Kenntnisstand aller beteiligten Berufsgruppen ist nicht ausreichend im Hinblick auf die Anwendung allgemeiner Kenntnisse auf den Einzelfall (v. a. im Hinblick auf den individuellen Bedarf und die individuellen Chancen zur Teilhabe). Dies führt u. a. zu ungenügender Ausschöpfung von Rehabilitationspotentialen, insbesondere auch bei Pflegedürftigen (siehe Punkt 2.2 Prozessqualität). Ein angemessenes Qualifikationsniveau für alle beteiligten Berufsgruppen entsprechend der jeweiligen Arbeitsanforderungen erscheint gegenwärtig nicht durchgängig gegeben.
- Die Notwendigkeit von Teamarbeit bei aufwändigen Hilfsmittelversorgungen, die in vielen Fällen Qualität erst ermöglicht, ist nicht allgemein anerkannt oder gar umgesetzt. Gemeinsame Versorgung im Team und Informationsaustausch unter

Beteiligung verschiedener Berufsgruppen einschließlich Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie ist außerhalb von Zentren, z. B. den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), Rehabilitationskliniken oder Einrichtungen der Behindertenhilfe kaum in der ambulanten Versorgung und praktisch gar nicht im hausärztlichen Bereich etabliert.

- Die Möglichkeiten der Qualitätsverbesserung durch den systematischen Einsatz des Hilfsmittelverzeichnisses der GKV in der alltäglichen Versorgung und der Rehabilitation werden von einigen Stellen unzureichend genutzt. Dies liegt wesentlich darin begründet, dass das Hilfsmittelverzeichnis nicht für die einzelnen Nutzergruppen (z. B. Therapeuten, Vertragsärzte) spezifisch aufbereitet ist. Das GKV-Hilfsmittelverzeichnis ist auch in die Datenbank REHADAT integriert, die darüber hinaus viele weitere Hilfsmittel auflistet. Jedoch bestehen in REHADAT die genannten Defizite, die den alltäglichen praktischen Gebrauch durch verordnende Ärzte oder ein therapeutisches Team erschweren, weil indikations- und problembezogene Hilfsmittelinformationen sowie entsprechende Suchfunktionen sowie eine Darstellung als Fließtext mit Register, analog einem Buch, fehlen.
- Das international vorhandene Wissen über Hilfsmittel ist in Deutschland für die Anwender nicht ausreichend praxisnah aufbereitet und kaum in deutscher Sprache verfügbar.
- Das Wissen und die Erfahrungen von Betroffenen werden nicht systematisch aufgearbeitet und in den Beratungs- und Verordnungsprozess einbezogen oder eingebracht.
- Das Beteiligungsverfahren nach § 140 f SGB V wird nur unzureichend umgesetzt, da die Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen zwar die fertigen Festbetragsgruppenbildungen, die fertigen Festbeträge und die vorgesehenen Änderungen des Hilfsmittelverzeichnisses übersandt bekommen und über den Berechnungsmodus informiert sind, aus Datenschutzgründen allerdings nicht die konkreten Preislisten und Marktdaten der Hersteller erhalten können. Darüber hinaus sind nur die Personengruppen anhörungsberechtigt, die in der Rechtsverordnung nach § 140 g SGB V benannt sind. Auf dieser Grundlage kann das Beteiligungsrecht der einschlägigen Verbände nicht sachgerecht genutzt werden.
- Der Kenntnisstand der an der Hilfsmittelversorgung beteiligten Fachleute hinsichtlich der Bedeutung und der Gestaltbarkeit von Kontextfaktoren (Wohnumfeld, kommunales Umfeld etc.) für die Hilfsmittelversorgung ist unzureichend.
- Gesicherte inhaltliche und verbindliche Qualifikationsanforderungen im Bereich Hilfsmittelversorgung fehlen für die Leistungserbringer weitgehend, außer beim Berufsbild „Gesundheitshandwerker“. Die Zertifizierung von Betrieben ist ein wichtiger Schritt zur Optimierung der Prozessqualität, greift aber kaum im Hinblick auf die hier geschilderten Probleme.

2.1.2 Verfügbarkeit qualifizierter Akteure

Neben der Qualifikation der am Versorgungsprozess beteiligten Fachleute ist aber auch deren Verfügbarkeit im Versorgungsprozess, insbesondere im ambulanten Bereich, von großer Bedeutung:

- Spezialisierte Ärzte in Rehabilitationseinrichtungen, Kliniken, Einrichtungen der Behindertenhilfe mit entsprechender Qualifikation können diese mangels vertragsärztlicher Ermächtigung nicht in die ambulante Versorgung einbringen.
- Spezialisierte Heilmittelerbringer fehlen, um ihre Qualifikation in die ambulante Versorgung einzubringen.
- Qualifizierte Verordner, Sanitätshäuser und andere Experten sind nicht immer wohnortnah verfügbar, insbesondere nicht als Versorgungsteams. Eine transparente Übersicht über vorhandene Spezialisten und Versorgungsmöglichkeiten ist derzeit nicht möglich.
- In einigen besonders spezialisierten Bereichen sind qualifizierte Experten oft nur als Firmenvertreter vorhanden, z. B. im Bereich der Kommunikationshilfsmittel oder der Rollstuhlversorgung, so dass eine firmenunabhängige Beratung nicht immer gesichert ist.
- Überall in Deutschland ist die Versorgung mit Hilfsmitteln über ein Netz von medizinisch-orthopädischen Versorgungsbetrieben (Sanitätshäuser und Fachbetriebe) gesichert (rd. 1.600 Betriebe). Dennoch stehen wohnortnah oft spezialisierte Experten nicht zur Verfügung, vor allem nicht in ländlichen Gegenden (Stadt-Land-Gefälle). Daher können auch relativ häufig auftretende Problemversorgungen, z. B. bei Schlaganfallpatienten, oft nicht zufriedenstellend gelöst werden. Hilfreiche Standards oder Leitlinien, die sowohl therapeutische als auch hilfsmittelbezogene Aspekte umfassen, stehen den Leistungserbringern in relevanten Bereichen nicht zur Verfügung.

2.1.3 Rahmenbedingungen

Die Rahmenbedingungen für die Hilfsmittelversorgung erschweren in manchen Fällen eine individuell erfolgreiche Versorgung mit Hilfsmitteln:

- Das Aufnahmeverfahren in das Hilfsmittelverzeichnis gestattet grundsätzlich die zügige Aufnahme von innovativen Hilfsmitteln, wenn die erforderlichen Qualitätszertifikate vorgelegt werden. Andererseits befinden sich aufgrund verwaltungsrechtlicher Gesichtspunkte im Hilfsmittelverzeichnis teilweise Produkte, die nicht mehr dem aktuellen technischen Stand entsprechen (z. B. manche analoge Hörgeräte). Hier ist es misslich, dass die Hersteller einen rechtlichen Bestandsschutz genießen, der einer Anpassung des Hilfsmittelverzeichnisses entgegensteht.
- Die Forderung mancher Hersteller, ganz auf das Hilfsmittelverzeichnis zu verzichten und sich lediglich darauf zu beschränken, das „CE“-Kennzeichen (nach Medi-

zinproduktegesetz) zu fordern, ist problematisch, da die Nutzung eines Hilfsmittels besondere Anforderungen stellt, die über die Anforderung der allgemeinen Produktsicherheit hinausgeht (vgl. dazu die Stellungnahme der DVfR vom 14.7.2006 zum Positionspapier der GKV-Spitzenverbände „Anforderungen an Medizinprodukte für die Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis“).

- Konkrete und verbindliche Kriterien für die Abgrenzung zwischen einer Hilfsmittelversorgung i. S. d. § 33 SGB V zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung und einer Verpflichtung der Heimträger zur Bereitstellung von bestimmten Hilfsmitteln fehlen. Dies führt, ebenso wie die oft nicht eindeutige Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes, zu Auseinandersetzungen über die Zuständigkeit des Leistungsträgers für die Kostenübernahme und verzögert oder verhindert die sachgerechte Versorgung im Einzelfall.
- Teamarbeit als koordinierte interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Versorgung mit Hilfsmitteln ist in den Versorgungsverträgen zwischen Krankenkassen, Pflegekassen und Leistungserbringern oder auch im Vertragsarztrecht nicht durchgängig vorgesehen und wird auch nicht vergütet, es sei denn, die Verordnung bzw. Versorgung erfolgt in einer Einrichtung, in der Teamarbeit zum Konzept gehört, z. B. in Rehabilitationskliniken, Sozialpädiatrischen Zentren oder Einrichtungen der Behindertenhilfe.
- Ein Case-Management für schwierige Fälle wie in der gesetzlichen Unfallversicherung ist in der GKV nicht vorgesehen. Der Vertragsarzt ist mit der Fallbetreuung und -begleitung bei schwierigen Fällen überfordert (Qualifikation, Zeitbudget, Vergütungsregelung im EBM).
- Die ärztliche und patientenseitige Abnahme von Hilfsmitteln am Ende des Versorgungsprozesses zu Lasten der GKV ist selten gegeben, weil die Verträge zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringern sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen (Gesamtvertrag) keine verbindlichen Regelungen für die Abnahme und Kontrolle von Hilfsmitteln enthalten oder vorhandenen Regelungen nicht angewendet werden. Auch direkte rechtliche Ansprüche des Versicherten gegenüber dem Leistungserbringer sind nicht ausreichend klar definiert, da die Vertragsbeziehung nur zwischen Leistungserbringer und Krankenversicherung besteht. Es fehlen Regelungen bez. direkter Ansprüche des Versicherten gegenüber dem Leistungserbringer im Hinblick auf Aufzahlungen, Notfallversorgungen, Mängelbeseitigung, Reparatur etc.
- Die Möglichkeiten der Forschung und Lehre im Bereich der Hilfsmittelversorgung sind nicht ausreichend. Die Erstellung von Lehrmaterialien und Möglichkeiten zur Aus- und Fortbildung werden nicht genug gefördert.

2.2 Prozessqualität

Die Probleme der Prozessqualität insbesondere bei der Versorgung mit aufwändigen Hilfsmitteln (siehe Seite 8) finden sich in den Bereichen frühzeitige Bedarfserkennung, Assessment, Teamarbeit, Erarbeitung eines Versorgungskonzeptes, Antragsverfahren und Begründung, Genehmigungs- und Zuteilungsverfahren, Anpassungs- und Fertigstellungsprozess, Abnahme und Kontrolle sowie in den Rahmenbedingungen.

2.2.1 Frühzeitige Bedarfserkennung

Eine frühzeitige Bedarfserkennung ist für eine bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung von besonderer Bedeutung, da Beantragung und Beschaffung eines Hilfsmittels längere Zeit in Anspruch nehmen kann und eine verspätete Versorgung Einschränkungen der Aktivitäten und der Teilhabe und ggf. auch Sekundärschäden nach sich ziehen kann. Dies wird z. B. besonders deutlich, wenn eine mögliche Mobilisierung über einen längeren Zeitraum unterbleibt oder Fehlstellungen gefördert werden oder dadurch Schmerzen entstehen.

Die Leistungsfähigkeit des Betroffenen wird nicht nur eingeschränkt, sondern dementsprechend in der Beurteilung oft unterschätzt, wenn das geeignete Hilfsmittel nicht zur Verfügung gestellt wird, eine individuelle Anpassung unterbleibt und eine ausreichende Trainings- und Übungsphase nicht gewährleistet ist.

- Der Bedarf an Hilfsmitteln wird oft verspätet oder gar nicht erkannt bzw. artikuliert. Frühzeitige Bedarfserkennung setzt bei den Beteiligten Sensibilisierung und Grundkenntnisse über Möglichkeiten und Grenzen für den Hilfsmiteleinsatz insbesondere in der realen Lebenswelt der Betroffenen voraus. Gravierende Defizite bestehen hier z. B. bei Kommunikationshilfsmitteln, bei hilfsmittelunterstützten Strategien zur Vermeidung von Bettlägerigkeit und zur Verbesserung der Selbständigkeit. Betroffene artikulieren den Bedarf häufig zu vorsichtig, fühlen sich oft als nur begehrlige Patienten eingeschätzt und behandelt. Heilmittelerbringer (Therapeuten) werden entweder nicht oder zu spät in die Aufgabe der Bedarfserkennung integriert, werden in dieser Rolle von ärztlicher Seite nicht anerkannt, oder aber es wird ihnen diese Aufgabe allein überlassen. Auch die Kompetenz der Hilfsmittelerbringer wird nicht immer frühzeitig zur Bedarfserkennung herangezogen, z. B. durch den verordnenden Arzt.
- Der Bedarf an Hilfsmitteln wird häufig in den erstbehandelnden Kliniken nicht rechtzeitig erkannt oder nur in Form von Konzepterstellung und Handlungsempfehlungen für den weiterbehandelnden Arzt erarbeitet, so dass zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik die Hilfsmittel noch nicht bereit stehen, ja oft nicht ein-

mal entsprechende Anträge gestellt sind. Dem weiterbehandelnden Arzt werden die Empfehlungen meist nicht im Detail zur Verfügung gestellt, zudem fühlt sich der Hausarzt oft nicht zuständig oder ist überfordert. Facharzttermine sind meist erst nach Wartezeit erhältlich. Eine sachgerechte Bedarfsermittlung für Hilfsmittel ist für Menschen mit Behinderung bzw. chronischen Krankheiten noch nicht immer wohnortnah gesichert.

- Bedarfserkennung beginnt damit, dass zunächst eine Vorstellung von dem zu lösenden Problem entwickelt wird, die aber meist nur dann weiterverfolgt wird, wenn auch Möglichkeiten der Lösung gesehen werden. Dies ist aber bei fehlender Erfahrung und Kompetenz der Beteiligten oft nicht der Fall. Hier fehlen spezialisierte Beratungsstellen, an die sich die Beteiligten bei Bedarf wenden können.

2.2.2 Assessment

Wenn qualifizierte und umfassende Assessments (im Sinn einer guten Bedarfsermittlung und Prozesssteuerung) als Grundlage des Versorgungsprozesses mit aufwändigen Hilfsmitteln (siehe Seite 8) fehlen, kann dies eine wesentliche Ursache für Unter-, Fehl- oder Überversorgung mit Hilfsmitteln sein.

- Eine gelingende Hilfsmittelversorgung setzt eine Erfassung und Bewertung der Beeinträchtigung der Körperstrukturen und -funktionen, der Aktivitäten, der Teilhabe, der personen- und umweltbezogenen Barrieren und Förderfaktoren (z. B. nach ICF) in angemessenem Umfang voraus. Dazu sollten eine Einschätzung der Leistung und der Leistungsfähigkeit jeweils mit und ohne Hilfsmittel gehören, wie sie die ICF konzeptionell vorsieht, sowie eine prognostische Einschätzung des Krankheits- bzw. Behinderungsverlaufs. Ein umfassendes Assessment ist nicht in jedem Falle notwendig, jedoch immer dann zu empfehlen, wenn die zu lösenden Versorgungsprobleme sehr komplex sind hinsichtlich der Erfassung und Bewertung der Versorgungsaufgabe und wenn es sich um arbeits- und kostenaufwändige Hilfsmittel handelt. Umfassende Problem- und Bedarfserhebungen finden sogar bei umfangreicher oder kostenaufwändiger Hilfsmittelversorgung viel zu selten statt.

Nur für einige Bereiche gibt es standardisierte Assessmentinstrumente, z. B. für die Beinprothetik, für andere existieren solche Instrumente noch nicht (Rollstühle, Sitzschalen, Orthesen etc.) oder sind nicht brauchbar.

- Der Informationsaustausch zwischen den Beteiligten bez. umfassender Befund- und Problemerkhebungen (einschl. Assessment) ist unzureichend geregelt. So führen unsystematische oder unvollständige Informationen und Verordnungsbelegungen häufig zu Missverständnissen und Rückfragen des Kostenträgers bzw. MDK bei den verordnenden Ärzten oder Leistungserbringern.

- Ein hilfsmittelbezogenes Assessment ist im Leistungskatalog der vertragsärztlichen Versorgung (EBM2000plus) nicht vorgesehen (war früher teilweise im EBM enthalten als Abrechnungsziffer für den Konstruktionsplan für ein großes Hilfsmittel). Demzufolge wird der für ein Assessment und dessen Dokumentation notwendige Zeitaufwand aus Sicht der Ärzte in der Regel nicht oder nicht angemessen vergütet.
- In Sozialpädiatrischen Zentren, Zentren der Behindertenhilfe, in vielen geriatrischen Einrichtungen sowie in Rehabilitationskliniken (für Amputierte, mit Frührehabilitation, bei Querschnittlähmung u. a.) hingegen sind umfassende Problem-analysen bzw. Assessments üblich. Das häusliche Umfeld und die reale Lebenssituation können dabei allerdings wegen der räumlichen Entfernung nicht immer ausreichend berücksichtigt werden.
- In manchen Fällen ist für das Assessment Teamarbeit (s. Punkt 2.2.3) erforderlich. Das Assessment muss in der Regel sowohl ärztliche als auch pflegerische, therapeutische sowie alltagspraktische Elemente umfassen.

2.2.3 Teamarbeit / Hilfsmittelversorgung als Teamprozess

In den Versorgungsprozess müssen Erkenntnisse verschiedener Beteiligten einfließen können: des Betroffenen, des Arztes, des Hilfsmittelfachmannes, des/der behandelnden Therapeuten, der Sozialleistungsträger und des MDK, der Pflegekräfte, der Assistenten, der pädagogischen Fachkräfte/Lehrer und ggf. des Experten für Wohnraumberatung. Oft können schwierige Probleme einschließlich des leistungsrechtlichen Rahmens nur im Team erkannt und gelöst werden. Dennoch ist Teamarbeit als Bestandteil des Versorgungsprozesses in vielen Bereichen nicht durchgängig geregelt bzw. nicht in die Praxis umgesetzt

- Vor allem in der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte, die einen Großteil der Hilfsmittel verordnen, ist Teamarbeit weitgehend nicht vorhanden.
- Insofern ist Teamarbeit, wie sie in Rehabilitationseinrichtungen, Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) und anderen Spezialeinrichtungen bzw. Kompetenzzentren erfolgreich implementiert ist, in der vertragsärztlichen Versorgung noch nicht üblich.
- Selbst wenn Teamarbeit im weiteren Prozessverlauf ansatzweise stattfindet, wird dabei oft die Beteiligung der Ärzte oder der Hilfsmittelerbringer vermisst.
- Teamarbeit fehlt nicht nur beim Assessment, sondern häufig auch während des Versorgungsprozesses, also bei Erstellung des Versorgungskonzeptes, bei der Begründung gegenüber dem Kostenträger, bei Erprobung, Schulung und endgültiger Abnahme. Oft fehlt ein Koordinator, wenn der Betroffene bzw. seine Assistenten die Steuerung des Prozesses nicht übernehmen können oder wollen.

- Teamarbeit kann dadurch erschwert werden, dass Kostenträger im Rahmen der Verpflichtung zu wirtschaftlichem Handeln den Versorgungsauftrag möglicherweise an einen bisher am Prozess nicht beteiligten Leistungserbringer vergeben, der erst in vorhandene Teamstrukturen integriert werden muss, obwohl ein Team aus Hilfsmittelerbringern und weiteren Akteuren ein Assessment durchgeführt und den Versorgungsvorschlag als Entscheidungsgrundlage erstellt hat. Vom Wohnort des Betroffenen weit entfernte Sanitätshäuser, die in vorhandene Teamstrukturen nicht integriert sind, müssen ggf. erneut ein umfassendes Assessment durchführen. Aus Sicht der Kostenträger können feste Teamstrukturen in der Hilfsmittelversorgung jedoch auch nicht zielführende Absprachen oder gar Vorteilsnahmen zwischen den Beteiligten begünstigen und Kontrollen erschweren.
- In vielen Fällen stehen für die Hilfsmittelversorgung keine einschlägig erfahrenen bzw. qualifizierten Therapeuten, Assistenten oder andere dem Betroffenen nahe stehende Experten oder Angehörige zur Verfügung. Auch dadurch wird ein qualifizierter Teamprozess verhindert.

2.2.4 Erarbeitung eines Versorgungskonzepts

- Für eine nachhaltige Hilfsmittelversorgung ist bei den aufwändigen Hilfsmitteln (siehe Seite 8 f.) überwiegend ein aussagefähiges Versorgungskonzept notwendig, in dem nicht nur das einzelne Hilfsmittel, sondern der Versorgungsbedarf umfassend analysiert ist.
- Beispielsweise muss die Versorgung mit Sitzschalen, Orthesen, Gehhilfen und Rollstühlen aufeinander abgestimmt und an Zielen wie Ausgleich von Funktions-, Aktivitäts- und Teilhabestörung ausgerichtet werden. Dazu sind ggf. Erkundigungen, Erprobungen und Testgeräte notwendig. Die Erarbeitung des Versorgungskonzepts ist entscheidend für das Gelingen der Hilfsmittelversorgung. Solche Versorgungskonzepte werden heute, abgesehen von Versorgungsleistungen durch Zentren, nur in wenigen Fällen erstellt. Darin dürfte eine wesentliche Teilursache für die beklagten Über-, Unter- und Fehlversorgungen liegen. Unbeschadet der Verantwortlichkeit des Arztes werden Versorgungsvorschläge derzeit häufig durch den Leistungserbringer erarbeitet, in manchen Fällen ist abgesehen von der grundsätzlichen Indikationsstellung weder ein Arzt noch ein Therapeut beteiligt⁵. Dies ist nicht ausreichend und bedeutet einen Qualitätsverlust.
- Selbst wenn Versorgungskonzepte erstellt werden, sind sie häufig nicht schriftlich fixiert und damit für Dritte nicht nachvollziehbar und transparent dokumentiert. Eine knappe ärztliche Verordnung des Hilfsmittels einschl. Kurzbegründung auf dem dafür vorgeschriebenen Rezeptformular kann häufig das zugrunde liegende Versorgungskonzept nicht ausreichend darstellen.

⁵ Vgl. Rahmenverträge zur Versorgung Amputierter im Rheinland

- Verschiedentlich halten es Ärzte aus Datenschutzgründen für problematisch, den Kostenträgern das Versorgungskonzept vorzulegen. Hierzu müssten konkrete rechtliche Grundlagen geschaffen werden, die die Befugnisse und Kompetenzen klarstellen, Art und Umfang der auszutauschenden Informationen sowie die Informationswege festlegen. Denn zu beachten ist, dass der Kostenträger seinen Verpflichtungen zur Sicherstellung der notwendigen und wirtschaftlichen Versorgung nachkommen muss und auf die dazu notwendigen Informationen angewiesen ist. Andererseits hat der Patient das Recht auf Schutz seiner Daten im Sinne informationeller Selbstbestimmung.
- Es scheint aus Sicht der Betroffenen oder Ärzte nicht durchgehend sichergestellt, dass erarbeitete Versorgungskonzepte von den Sozialleistungsträgern beachtet bzw. gewürdigt werden. Auch ausführliche Versorgungskonzepte würden nicht selten ohne eine die Argumente würdigende Begründung abgelehnt oder nicht an Gutachter z. B. des MDK weitergeleitet.
- Bislang fehlen Vereinbarungen für die Erarbeitung eines Versorgungskonzepts, z. B. zu Form, Prozedere, Dokumentation. Dadurch kommt es gehäuft zu Nachfragen und damit zu Verzögerungen.
- Für Leistungen im Zusammenhang mit der Arbeit an Versorgungskonzepten sind gesonderte Vergütungen nicht vereinbart, insbesondere für die ärztlichen Leistungsanteile.

2.2.5 Verordnung, Antragsverfahren und Begründung

- Hilfsmittel werden in der vertragsärztlichen Versorgung auf einem vorgeschriebenen Formular (Muster 16) verordnet, das wenig Raum für textliche Erläuterungen bietet. In der Pflegeversicherung erfolgt eine Versorgung i. d. R. ohne ärztliche Verordnung. Eine zusätzliche Begründung ist nicht vorgesehen, ein Beiblatt oder Ähnliches nicht vereinbart, ebenfalls keine spezielle Vergütung.
- Aufgrund des zunehmenden Kostendrucks werden Verordnungen intensiver geprüft, und die Anforderungen der Kostenträger an die Verordnungsbegründungen sind gestiegen. Dadurch kommt es häufiger zu Rückfragen von Seiten des Kostenträgers bei den Ärzten, wenn notwendige Informationen zur Beurteilung des Kostenübernahmeantrages fehlen. Auch die unspezifische Ordnungsweise der Ärzte macht Rückfragen erforderlich. Hinzu kommt, dass die Versorgungen komplizierter werden und die Qualitätsanforderungen steigen. Die Hilfsmittel-Richtlinien berücksichtigen diese Erfordernisse nicht ausreichend. So ist bislang die Erarbeitung eines umfassenden Versorgungskonzeptes inkl. Assessment, Teamprozess und schriftlicher Dokumentation als Bericht/Brief nicht ausreichend geregelt und nicht regelhafter Bestandteil der vertragsärztlichen Aufgaben. Art und Umfang der notwendigen Begründung von Hilfsmitteln im Rahmen ärztlicher Verordnungen sind nicht eindeutig geklärt.

- Von der Möglichkeit, dass der verordnende Arzt auch zum Kostenvoranschlag Stellung nimmt, wird in der Regel kein Gebrauch gemacht. In den meisten Fällen erhält er nicht einmal eine Kopie.
- Es ist nicht transparent, wer über die Entscheidung über eine beantragte Hilfsmittelversorgung informiert wird. Bewilligungen erhält aus pragmatischen Gründen meistens der Hilfsmittelerbringer, Ablehnungen oder Änderungen des Antrags erhält entweder der Versicherte oder der Leistungserbringer, manchmal auch der verordnende Arzt.

2.2.6 Genehmigungs- und Zuteilungsverfahren

- Wenn die Entscheidungen der Krankenkassen (einschließlich evtl. Klärungen) längere Zeit in Anspruch nehmen, müssen Versicherte auf eine Entscheidung warten und sind u. U. in dieser Zeit unversorgt, v. a. bei Erstversorgungen.
- Die Krankenkassen können in geeigneten Fällen durch den MDK prüfen lassen, ob das verordnete Hilfsmittel erforderlich ist; der MDK hat hierbei den Versicherten zu beraten und mit den Orthopädischen Versorgungsstellen zusammenzuarbeiten (§ 275 Abs. 3 Nr. 2 SGB V). Dieser Ermessensspielraum wird von den Krankenkassen sehr unterschiedlich genutzt: Zum einen beziehen sich Anfragen an den MDK teilweise auf Routinevorgänge, zum anderen kommt es vor, dass der MDK auch bei spezifischen Versorgungsproblemen zu wenig einbezogen wird. Die Krankenkassen sollten gezielt von der fachlichen Beratung durch den MDK Gebrauch machen, einschließlich der Patientenberatung, damit die Kompetenzen und Ressourcen effektiv genutzt werden können. Die Möglichkeit der Zusammenarbeit mit den Orthopädischen Versorgungsstellen ist immer weniger gegeben, da diese nicht mehr im erforderlichen Umfang zur Verfügung stehen.
- Manche Vertragsärzte weigern sich aus Datenschutzgründen, ausführliche Versorgungskonzepte an die Krankenkasse zu schicken, da sie der Auffassung sind, dass diese Informationen ausschließlich dem MDK zugänglich gemacht werden dürften.
- Detailkenntnisse über Hilfsmittel(versorgungen) sind bei den Krankenkassenmitarbeitern aufgrund ihres zumeist umfassenden Sachgebiets, der hohen, komplexen Anforderungen und der darauf nicht spezifisch ausgerichteten Ausbildung nicht immer ausreichend vorhanden. Angebote zur Weiterqualifizierung der Sachbearbeiter werden nicht immer ausreichend wahrgenommen.
- Die Begründungen von Ablehnungen fehlen teilweise oder werden, insbesondere von den Betroffenen und Verordnern, teilweise als zu pauschal wahrgenommen, ohne dass auf die Besonderheiten des Einzelfalles oder auf evtl. bereits gegebene Begründungen der Verordnung eingegangen wurde. Damit wird den Vorgaben der §§ 24 (Anhörung Beteiligter) und 35 (Begründung des Verwaltungsaktes) SGB X nicht entsprochen.

-
- In einigen Fällen ist die Ablehnung fachlich nicht gerechtfertigt, jedoch der angesprochene Rehabilitationsträger nicht zuständig. In diesem Falle wird nur selten entsprechend § 14 SGB IX (Zuständigkeitsklärung) verfahren.
 - Die Inhalte der Hilfsmittelbeantragung und -genehmigung sind dem Patienten und dem Arzt insofern nicht voll transparent, da beiden oft der Kostenvoranschlag als Antragsgrundlage nicht bekannt ist.
 - Der vorgelegte Kostenvoranschlag eines Leistungserbringers, ggf. erstellt auf der Basis eines Assessments und eines Versorgungskonzeptes, wird auch anderen Anbietern vorgelegt. Dies ist rechtlich nicht zulässig, wenngleich das Recht der Kostenträger, Vergleichsangebote einzuholen, unberührt bleibt. Wird günstigeren Angeboten auf der Grundlage fremder Kostenvoranschläge der Zuschlag erteilt, wird dabei nicht berücksichtigt, dass die Erarbeitung des Versorgungskonzeptes selbst einen u. U. erheblichen Aufwand bedeutet, auch wenn als Ergebnis vielleicht nur ein relativ einfaches Hilfsmittel erforderlich ist.
 - Eine Wunsch- und Wahlmöglichkeit des Versicherten wird bei Leistungsvergabe an einen Leistungserbringer nicht immer ausreichend berücksichtigt. Der Versicherte wird nicht immer über einen vorgesehenen Wechsel des Leistungserbringers vorher informiert.
 - Erfolgt die Vergabe der Versorgung bei bestimmten Produkten wie Pflegebetten, Toilettenstühle, Rollstühle u. a. durch wohnortferne Anbieter, ist es schwieriger, den Versorgungsprozess kontinuierlich zu begleiten. Gegebenenfalls werden angesichts langer Anfahrten erforderliche Anpass-, Service- und Beratungsleistungen dadurch unzureichend oder nicht zeitnah erbracht.
 - In Bezug auf die wohnortnahe Versorgung mit Hilfsmitteln gibt es ein Stadt-Land-Gefälle, das insbesondere hinsichtlich Anpassung und Service deutlich wird.
 - Die Vergabe erfolgt zunehmend an Anbieter im Rahmen eines Leasing- oder Pauschalpreis-Modells (Versorgungspauschale). Hier ist festzustellen, dass dadurch nicht immer das benötigte Hilfsmittel, sondern ein weniger geeignetes Hilfsmittel mit geringerem Preis geliefert wird oder die Ausstattung gekürzt wird, so dass letztlich die notwendige Hilfsmittelversorgung nicht in erforderlichem Umfang sichergestellt wird. Beim Leasingverfahren sind die weitere Nachpassung und der Service nicht immer zeitnah gewährleistet. Betroffene und Verordner haben nicht immer Einblick, auf welche Leistungen sie einen Anspruch haben.
 - Bei der Erstellung von Angeboten im Rahmen von Versorgungspauschalen entsteht bei den Anbietern gelegentlich ein Konflikt zwischen erzielbarem Deckungsbeitrag und dem Bedarf des Versicherten. Oft lässt sich die Erzielung von notwendigen Deckungsbeiträgen nur mit Hilfe von Qualitätseinbußen, wie weniger Anpassung, Service oder Schulung, erreichen. Die zunehmende Verbreitung von Versorgungspauschalen kann einen Widerspruch zwischen der Bedarfsdeckung für den betroffenen Menschen und dem wirtschaftlichen Verhalten des Leistungserbringers bedeuten.

- Es bedarf noch einer weiteren Klärung, in welchem Verhältnis der im Rahmen der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 in Verbindung mit §11 Abs. 2 SGB V und § 27 Abs. 1 Nr. 6 SGB V bestehende Hilfsmittelanspruch nach § 31 SGB IX zu dem Anspruch auf Hilfsmittelgewährung im Rahmen der Krankenbehandlung nach § 33 SGB V steht und welche Auswirkungen dies für die Leistungsgewährung und -verfahren hat.

2.2.7 Anpassungs- und Fertigstellungsprozess

- Bei individuell anzupassenden Hilfsmitteln ist oft ein länger andauernder Anpassungs- und Erprobungsprozess notwendig. Dieser wird nicht immer ausreichend intensiv und nicht immer lang genug bis zur erfolgreichen Versorgung durchgeführt. Dafür können verschiedene Gründe verantwortlich sein, z. B. Zeitmangel, Entfernungen, Kostendruck. Nichtnutzung des Hilfsmittels oder Komplikationen (wie Druckstellen) sind die Folge.
- Bestimmte technische Hilfsmittel erfordern Anpassungen, Einweisungen, Beratungen etc., weshalb sie für eine Zusendung ungeeignet sind. Produkte werden aber teilweise auch an den Versicherten gesandt, wenn die Verträge Service- und Beratungsleistungen vorsehen. Dabei handelt es sich dann eindeutig um Vertragsverstöße, die den Kostenträgern mangels Rückinformation ggf. aber nicht bekannt werden und daher nicht geahndet werden.
- Es besteht in solchen Fällen zudem für die Sozialleistungsträger ein Zielkonflikt: Werden an den Versorgungsprozess hohe Anforderungen gestellt, werden von den Leistungserbringern die erzielbaren Preise als nicht ausreichend angesehen. (So kann z. B. ein Toilettenstuhl, für den vor der Versorgung am Patienten im Krankenhaus Maß genommen wird und dessen räumliche Verhältnisse bei einem Hausbesuch vorher geprüft werden, der dann nach Hause geliefert, dort aufgebaut und am Patienten erprobt wird und für den der Patient und seine Angehörigen ordnungsgemäß eingewiesen werden, nicht ohne weiteres zum Preis des Versandhandels angeboten werden.)
- Der Leistungserbringer hat sich bei Abgabe des fertiggestellten Hilfsmittels von der Passgenauigkeit und Funktionstüchtigkeit zu überzeugen. Der Nutzer und ggf. seine Assistenten sind umfassend in Gebrauch, Pflege, Wartungsintervalle und mögliche Risiken einzuweisen. Dies ist z. Z. nicht immer in ausreichendem Maß gegeben. Hinzu können Probleme beim Betroffenen kommen, die Informationen und Einweisungen zu verstehen und umzusetzen.
- Nach Abschluss der Versorgung ist eine definitive Rückäußerung durch den Patienten über eventuelle Mängel oder Einschränkungen der Gebrauchsfähigkeit an den Arzt und den Leistungserbringer erforderlich. Diese erfolgt nicht regelmäßig. Ist das Hilfsmittel nicht oder nicht mehr gebrauchsfähig, ist der Leistungsträger zu informieren, dies ist z. Z. nicht durchgängig sichergestellt.

- Der Zeitraum zwischen Verordnung und Auslieferung des Hilfsmittels ist aufgrund von Antragsbearbeitung/Kostenzusagen, Liefer- und Fertigungszeiten teilweise unverhältnismäßig lang. Dadurch können Zeiten entstehen, in denen der Patient nicht oder nicht mehr angemessen versorgt ist.
- Der Betroffene ist in den gesamten Versorgungsprozess maßgeblich einzubeziehen. Dies ist z. Z. nicht durchgängig sichergestellt.

2.2.8 Abnahme und Kontrolle

- Die Ergebnisbeurteilung des Versorgungsprozesses, die Kontrolle des Effekts des Hilfsmittels und eine Abschlussdokumentation sind z. Z. nicht gewährleistet, da das fertiggestellte Hilfsmittel vom verordnenden Arzt häufig nicht abgenommen wird. Dies steht im Gegensatz zur Verpflichtung des Kassenarztes, „sich zu vergewissern, ob das abgegebene Hilfsmittel seiner Verordnung entspricht und den vorgegebenen Zweck erfüllt, insbesondere wenn es individuell angefertigt oder zugerichtet wurde“ (s. Hilfsmittel-Richtlinie vom 5.1.2005, Abs. III Allgemeine Ordnungsgrundsätze, Satz 19). Gründe für die mangelnde Beachtung dieser Vorschrift können u. a. die fehlende Verpflichtung des Leistungserbringers, aus seiner Sicht über den Abschluss des Versorgungsprozesses gegenüber dem verordnenden Arzt und dem Kostenträger zu berichten, und organisatorische Schwierigkeiten (Beförderung des Hilfsmittels zum Arzt, fachärztlicher Hausbesuch erfolgt selten) sein. Die Möglichkeiten des Kostenträgers, auf Mängelbeseitigung, Nachbesserung und Änderung Einfluss zu nehmen, sind gering. Eine Pass- und Erfolgskontrolle, an der alle Beteiligten mitwirken (also Patient, Arzt, Therapeut, Leistungserbringer) ist z. Z. nicht sichergestellt.
- Bisher ist der Patient nicht gehalten, das Ergebnis der Versorgung an den behandelnden Arzt und den Kostenträger mitzuteilen. Er unterschreibt bei Aushändigung des Hilfsmittels lediglich eine Empfangsbestätigung, um zu versichern, dass das Hilfsmittel in ordnungsgemäßem Zustand ausgeliefert wurde. Dies ist für eine Erfolgskontrolle nicht ausreichend.

2.2.9 Rahmenbedingungen

- Die Anforderungen an die Prozessqualität sind nicht in allen Versorgungsverträgen abgebildet. Eine Rolle spielt auch die Ausgestaltung der Verträge.
- Die vertraglichen Bestimmungen zur Hilfsmittelversorgung können einem optimalen Prozess der Hilfsmittelversorgung entgegenstehen. Die Nebenleistungen (Beratung, Teamarbeit) werden bei der Versorgung nicht gesondert ausgewiesen. Es erfolgt in der Regel keine vollständige Trennung zwischen Dienstleistung und Warenleistung.

- Es fehlen konkrete und verbindliche Kriterien für die Abgrenzung zwischen einer Hilfsmittelversorgung i. S. d. § 33 SGB V zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung und einer Verpflichtung der Heimträger zur Bereitstellung von bestimmten Hilfsmitteln. Dies führt, ebenso wie die oft nicht eindeutige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, zu Auseinandersetzungen über die Zuständigkeit des Leistungsträgers für die Kostenübernahme und verzögert oder verhindert die sachgerechte Versorgung im Einzelfall. Aufgrund fehlender eindeutiger rechtlicher Grundlagen kommt es dazu, dass die Krankenkassen zunächst die Kostenübernahme für eine Versorgung unter Hinweis auf die Unterbringung in einem Pflegeheim ablehnen, häufig sogar in Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Andererseits kommen Heime ihren lt. Rechtsprechung bestehenden Verpflichtungen auf Bereitstellung bedarfsgerechter Hilfsmittel oft nur unzureichend nach.
- Das Hilfsmittelverzeichnis bietet wichtige Informationen für die Vorauswahl von qualitätsgeprüften Hilfsmitteln, steht jedoch den verordnenden Ärzten, Therapeuten und Sozialdiensten nicht in einer für ihre Belange spezifischen Form zur Verfügung. Das GKV-Hilfsmittelverzeichnis ist auch in der Datenbank REHADAT integriert, die darüber hinaus viele weitere Hilfsmittel auflistet. Jedoch bestehen in REHADAT die genannten Defizite, die den alltäglichen praktischen Gebrauch durch den verordnenden Arzt oder ein therapeutisches Team erschweren, weil indikations- und problembezogene Hilfsmittelinformationen sowie entsprechende Suchfunktionen sowie eine Darstellung als Fließtext mit Register, analog einem Buch, fehlen
- Die Anwendung des Hilfsmittelverzeichnisses durch die Vertragsärzte ist unzureichend. Dies hat verschiedene Gründe, z. B. Zeitmangel, keine Einbindung des Hilfsmittelverzeichnisses in die Praxis-EDV, unzureichende Informationen seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen.
- Ärzte erhalten keine regelmäßigen Informationen über Änderungen im Hilfsmittelverzeichnis. Ein Newsletter ist nicht verfügbar.
- In manchen Fällen ist die Krankenversicherung für die Hilfsmittelversorgung nicht zuständig. Ungeregt ist aber, wann eine Zuständigkeitsklärung i. S. d. § 14 SGB IX (einschl. geltender Fristen) durchzuführen ist. Teilweise wird weder eine Zuständigkeitsklärung noch eine Bedarfsabklärung durchgeführt oder der von der Krankenkasse für zuständig gehaltene Rehabilitationsträger informiert.
- Eine Orientierung an der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) bei der Hilfsmittelversorgung ist noch nicht durchgängig sichergestellt.

2.3 Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität ist nicht in allen Fällen gesichert. Entscheidende Kriterien sind:

- Unterstützung ärztlicher Behandlung und Sicherung von therapeutischen Zielsetzungen sowie der Ausgleich der Behinderung
- Ermöglichung einer bedarfsgerechten Nutzung und angemessenen täglichen Anwendungsdauer
- Unterstützung von Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe
- Vermeidung von Komplikationen, Nebenwirkungen
- Sicherung nachhaltiger Wirksamkeit und Effektivität
- Erhöhung der Zufriedenheit und Lebensqualität
- Nutzen auch für die Helfer und Assistenten: Unterstützung von Pflege und Assistenz und Beitrag zur Gesundheitsförderung
- möglichst günstiges Verhältnis von Aufwand und Nutzen
- Minderung von Folgekosten

Für den Hilfsmittelanwender ist die Versorgung dann mit einem guten Ergebnis gelungen, wenn folgende Faktoren positiv beurteilt werden:

- Die Versorgung erfolgte mit einem dem Bedarf angemessenen Hilfsmittel.
- Die individuelle Passgenauigkeit des Hilfsmittels ist gegeben.
- Die Gebrauchseigenschaften im Alltagsleben sind gewährleistet.
- Der Grad der Zielerreichung mit dem Hilfsmittel ist akzeptabel (entsprechend der ICF-Kriterien Schädigungsausgleich, Ermöglichung von Aktivitäten und Teilhabe).
- Die technische Qualität des Hilfsmittels ist gewährleistet.
- Der Versorgungsprozess verlief bedarfsgerecht und zeitgerecht.
- Der Service ist gewährleistet.
- Die Fähigkeit bzw. Befähigung des Betroffenen zur Hilfsmittelnutzung ist vorhanden (bzw. die Befähigung zur Nutzung wurde erreicht).

Für die Evaluation der Ergebnisqualität stehen kaum spezifische Methoden zur Verfügung und die hierfür notwendigen Daten werden nicht erhoben. Insbesondere fehlt weitgehend eine wissenschaftliche Evaluation. (Ausnahmen sind hier z. B. Untersuchungen zu Prothesen, Rumpforthesen in der Skoliosebehandlung.)

Wissen steht häufig nur in Form von individuellen Erfahrungen zur Verfügung. Hochwertige Studien zur Versorgung liegen häufig nicht vor.

Die Diskussion über Versorgungsstandards in der Hilfsmittelversorgung ist derzeit unzureichend. Eine Einigung auf geeignete Kriterien könnte ein Mindestmaß an Versorgungsqualität in der vertragsärztlichen Hilfsmittelversorgung gewährleisten. Solche Standards sollten sich auf die Grundbedürfnisse der zu versorgenden Menschen beziehen. Wichtige Problembereiche sind z. B.:

- Vermeidung von Bettlägerigkeit
- Vermeidung von Stürzen
- sichere Überwindung von Treppen (mittels verschiedener Technologien)
- Vermeidung/Hemmung von Spastik und zugleich Erleichterung (Fazilitierung) zielgerichteter Bewegungen (Feinmotorik) durch angemessene Sitzgestaltung
- Vermeidung von Dekubitus
- Mobilität verschiedenen Ausmaßes
- Ermöglichung von Teilhabe durch ausreichend lange Sitzfähigkeit
- Verringerung des Assistenzbedarfs
- Sicherung der Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit

Bei der Beurteilung der Ergebnisqualität ist auch zu berücksichtigen, ob die Rehabilitationsziele ggf. durch andere Maßnahmen verwirklicht werden konnten. Resultat eines „Versorgungsprozesses“ kann gerade auch sein, dass ein Hilfsmittel nicht das optimale Mittel zur Zielerreichung darstellt.

3 Ausblick: Erarbeitung von Lösungsoptionen

Lösungsoptionen sollen auf die Verbesserung der Qualität der Hilfsmittelversorgung, d. h. auf die bedarfsgerechte Versorgung mit Hilfsmitteln, zielen. Dabei soll der effizienten Gestaltung des Versorgungsprozesses besonderes Augenmerk geschenkt werden.

Der Ausschuss der DVfR wird solche Lösungsoptionen diskutieren, soweit wie möglich konkretisieren und ggf. verschiedene Lösungsalternativen ausarbeiten, die dann von den zuständigen Stellen geprüft und ggf. umgesetzt werden können.

Der Ausschuss vertritt die Auffassung, dass die Verbesserung der Versorgungsqualität die Grundvoraussetzung für eine wirtschaftliche Versorgung darstellt. Insofern sind geringe Kosten oder niedrige Preise kein ausreichender Beleg für die Wirtschaftlichkeit einer Versorgung.

Im vorhandenen Versorgungssystem wird auch Unwirtschaftlichkeit gesehen, da Über- und Fehlversorgungen beobachtet werden, allerdings auch Unterversorgungen.

Insgesamt wird es schwierig sein, seriöse Aussagen über finanzielle Auswirkungen der Vorschläge zu machen.

Aus den bisherigen Beratungen des Ausschusses haben sich erste Lösungsansätze für die aufgezeigten Probleme bei der Hilfsmittelversorgung abgezeichnet. Die weiteren Beratungen im Ausschuss könnten sich auf folgende Handlungsfelder konzentrieren, für die einige Unterthemen beispielhaft genannt sind:

1. Klärung des Verhältnisses zwischen SGB IX und dem trägerspezifischen Sozialrecht (SGB V, VI, XI, XII) in Bezug auf die Teilhabeorientierung bei der Hilfsmittelversorgung

- Anspruch auf Hilfsmittel im Rahmen der medizinischen Rehabilitation nach § 40 iVm § 11 Abs. 2 SGB V und § 26 Abs. 2 Nr. 6 sowie § 31 SGB IX zu dem Hilfsmittelanspruch im Rahmen der Krankenbehandlung nach § 27 Abs. 1 Nr. 3 iVm § 33 SGB V (gleiche Fragen wie innerhalb des SGB V ergeben sich im Verhältnis der Hilfsmittelansprüche im Rahmen der Rehabilitation der übrigen Träger der medizinischen Rehabilitation im Verhältnis zu den Hilfsmitteln im Rahmen der Krankenbehandlung)
- Auswirkung der unterschiedlichen Aufgabenstellung und Zielsetzung des Hilfsmiteleinsatzes (Teilhabe am Leben in der Gesellschaft / Herstellung der bestmöglichen Gesundheit) auf die Ausgestaltung des Hilfsmittel-Versorgungsprozesses
- Frage ggf. notwendiger Veränderungen der Leistungs- und Verwaltungsverfahren für teilhabeorientierte Hilfsmittel im Rahmen der medizinischen Rehabilitation (u.a. Zuständigkeit, Antrags- und Feststellungsverfahren – §§ 10, 14 Abs. 5 SGB IX – im Verhältnis zu Ordnungsverfahren im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung, Verantwortung der Rehabilitationsträger im Verhältnis zur Geltung des Hilfsmittelverzeichnisses usw.).

2. Verbesserung der Information aller am Versorgungsprozess Beteiligten

- nutzergruppenspezifische Aufbereitung der Informationen zur Hilfsmittelversorgung (für Betroffene, Verordner, Versorger, Kostenträger, Gutachter)
- Sensibilisierung für die Bedeutung der Hilfsmittelversorgung bei der Teilhabesicherung
- neutrale Informations- und Beratungsmöglichkeiten

3. Verbesserung der Aus-, Fort- und Weiterbildung

- Hilfsmittelversorgung als obligatorischer Bestandteil der Ausbildung aller am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen
- verstärkte Berücksichtigung des Themas Hilfsmittelversorgung in der Fort- und Weiterbildung aller am Versorgungsprozess Beteiligten

- Verbesserung des Angebots an Fort- und Weiterbildung zum Themenbereich Hilfsmittelversorgung

4. Verbesserung der Indikationsstellung und des Verordnungsprozesses

- Leitlinien- und ICF-orientierte Bedarfsermittlung für die individuelle Hilfsmittelversorgung
- Sicherstellung eines qualifizierten und individuell angemessenen Versorgungskonzeptes im Rahmen eines (ggf. umfassenden) Behandlungs- bzw. Rehabilitationsplanes
- Optimierung der ärztlichen Verordnung mit dem Ziel eines bedarfsgerechten Versorgungsprozesses, u.a. mittels eines Hilfsmittel-Verordnungsblattes

5. Optimierung der Entscheidungsprozesse einschl. der Begutachtung

- Sicherstellung ausreichender Informationsübermittlung zwischen allen am Versorgungsprozess Beteiligten als Entscheidungsgrundlage
- Sicherstellung der Qualität und Zeitnähe des Leistungsentscheids und ggf. einer Begutachtung
- Gewährleistung einer nachvollziehbaren Begründung bei Abweichung vom Versorgungsvorschlag bzw. bei Ablehnung

6. Optimierung der Zuständigkeitsklärung

- sachgerechte Berücksichtigung der Bestimmungen des SGB IX (z.B. §14, Zuständigkeitsklärung)

7. Verbesserung des Herstellungs- und Anpassungsprozesses

- bedarfsgerechte Anpassung und ggf. Erprobung des Hilfsmittels
- Sicherstellung der bedarfsgerechten Mitwirkung der an der Versorgung Beteiligten (z.B. therapeutische Fachkräfte)
- Sicherstellung der zeitgerechten Versorgung

8. Sicherung und Verbesserung der Ergebnisqualität

- Sicherstellung der Ergebnisüberprüfung durch den verordnenden bzw. behandelnden Arzt
- Sicherstellung eines Informationsflusses über ein nicht ausreichendes Versorgungsergebnis
- vermehrte Einführung geeigneter Maßnahmen zur Qualitätssicherung
- verbesserte Evaluation von Hilfsmittelversorgungen