

An den  
Bundesminister für Gesundheit  
Hermann Gröhe, MdB  
Friedrichstr. 108  
10117 Berlin

- per Email -

Deutsche Vereinigung für  
Rehabilitation e. V. (DVfR)  
Maaßstraße 26  
69123 Heidelberg

Tel.: 06221 / 18 79 01-0  
Fax: 06221 / 16 60 09  
E-Mail: [info@dvfr.de](mailto:info@dvfr.de)  
[www.dvfr.de](http://www.dvfr.de)

Heidelberg, im Mai 2015

**Stellungnahme zum Vorschlag des Bundesrates zur Einführung von externen  
Hilfsmittelberatern im GKV-VSG durch Änderungen der §§ 284a SGB V in Verbindung mit  
§ 139, Abs. 9, SGB V**

Sehr geehrter Herr Bundesminister Gröhe,

in der Stellungnahme des Bundesrates zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 6.2.2015 (Bundesrat Drucksache 641/14) wird vorgeschlagen, den § 139 SGB V um einen Absatz 9 und den § 284 SGB V um einen § 284a zu ergänzen, um den Krankenkassen zu ermöglichen, bei der Versorgung mit Hilfsmitteln externe Hilfsmittelberater einzuschalten. In der Begründung wird u.a. ausgeführt: *„Die externen Hilfsmittelberater sollen die Krankenkassen bei medizinisch notwendigen und komplexen Hilfsmittelversorgungen beratend unterstützen, um eine für deren individuelle alltagsrelevante Situation zweckmäßige und bedarfsgerechte Versorgung zu erzielen, ohne dabei in die fachliche Kompetenz des Medizinischen Dienstes einzugreifen.... Deswegen erfolgen die Beratungen beim Versicherten vor Ort.... Die Beratungen können ebenso die Ermittlung alternativer Versorgungsmöglichkeiten umfassen.“* (S. 95)

Aus Sicht der DVfR ist diese Neuregelung sowohl aus rechtlicher, fachlicher und ökonomischer Sicht als auch im Hinblick auf die Interessen von Menschen mit Behinderungen abzulehnen.

**I. Zur Problemlage**

Nachdem in der Vergangenheit sowohl von Seiten des Bundesdatenschutzbeauftragten als auch des Bundesversicherungsamtes die Rechtswidrigkeit des Einsatzes externer Hilfsmittelberater gerügt wurde, sieht sich nunmehr der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Regierungsentwurf zum GKV-VSG veranlasst, für diese eine gesetzliche Grundlage einzuführen. Insbesondere sollen durch diese Regelungen die datenschutzrechtlichen Probleme beseitigt werden. Gleichzeitig soll in § 139 Abs. 9 SGB V der GKV-Spitzenverband verpflichtet werden, einheitliche und verbindliche Richtlinien für die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit externen Hilfsmittelberatern festzulegen, um die Anforderungen an die Qualifikation und Objektivität sicherzustellen.

Die DVfR bearbeitet seit vielen Jahren Probleme der Hilfsmittelversorgung in einem eigenen Ausschuss mit dem Ziel, diese kontinuierlich zu verbessern. Unstrittig ist, dass bei der Hilfsmittelversorgung Defizite festzustellen sind. Diese liegen zum einen in der Versorgungs-

qualität, d.h. dem Versicherten werden nicht die notwendigen oder zweckmäßigen Hilfsmittel zur Verfügung gestellt; zum anderen erscheint die Versorgung nicht selten unwirtschaftlich, d.h. der Mitteleinsatz für die Hilfsmittelversorgung ist zu hoch.

Die DVfR hat u.a. in den Jahren 2006, 2009 und 2013 Stellungnahmen zu indikationsübergreifenden und –spezifischen Fragestellungen zur Hilfsmittelversorgung erarbeitet und darin umfangreiche Lösungsvorschläge angeregt, die mit den Vertretern der Sozialleistungsträger, den Fachverbänden und Fachgesellschaften, den Verbänden der Leistungserbringer sowie den Verbänden der Betroffenen abgestimmt und konsentiert sind<sup>1</sup>.

Für die bestehenden Defizite konnten eine Reihe von Ursachen identifiziert werden, die wesentlich in der Gestaltung des Prozesses der Hilfsmittelversorgung selbst liegen. Insbesondere handelt es sich dabei um unzureichende ärztliche Verordnungen, unzureichend ausgearbeitete Versorgungsvorschläge sowie unzureichende Beteiligung von Therapeuten und kompetenten Ärzten bzw. interdisziplinären Teams. Ganz wesentlich handelt es sich aber auch um mangelnde Kenntnisse der Akteure, auch von Mitarbeitern innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung auf der Sachbearbeitungsebene und auch des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK). Der Medizinische Dienst gerät häufig in die Kritik, wenn er bei der Überprüfung von Hilfsmittelversorgung aus Sicht der Versicherten, aber auch vieler Fachleute nicht ausreichend fachgerecht vorgeht und häufig interessensgeleitet begutachtet.

Dabei ist bei der Bewertung der jetzigen Versorgungssituation zugleich zu bedenken, dass bei allen Defiziten in der Versorgung durch Prä-Qualifizierungsverfahren, die Vertragsgestaltung und auch durch die handwerkliche Orientierung der Hilfsmittelversorgung Qualität und Wirtschaftlichkeit in hohem Umfang bereits sichergestellt sind, insbesondere durch die Anforderungen für die Leistungserbringer an die Qualifikation der Mitarbeiter und die Herstellungsprozesse. Eine besondere Rolle spielen hier die langjährige Erfahrung und der wechselseitige Zugewinn an Kompetenz durch intensive Zusammenarbeit.

Die innerhalb der DVfR entwickelten und konsentierten Lösungsvorschläge enthalten ausdrücklich keinen Vorschlag zur Einführung externer Hilfsmittelberater, da ein solches Modell als nicht geeignet angesehen wurde, um die bestehenden Probleme zu lösen. In keinem Fall wurde die Einschaltung externer Hilfsmittelberater als zielführende Handlungsoption bewertet. Vielmehr wurden eine Reihe anderer Maßnahmen vorgeschlagen, die an den vorhandenen Strukturen ansetzen und u. a.

- die Qualifizierung der ärztlichen Verordnung,
- die Erstellung verbesserter Versorgungskonzeptionen,
- die Verpflichtungen der Leistungserbringer zur Berücksichtigung von Kontextfaktoren,
- die Beteiligung eines interdisziplinären Teams, ggf. auch in Form einer Fallkonferenz und

---

<sup>1</sup> DVfR, 2006: [Für eine optimierte Versorgung mit Hilfsmitteln. Eine Expertise der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation zu aktuellen Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln.](#)

DVfR, 2009: [Lösungsoptionen der DVfR zur Überwindung von Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln.](#)

DVfR, 2013: [Empfehlungen zur Verbesserung des teilhabeorientierten Versorgungsprozesses für Menschen mit Beinamputationen unter besonderer Berücksichtigung der Prothesenversorgung.](#)

- die verbesserte Kooperation und Vernetzung auch bei der Versorgung im Einzelfall unter Nutzung der vorhandenen Ressourcen

umfassen.

Die Vorschläge zur Beseitigung der Versorgungsprobleme im Positionspapier „Lösungsoptionen der DVfR zur Überwindung von Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln“ (DVfR, 2009) umfassen u.a. die Verwendung von standardisierten Befundbögen, standardisierten Angaben zu Hilfsmitteln, die Beteiligung interdisziplinärer Teams und insbesondere auch die Verbesserung der Fachkenntnisse der vorhandenen Akteure, also der Sachbearbeitungsebene, sowie der Gutachter des Medizinischen Dienstes. Auch sollten die Hilfsmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses konkreter an der Teilhabe und nicht nur an der Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit ausgerichtet werden. Ferner sollte die Vertragsgestaltung zwischen Hilfsmittel-erbringern und den Krankenkassen die qualitätsvolle und wirtschaftliche Versorgung besser fördern. Ein wesentliches Verbesserungspotential wird darin gesehen, dass die Krankenkassen die Einhaltung der Verträge kontrollieren. Da manche Ausschreibungen eine zweckmäßige Hilfsmittelversorgung erschweren, sollten diese überdacht werden.

Unter diesen Aspekten ist deshalb zu fragen, inwieweit die Einschaltung externer Hilfsmittelberater durch die gesetzliche Krankenkasse und deren gesetzliche Legitimierung einen sinnvollen Schritt zur Verbesserung der Hilfsmittelversorgung darstellen kann.

## **II. Die Einführung externer Hilfsmittelberater ist abzulehnen.**

Eine fachliche, rechtliche und ökonomische Prüfung kommt zu dem Ergebnis, dass die Einführung externer Hilfsmittelberater kein geeigneter Weg ist, die Hilfsmittelversorgung zweckmäßiger und wirtschaftlicher zu gestalten. Insbesondere sind für die Versicherten keine Verbesserungen zu erwarten. Für die Krankenversicherung wird sich die Versorgung durch den Aufbau einer Doppelstruktur nicht nachhaltig wirtschaftlicher gestalten lassen, wenn die Versorgung sich nach den Kriterien der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit in Verbindung mit den Zielbestimmungen des § 4 SGB IX i. V. m. §§ 27 und 31 SGB IX richten soll.

Dies wird folgendermaßen begründet:

### **1. Kompetenzentwicklung innerhalb der Krankenkassen**

Wenn zusätzliche Kompetenz innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung bezüglich der Hilfsmittelversorgung erforderlich ist, sollte die Kompetenz auch unmittelbar dort, d.h. bei den beteiligten Mitarbeitern auf der Ebene der Sachbearbeitung und des Medizinischen Dienstes bereitgestellt werden. Die Externalisierung solcher Kompetenzen ist in sich unlogisch, da die Hilfsmittelversorgung eine genuine Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Krankenbehandlung und der medizinischen Rehabilitation ist. Insofern ist nicht zu erkennen, warum die benötigte Kompetenz nicht innerhalb der Krankenkassen bzw. des medizinischen Dienstes bereitgestellt werden kann und eine neue Berufsgruppe, die es bislang nicht gibt, mit einem neuen Status als externer Berater dazu benötigt wird.

## **2. Zur Qualifikation von Hilfsmittelberatern**

Für Hilfsmittelberater existieren kein Berufsbild, keine spezifische Ausbildung und keine anerkannten Qualifikation. Es ist auch nicht zu erkennen, wie diese in absehbarer Zeit und mit vertretbarem Aufwand so entwickelt werden können, dass die Qualifikation mindestens die der Leistungserbringer, der Experten, die an der Hilfsmittelversorgung beteiligt sind, wie z.B. Ärzte, Therapeuten, Pflegekräfte, Rehabilitationsmittelfachleute, sowie der Experten des medizinischen Dienstes erreichen kann. Dies wäre aber die Voraussetzung für deren Einsatz, da eine Begutachtung von Versorgungsvorschlägen nur durch Fachkräfte erfolgen kann, die mindestens über die gleichen Qualifikationen verfügen. Die Erfahrung zeigt nämlich, dass umfangreiche berufliche Qualifikationen und vor allem auch praktische Erfahrungen sowie eine enge Kooperation und Vernetzung der an der Versorgung Beteiligten (Ärzte, Hilfsmittelerbringer, Mitarbeiter der Krankenkassen) notwendig sind, um eine gute Qualität und Wirtschaftlichkeit der Hilfsmittelversorgung zu erreichen. Es bleibt völlig offen, wie externe Hilfsmittelberater solche umfassenden Kenntnisse besser erreichen können sollen als Mitarbeiter der Krankenkasse oder auch des Medizinischen Dienstes bzw. andere Experten wie Mitarbeiter spezialisierter Ambulanzen, therapeutische Fachkräfte, niedergelassene oder auch spezialisierte Fachärzte etc.

## **3. Hilfsmittelversorgung und vertragsärztlicher Sicherstellungsauftrag**

Die Versorgung mit Hilfsmitteln ist im Hinblick auf die Verordnung und die Indikationsstellung eindeutig eine Aufgabe der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 2 SGB V. Zwar kann ein Hilfsmittel auch ohne ärztliche Verordnung der Kasse vom Versicherten beantragt und von der Kasse genehmigt werden: Dennoch hat die gesetzliche Regelung der Hilfsmittelversorgung durch den niedergelassenen Arzt und die regelmäßige Einholung einer ärztlichen Verordnung entsprechend der Hilfsmittelrichtlinien den Sinn, eine den medizinischen Erfordernissen bei der Krankenbehandlung, dem Behinderungsausgleich und der Förderung der Teilhabe entsprechende Hilfsmittelversorgung sicherzustellen. Alle Aufgaben, die im Vorschlag des Bundesrates den externen Hilfsmittelberatern zugeordnet werden, sind bereits Bestandteil der Aufgaben der verordnenden Ärzte oder der Hilfsmittelerbringer. Dies gilt z. B. sowohl für die Prüfung der häuslichen Verhältnisse als auch die Prüfung von Kassenbeständen an Hilfsmitteln über elektronische Abfragesysteme. Insofern hier Defizite bestehen, sollte nicht versucht werden, diese über eine weitere neue Struktur in Form von externen Hilfsmittelberatern auszugleichen, zumal diese in der Regel über die notwendigen medizinischen Informationen wie Krankheitsverlauf, Vorgeschichte, Krankheitsrisiken etc. nicht verfügen können. Häufig haben Hilfsmittelversorgungen, insbesondere komplexer Art eine lange Vorgeschichte, die u.a. die Krankheitsvorgeschichte und die früheren Versorgungen, z. B. auch fehlgeschlagene Versuche umfasst. Diese ist in der Regel nur dem verordnenden Arzt, dem Patienten und häufig dem langjährig die Versorgungen durchführenden Hilfsmittelerbringer bekannt. Deshalb ist es sinnvoller, die vorhandenen Kenntnisse der verordnenden Ärzte und Hilfsmittelerbringer zu nutzen und ihre Qualifikation zu verbessern und den Verordnungsprozess selber zu optimieren. Zur Verbesserung der Qualität ärztlicher Verordnungen liegen eine ganze Reihe von Vorschlägen vor, z. B. die Verwendung von Befundbögen für die einzelnen Hilfsmittel, wie sie beispielsweise von Reha Kind oder auch anderen Firmen entwickelt worden sind, so z. B. für Kinderversorgungen oder Beurteilungsschemata zur Prothesenversorgung nach Amputation. Für einige Hilfsmittelgruppen bestehen solche Vorschläge noch nicht. Diese wären zu erarbeiten. Auch wurde seitens der DVfR der Vorschlag einer qualifizierten Verordnung bei komplexen Versorgungen unterbreitet.

#### **4. Erfahrungen mit externen Hilfsmittelberatern**

Der Einsatz externer Hilfsmittelberater ist nicht neu. Die Erfahrung mit einzelnen externen Hilfsmittelberatern zeigt, dass diese sich in einer extremen Abhängigkeit von der Krankenkasse befinden. Ihre Beauftragung und ihre Inanspruchnahme durch die Krankenkasse prägt ihr Begutachtungsverhalten. So ist im Bereich der Hilfsmittel für unterstützte Kommunikation regelmäßig festzustellen, dass die Hilfsmittelberater zunächst nicht den individuellen Bedarf exakt ermitteln, sondern zunächst feststellen, in wie weit die im Kassenbestand vorhandenen Hilfsmittel Anwendung finden können. Auch sind Firmen, die bisher von Krankenkassen beauftragt worden sind, die Hilfsmittelversorgungen zu überprüfen, teilweise über Erfolgsprämien für Einsparungen gegenüber den Kostenvoranschlägen refinanziert worden. Dies bedeutet, dass die Tätigkeit externer Hilfsmittelgutachter sich weitestgehend am Wohlverhalten gegenüber den Krankenkassen orientieren wird, da keinerlei gesetzliche oder andere Grundlage besteht, dass diese externen Hilfsmittelberater dem Interesse der Patienten oder z. B. unabhängigen fachlichen Standards oder ihrem Gewissen (wie der MDK, s. u.) verpflichtet sind. Daran ändern auch Richtlinien der Krankenkassen nichts.

#### **5. Hilfsmittelversorgung und Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)**

Die Sachlage gestaltet sich beim MDK grundsätzlich anders: Zwar wird auch dieser durch die Krankenkasse beauftragt, so dass ein gewisses Abhängigkeitsverhältnis besteht. Jedoch liegt für den MDK eine eindeutige gesetzliche Aufgabendefinition vor, die zumindest die Unabhängigkeit von Krankenkasseninteressen sichern soll. Nach § 275 Abs. 5 ist der MDK-Gutachter ausschließlich seinem ärztlichen Gewissen unterworfen. Er ist zudem nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung einzugreifen. Der Gesetzesvorschlag des Bundesrates macht hier keinerlei Einschränkungen, sondern ermöglicht nach der Beschreibung der Aufgaben in der Begründung sogar Eingriffe in die Behandlung. Wenn die Unabhängigkeit der MDK-Gutachter zur Zeit nicht ausreichend gelebt wird und fachliche Kenntnisse innerhalb des MDK fehlen, ist dem innerhalb des MDK und durch verbesserte Zusammenarbeit von Leistungserbringern, MDK und Krankenkassen abzuhelpen, wie dies vielerorts schon erfolgreich praktiziert wird. Insofern sollte die Beurteilungs- und Begutachtungsfunktion des MDK regelmäßig daraufhin überprüft werden, ob zum einen eine Ermittlung des tatsächlichen Bedarfes und sodann eine Beurteilung ausschließlich nach fachlichen Kriterien, die nicht durch die Krankenkasse eindeutig vordefiniert werden, erfolgt. Dieses ist im vorhandenen MDK-System ohne Schwierigkeiten zu bewältigen: Zusätzliche Mitarbeiter, die man statt externer Fachberater einsetzen würde, können ohne weiteres als Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes tätig werden, würden dort einer klaren gesetzlichen Bindung unterliegen, stünden in fachlichem Kontakt mit anderen Gutachtern und können deren Kenntnisse nutzen, z. B. von Pflegekräften aus der Pflegebegutachtung, von Gutachtern, die sich mit der Rehabilitation beschäftigen usw. Es ist nicht zu erkennen, dass die Einführung externer Hilfsmittelberater Vorteile gegenüber einer Verbesserung der Qualität des Medizinischen Dienstes haben sollte.

#### **6. Wirtschaftlichkeit der Hilfsmittelversorgung**

Inwieweit durch externe Hilfsmittelberater tatsächlich eine wirtschaftlichere Versorgung erzielt werden kann, kann nicht seriös abgeschätzt werden und wird bezweifelt.

Untersuchungen dazu liegen nicht vor oder sind zumindest nicht publiziert. Immerhin werden die Kosten für externe Hilfsmittelberater nicht in geringfügigem Umfang anfallen, insbesondere wenn qualitativ hochwertige Arbeit geleistet werden soll, die zugleich auch zeitintensiv (Hausbesuche)

ist. Zudem ist keine Gewähr dafür gegeben, dass dadurch die notwendigen Hilfsmittel tatsächlich mit einem geringeren Kostenaufwand bereitgestellt werden könnten. Bereits jetzt erfolgt eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Mitarbeiter der Krankenkasse. Dabei sind diese in der Bewertung der Kostenvoranschläge und der Versorgungskonzepte an das Gesetz gebunden. Externe Hilfsmittelberater unterliegen keiner unmittelbaren gesetzlichen Bindung, sondern werden lediglich im Auftrag der Krankenkasse mittelbar tätig. Insofern sind sie deutlich freier und definieren selbst was wirtschaftlicher, d.h. in der Regel preisgünstiger bedeutet.

## **7. Hilfsmittelversorgung aus der Perspektive der Betroffenen**

Für die Betroffenen wird die Durchsetzung ihrer berechtigten Hilfsmittelansprüche schwieriger. Bereits jetzt ist es so, dass die Krankenkasse bei Ablehnungen oder Umversorgungen sich auf Fremdurteile zurückzieht, sei es der Pflegegutachter, sei es der externe Hilfsmittelberater, sei es der MDK, ohne selbst eine zusammenfassende fachliche Begründung zu geben. Immerhin hat aber der Versicherte einen gesetzlichen Anspruch auf einen begründeten Bescheid, der eingefordert und ggf. dann auch angefochten werden kann.

Schon jetzt ist es für den Betroffenen oft schwierig, den Entscheidungsweg der Krankenkassen nachzuvollziehen und ggf. Widerspruch einzulegen, da dazu ggf. das MDK-Gutachten angefordert werden muss. Beruft sich die Krankenkasse nicht nur auf den medizinischen Dienst, sondern auch noch zusätzlich auf das Beratungsergebnis eines von ihr beauftragten externen Hilfsmittelberaters, werden die Verantwortlichkeiten sehr viel unklarer: Die Krankenkasse muss bei einem Widerspruch erst wieder den externen Berater heranziehen, muss sich mit dessen Meinungen auseinandersetzen und diese mit dem MDK abgleichen, der Betroffene muss sich dann sowohl um das Gutachten des externen Hilfsmittelberaters als auch das des MDK bemühen, um dessen Entscheidungsgrundlagen nachzuvollziehen usw.

Bei der Überprüfung von Entscheidungen der Krankenkasse und des medizinischen Dienstes durch Betroffene zeigt sich im Alltag, dass bei zahlreichen Begutachtungsvorgängen vorhandene und notwendige Informationen zur sachgerechten Beurteilung einer Hilfsmittelversorgung gar nicht vorliegen bzw. nicht beschafft worden sind. Oft erweisen sich deshalb die Bewertungen von Hilfsmittelversorgungen als unbegründet. Hier würde durch die Schaffung einer weiteren zusätzlichen Instanz nur der Sachverhalt komplizierter, da ja nach wie vor neben dem externen Hilfsmittelberater dann auch noch die Sachbearbeiter der Krankenkasse eine Wertung vornehmen müssen und zudem auch der MDK, dessen Rechte und Pflichten ja nicht beschnitten werden sollen, auch einzubeziehen ist. Dadurch gewinnt das ganze Verfahren sowohl für die Betroffenen, als auch für die anderen Akteure, insbesondere für die verordnenden Ärzte, eine unnötige Komplexität. Zudem taucht als neue Schnittstelle die des Verhältnisses von MDK und Hilfsmittelberater auf: wie kommt es zu deren Einigung im Vorfeld des Leistungsbescheides?

## **8. Datenschutz und ärztliche Unterlagen**

Schon jetzt werden im Rahmen der Hilfsmittelversorgung z. T. umfangreiche Darstellungen der gesamten medizinischen Situation (Diagnosen, Behandlungspläne, alternative Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten usw.) bei den Ärzten abgefragt. Obwohl bislang solche Unterlagen ausschließlich der MDK und nicht einmal die Sachbearbeitung der Krankenkasse erhalten dürfen, gelangen solche Informationen zur Sachbearbeitungsebene der Krankenkassen. Diese Praxis wird als problematisch angesehen. Es ist aber erst recht nicht einzusehen, dass ein externer Hilfsmittelberater, der weder Mitarbeiter der Krankenkasse noch des MDK ist, an solche

vertraulichen Unterlagen kommen darf. Dabei ist dies nicht ein rein formales datenschutzrechtliches Problem, sondern ein inhaltliches: Oft werden zur Prüfung der Hilfsmittelversorgung umfangreiche Angaben zum Behinderungs- bzw. Krankheitsbild benötigt, die äußerst persönliche Angaben enthalten. Wenn schon bisher aus gutem Grund die Sachbearbeiterebene der Krankenkassen diese Angaben nicht erhalten dürfen, sondern diese dem ärztlichen Dienst des MDK vorbehalten bleiben, sollten externe Hilfsmittelberater diese erst recht nicht erhalten. Dies kann nicht im Interesse der Betroffenen sein.

### **9. Überprüfung der Ablehnung einer ärztlichen Verordnung durch den verordnenden Arzt**

Der verordnende Arzt muss die Möglichkeit haben, zu prüfen, warum einer von ihm getroffenen ärztlichen Verordnung von Seiten der Krankenkasse nicht gefolgt wurde, und sich fachlich mit der Krankenkassenentscheidung auseinanderzusetzen. Andernfalls könnte er seinen gesetzlichen Auftrag, die gesundheitliche Versorgung des Patienten sicherzustellen, nicht erfüllen. Wie ist die Zusammenarbeit zwischen dem externen Hilfsmittelberater und dem behandelnden Arzt, der die Verantwortung für die Hilfsmittelversorgung trägt, zu gestalten? Selbst wenn man die Aufgaben des Arztes auf den Akt der Verordnung und nicht auf deren konkrete Ausführung beschränkt, bleibt es dennoch seine Aufgabe, die Versorgung zu überprüfen im Hinblick auf die Erreichung der Ziele und auch, ob mit dem Hilfsmittel ggf. auch Schaden oder Gefährdungen möglich sein können. Zudem beziehen sich die Aufgaben der niedergelassenen Ärzte zweifellos umfassend auf solche Hilfsmittel, die zur Behandlung im Rahmen eines Behandlungsplanes notwendig sind, die also der Erreichung von Zielen der ärztlichen Behandlung dienen. Oft mischen sich die Behandlungsziele mit denen des Behinderungsausgleichs und der Teilhabe. Wenn der Arzt das Behandlungskonzept verantworten soll, muss er auch maßgeblich an der Hilfsmittelversorgung von solchen Hilfsmitteln beteiligt sein, die der Behandlung dienen. Insofern würden externe Hilfsmittelberater hier in die ärztliche Behandlungskompetenz eingreifen. Dies kann auch aus grundsätzlichen Erwägungen nicht gewollt sein.

### **10. Teilhabeorientierte Hilfsmittelversorgung und Behinderungsausgleich**

Es gibt allerdings auch Hilfsmittel, die in erster Linie dem Ausgleich der Behinderung und damit der Teilhabe dienen, die also nicht nur durch § 33 SGB V, sondern auch durch § 31 SGB IX erfasst werden. Hierbei besteht zumindest beim sog. mittelbaren Behinderungsausgleich ein gewisser Ermessensspielraum der Krankenkassen zu prüfen und festzulegen, inwieweit die Behinderung ausgeglichen werden soll. Im Bereich des unmittelbaren Behinderungsausgleiches ist der Ermessensspielraum der Krankenkassen sehr viel kleiner. Hier geht es auch um teilweise unmittelbare funktionelle Anwendungen mit dem Ziel, eine körperliche Funktionsfähigkeit zu erreichen, die der des Gesunden nahe kommt und für deren Indikationsstellung ohnehin der behandelnde Arzt eine besondere Verantwortung trägt. Hier ist die Frage, ob durch externe Hilfsmittelberater mit dem beschriebenen Aufgabenbereich diese Aufgabe nicht in nicht vertretbarem Maße berührt wäre.

Handelt es sich um Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich und zur Verbesserung der Teilhabe, gelten dann aber in vollem Umfang die Bestimmungen der §§ 10 und 14 SGB IX. Zahlreiche Probleme der aktuellen Hilfsmittelversorgung lassen sich darauf zurückführen, dass bei der Hilfsmittelversorgung mit Hilfsmitteln zum Ausgleich der Behinderung und zur Förderung der Teilhabe nicht SGB IX-konform verfahren wird. Es ist in keiner Weise zu sehen, wie externe Hilfsmittelberater hier einen Fortschritt bringen sollen: Vielmehr ist dies eine genuine Aufgabe des Rehabilitationsträgers, den Rehabilitationsbedarf individuell und funktionsbezogen auf der

Grundlage der ICF zu ermitteln, d. h. dass dabei nicht nur die Hilfsmittel, sondern die gesamte Situation des Versicherten in den Blick genommen werden muss. Hier sind nämlich neben der reinen Hilfsmittelversorgung im engen Sinne vor allem auch Teilhabeziele, die sich sowohl auf berufliche Teilhabe, als auch auf die Teilhabe am Leben der Gesellschaft beziehen können, zu beachten. Nicht zuletzt sind auch Aspekte der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit zu berücksichtigen, also all die Ziele, die in § 4 SGB IX genannt sind. Hier bedarf es einer Zusammenschau verschiedener Aspekte. Es ist nicht zu erkennen, wie externe Hilfsmittelberater dafür qualifiziert werden sollen. Sie müssten dann auch zu Rehabilitationsexperten werden. Schon jetzt stellt die angemessene Berücksichtigung der Teilhabeziele eine Herausforderung für die Heilmittelerbringer, die Ärzte und auch den MDK dar. Statt diese zu qualifizieren soll zusätzlich, ohne dass sich an Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Hilfsmittelerbringer und der Ärzte etwas ändert, eine weitere Instanz geschaffen werden. Eine solche Mehrfachstruktur erscheint keinesfalls zielführend, sondern wird den Verwaltungsaufwand in die Höhe treiben oder zu einer Verschlechterung der Versorgung der Betroffenen führen, da die notwendigen Sachverhaltsermittlungen wohl kaum mit einem begrenzten Zeitbudget der Hilfsmittelberater – bei ungeklärter Qualifikation – sachgerecht erfolgen werden, es sei denn, für diese wird ein umfangreiches Zeit- und Finanzbudget zur Verfügung gestellt. Dies sollte dann aber eher in die Verbesserung der vorhandenen Abläufe investiert werden als eine Doppelstruktur zu errichten.

### III. Zusammenfassung

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Einführung von externen Hilfsmittelberatern eine Doppelstruktur bedeutet, deren Wirtschaftlichkeit und Effizienz in keiner Weise belegt ist. Auch werden dadurch die Rechte und Pflichten der verordnenden Ärzte im Hinblick auf die Krankenbehandlung und auf die Förderung der Teilhabe, die gesetzlich vorhandenen Pflichten des Medizinischen Dienstes und auch die gesetzlichen Pflichten der gesetzlichen Krankenversicherung im Verwaltungsverfahren sowie die vertraglichen Verpflichtungen der Hilfsmittelerbringer ausgehebelt. Die Rechte der betroffenen Menschen mit Behinderungen bzw. deren Wahrnehmung werden ebenso beeinträchtigt.

Deshalb plädiert die DVfR dafür, auf die gesetzliche Einführung von externen Hilfsmittelberatern zu verzichten und stattdessen die dafür vorgesehenen Ressourcen in die Verbesserung der bestehenden Hilfsmittelversorgungsstrukturen durch Qualifizierung, mehr Zeit für die Bedarfsermittlung und die Erarbeitung einer Versorgungskonzeption im Einzelfalle zu investieren. Dazu liegen ausreichend Vorschläge vor. Diese betreffen insbesondere den Prozess der Hilfsmittelversorgung, die Gestaltung der ärztlichen Verordnung, die Gestaltung des Versorgungsvorschlages, die Verbesserung der Qualifikation und der Ressourcen des Medizinischen Dienstes sowie die verbesserte Kooperation und Vernetzung der an der Hilfsmittelversorgung Beteiligten.

**Deshalb ist aus Sicht der DVfR sowohl aus rechtlicher, fachlicher und ökonomischer Sicht als auch aus der Perspektive der Betroffenen die gesetzliche Einführung von externen Hilfsmittelberatern abzulehnen.**

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann

- Vorsitzender der DVfR -