



DVfR
Deutsche Vereinigung
für Rehabilitation

Überwindung von Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln

– Lösungsoptionen der DVfR –

Oktober 2009

Kontakt:

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR)

Friedrich-Ebert-Anlage 9

69117 Heidelberg

Tel: 06221 187 901-0

E-Mail: info@dvfr.de

Lösungsoptionen der DVfR zur Überwindung von Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln

Gliederung

Vorbemerkung	6
A Grundlagen	10
A 1 Die Versorgung mit Hilfsmitteln als Prozess.....	10
A 2 Problem-, Ziel-, Lösungs- und Personenzentrierung der Hilfsmittelversorgung	13
A 3 Personengruppen mit besonderem Bedarf	17
A 4 Kooperation und Teamarbeit in der Hilfsmittelversorgung	18
A 5 Sozialraumorientierung in der Hilfsmittelversorgung	20
A 6 Gesetzliche Rahmenbedingungen und Verantwortlichkeit für die Hilfsmittelversorgung	22
A 7 Qualität.....	26
A 8 Aspekte der Wirtschaftlichkeit.....	28
A 9 Nutzerfreundlichkeit, Bedarfsgerechtigkeit und Verbraucherschutz beim Prozess der Hilfsmittelversorgung.....	31
B Vorschläge und Optionen aus Sicht der DVfR zur Optimierung der Hilfsmittelversorgung	33
B 1 Verbesserte Information für alle am Versorgungsprozess mit Hilfsmitteln Beteiligten.....	33
1.1 Der Zugang zu Informationen über die Hilfsmittelversorgung wird neutral und einfach gestaltet!	33
1.2 Die Informationen zu allen Bereichen der Hilfsmittelversorgung werden in REHADAT nutzerorientiert aufbereitet!	34
1.3 Über Chancen der Hilfsmittelversorgung wird in allen Diensten und Einrichtungen des Gesundheitswesens und insbesondere der Rehabilitation sowie in allen für die Inklusion wichtigen Institutionen informiert!	34
1.4 Newsletter und eine Kommunikationsplattform zur Hilfsmittelversorgung informieren über Problemlösungsmöglichkeiten durch Hilfsmittel!	34
1.5 Betroffene erkennen und formulieren ihren Bedarf rechtzeitig!	35

1.6	Die rechtzeitige Erkennung des Bedarfes an Hilfsmitteln ist Aufgabe aller Fachkräfte!	35
1.7	Die Überprüfung des Bedarfes an Hilfsmitteln erfolgt regelmäßig an biographischen Wendepunkten!	36
1.8	Individuelle und herstellerunabhängige Beratung zu Hilfsmitteln wird sichergestellt!	36
1.9	Gesetzliche Betreuer erhalten standardisierte Informationen über Rehabilitationsmöglichkeiten und insbesondere zur Hilfsmittelversorgung!	36
1.10	Die nutzerspezifische Verfügbarkeit des Hilfsmittelverzeichnisses der GKV wird optimiert!	37
B 2 Verbesserung der Aus-, Fort- und Weiterbildung und des Wissenstransfers ..37		
2.1	Die Hilfsmittelversorgung ist obligatorischer Bestandteil in der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller beteiligten Fachkräfte!	38
2.2	Die Erstellung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaterialien und Lehrtexten zur Hilfsmittelversorgung wird unterstützt!	38
2.3	Die Fortbildung der Mitarbeiter von Sanitätshäusern wird verbessert!	38
2.4	Die Fortbildung für Sachbearbeiter der Sozialleistungsträger wird verbessert!	38
2.5	Forschung und Lehre zur Hilfsmittelversorgung werden ausgebaut	39
2.6	Erfahrungen von Betroffenen werden verstärkt genutzt, und ein Empowerment wird gefördert!	39
2.7	Der Erwerb von Kompetenzen für Teamarbeit und Case-Management bei der Hilfsmittelversorgung wird gefördert!	40
2.8	Die Verfügbarkeit von Experten in der Hilfsmittelversorgung wird verbessert, und die Bildung von Kompetenzzentren wird gefördert!	40
B 3 Optimierung von Bedarfsermittlung, Indikationsstellung und Verordnungsprozess41		
3.1	Die Bedarfsermittlung für die individuelle Hilfsmittelversorgung erfolgt Leitlinien- und ICF-orientiert!	42
3.2	Ein Assessment ist Grundlage der Hilfsmittelversorgung!	42
3.3	Die ärztlichen Verordnung wird im Rahmen eines bedarfsgerechten Versorgungsprozesses optimiert!	44
3.4	Bedarfsgerecht wird die Versorgungskonzeption im Rahmen eines (umfassenden) Behandlungs- bzw. Rehabilitationsplanes erstellt!	46
3.5	Die Organisation der Hilfsmittelversorgung wird optimiert!	47
B 4 Optimierung der Entscheidungsprozesse der Leistungsträger einschl. der Begutachtung50		
B 5 Optimierung der Zuständigkeitsklärung.....56		
5.1	Bei Zuständigkeit der Krankenkasse	56
5.2	Zuständigkeitsklärung anderer Leistungsträger und Information des Betroffenen	57
5.3	Fristen	58
5.4	Hilfsmittelkonferenz	58

B 6 Optimierung des Herstellungs- und Anpassungsprozesses von Hilfsmitteln ..	58
B 7 Sicherung und Verbesserung der Ergebnisqualität der HMV	60
B 8 Statt einer Zusammenfassung: Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für die Hilfsmittelversorgung	62
Schlussbemerkung	64
Anhang 1	65
Klärung des Verhältnisses zwischen SGB IX und dem trägerspezifischen Sozialrecht (SGB V, VI, XI, XII) in Bezug auf die Teilhabeorientierung bei der Hilfsmittelversorgung	65
1. Hilfsmittel im Rahmen kurativer Versorgung als Bestandteil eines ärztlichen Behandlungsplanes	65
2. Die Versorgung mit einem Hilfsmittel als Maßnahme zum Ausgleich einer Behinderung	66
3. Hilfsmittel im Rahmen medizinischer Rehabilitation	66
4. Leistungsanspruch im Verhältnis SGB V zu SGB IX	67
5. § 31 SGB IX im Verhältnis zu anderen gesetzlichen Ansprüchen auf Versorgung mit Hilfsmitteln	69
6. Praktische Bedeutung	70
Anhang 2	72
Zur Erstellung einer Versorgungskonzeption	72
Inhalte einer Versorgungskonzeption:	73
Hinweis	73

Abkürzungen

LEHM = Leistungserbringer Hilfsmittel

LT = Leistungsträger allgemein

KoVo = Kostenvoranschlag

VA = Vertragsarzt

EBM = Einheitlicher Bewertungsmaßstab (für ärztliche Leistungen)

KK = Krankenkasse

LT-GKV = Leistungsträger GKV

VK = Versorgungskonzeption

Vorbemerkung

Individuell geeignete und funktionstüchtige Hilfsmittel sind für viele Menschen mit Behinderung unverzichtbar, weil sie eine besonders wichtige Voraussetzung für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben darstellen. Häufig sind elementare Aktivitäten der betroffenen Menschen wie z. B. Mobilität, Alltagsverrichtungen, Lernen und Bildung, Kommunikation und soziale Interaktion bis hin zur Teilhabe an der modernen Medienwelt und am Arbeitsleben erst mit Hilfsmitteln möglich. Hilfsmittel fördern daher Selbständigkeit und Unabhängigkeit und verringern den Bedarf an Assistenz und Pflege. Für Menschen mit Behinderungen stellt oft erst der Einsatz eines Hilfsmittels die Erfüllung menschlicher Grundbedürfnisse sicher, wie Essen, Trinken, Körperpflege u. a. Hilfsmittel dienen also dem Ausgleich einer bestehenden oder der Vorbeugung einer drohenden Behinderung.

Hilfsmittel können für die betroffenen Menschen auch therapeutische oder präventive Funktionen erfüllen, sofern sie als Bestandteil eines ärztlich verantworteten Behandlungskonzeptes erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder einer drohenden Behinderung vorzubeugen. Gelegentlich steht diese Aufgabe ganz im Vordergrund.

Neben erwünschten Wirkungen können Hilfsmittel auch unerwünschte oder störende Wirkungen aufweisen, wenn sie Funktionen beeinträchtigen oder verhindern und Aktivitäten und Teilhabe einschränken. Sie wirken in diesem Fall als Barriere. Nicht korrekt angepasste Hilfsmittel oder solche mit unangemessener Zielsetzung können sogar funktionelle oder strukturelle Schädigungen hervorrufen oder verstärken.

Hilfsmittel sind als technische Hilfen oft auch am Arbeitsplatz erforderlich, um arbeitsbedingte Erkrankungen und Berufskrankheiten zu vermeiden, Arbeitsvorgänge zu erleichtern oder gar zu ermöglichen. Sie können somit eine wichtige Voraussetzung für die berufliche Teilhabe darstellen.

Über die Zielstellungen der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation hinaus werden Hilfsmittel auch angeboten, um allgemein eine verbesserte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, eine bessere Lebensqualität oder mehr persönlichen Komfort zu erreichen.

Nicht immer werden Hilfsmittel als Pflichtleistungen durch die Sozialgesetzbücher definiert, z. B. dann, wenn die für die Leistungsgewährung geltenden Grundsätze wie Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht hinreichend erfüllt sind oder wenn sie vom Gesetzgeber der privaten Lebenshaltung zugeordnet und aus der Leistungspflicht der Sozialleistungsträger ausgegrenzt werden. Die Voraussetzungen für Leistungen der Solidargemeinschaft, der Sozialversicherungen und des Staates werden unter Beachtung des Subsidiaritätsprinzips gesetzlich festgelegt. Die besonderen Bestimmungen der einzelnen Sozialgesetzbücher sind jeweils zu beachten. Teilweise werden Hilfsmittel darin von der Erstattung ausgeschlossen und der Sphäre der privaten Lebensgestaltung zugeordnet, auch wenn sie notwendig und zweckmäßig sind. Dann ist bei Bedarf zu prüfen, ob sie im Rahmen der Sozialhilfe, als

Leistung der Eingliederungshilfe oder im Rahmen der Sicherung des Lebensunterhaltes bzw. des Existenzminimums finanziert werden können.

Die Versorgung mit Hilfsmitteln findet ihre gesetzliche Grundlage im SGB IX § 26 Abs. 2 Nr. 6, § 31, § 33 Abs. 8 Nr. 4 und 5, § 55 Abs. 2 Nr. 1 und 4 sowie § 58. Für die verschiedenen Leistungsträger gelten zudem einzelgesetzliche Regelungen, wie z. B. für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) im SGB V die §§ 11, 12, 27, 33, §§ 126–128 und § 139, für die Soziale Pflegeversicherung im SGB XI § 28 Abs. 1 Nr. 5, § 40, § 78, für die Sozialhilfe im SGB XII (Eingliederungshilfe für behinderte Menschen) §§ 53 ff. i. V. m. der Eingliederungshilfeverordnung sowie analog für die Gesetzliche Unfallversicherung das SGB VII und für die Gesetzliche Rentenversicherung das SGB VI.

Von den Ausgaben der Sozialleistungsträger für Hilfsmittel entfielen ca. 50 % auf die GKV (im Jahre 2004: 4,5 Mrd. €; dies entspricht ca. 89 € je Versicherten). Davon werden ca. 2,3 Mrd. € für orthopädische Hilfsmittel aufgewendet – dies entspricht ca. 46 € je Versicherten – und zusätzlich ca. 340 Mio. € für Hilfsmittel der Pflegeversicherung).

Neben den Sozialleistungsträgern tragen auch die privaten Haushalte in erheblichem Maß Kosten für Hilfsmittel, insbesondere in Form gesetzlicher Zuzahlungen, Aufzahlungen für festbetragsgebundene Hilfsmittel, wenn diese vom Leistungserbringer nicht zum Festbetrag abgegeben werden, Kosten für verbesserte Ausstattung sowie Kosten für notwendige, aber aus dem Leistungskatalog der Sozialleistungsträger (SLT) ausgegrenzte Hilfsmittel wie z. B. zahlreiche Sehhilfen, oder für sinnvolle oder wünschenswerte Hilfsmittel, die nicht zum Leistungskatalog der Sozialleistungsträger gehören. Mehr als ein Drittel der Hilfsmittelkosten werden von Privathaushalten finanziert.

Die Expertise der DVfR „Für eine optimierte Versorgung mit Hilfsmitteln“ aus dem Jahre 2006 konzentrierte sich auf die Hilfsmittelversorgung im Rahmen des SGB V und zeigte dort eine Reihe gravierender Probleme und Defizite auf, ohne die Probleme bei anderen Sozialleistungsträgern auszublenden. Diese Expertise machte deutlich, dass eine mangelnde Versorgungsqualität mit Hilfsmitteln zu verminderten Teilhabechancen, vermehrter Pflegebedürftigkeit und somit zu Belastungen bei Patienten und deren Familien führt. Zugleich wurde auch Ressourcenvergeudung bei Ärzten, Therapeuten, Heilmittelerbringern und Kostenträgern festgestellt. Diese Qualitätsmängel können im Nebeneffekt die Lebensqualität der betroffenen Menschen beeinträchtigen. Hieraus entstehen bei den Patienten, ihren Familien und Bezugspersonen nicht selten Resignation und Verbitterung.

Der Hauptvorstand der DVfR beauftragte den Ausschuss „Probleme bei der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln“ mit der Erarbeitung von Vorschlägen für eine Verbesserung der Hilfsmittelversorgung, insbesondere zu den in der Expertise 2006 (Kapitel 3) genannten acht Handlungsfeldern.

In dem vorliegenden Papier hat der Ausschuss eine Reihe von Verbesserungsvorschlägen für die Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität erarbeitet und soweit wie möglich konkretisiert. Dabei sind in einigen Bereichen auch mehrere, sich ergänzende oder alternative Lösungsvorschläge entstanden. Diese sollten nun von den zuständigen Stellen geprüft und soweit wie möglich adaptiert bzw. umgesetzt werden.

Beratungsergebnisse

Ausgehend davon, dass für die Sozialleistungsträger wirtschaftliche Gesichtspunkte der Versorgung mit Hilfsmitteln bei der Leistungsgewährung einen hohen Stellenwert haben, vertritt der Ausschuss die Auffassung, dass die Verbesserung der Versorgungsqualität die Grundvoraussetzung für eine wirtschaftliche Versorgung mit Hilfsmitteln darstellt. Es gibt Hinweise darauf, dass allein in der Sicherstellung der Versorgungsqualität erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven liegen. Insofern sind geringe Kosten oder niedrige Preise für Hilfsmittel, die in der Versorgungspraxis derzeit häufig im Vordergrund stehen, noch kein ausreichender Beleg für die Wirtschaftlichkeit einer Versorgung. Die im vorhandenen Versorgungssystem beobachtete Über-, Unter- und Fehlversorgung ist weit mehr als bisher für die Ermittlung von Wirtschaftlichkeitsreserven in Betracht zu ziehen.

Der Ausschuss ließ sich von der Grundüberlegung leiten, dass Hilfsmittel im Sinne der ICF relevante Kontextfaktoren für Aktivitäten und Teilhabe sein können, und zwar im Sinne von Barrieren und Förderfaktoren. Sind sie Förderfaktoren, sollten Vorurteile gegenüber der Nutzung von Hilfsmitteln abgebaut und eine sachdienliche Betrachtung ihres Nutzens für die Betroffenen im Vordergrund stehen und propagiert werden. Die Versorgung mit Hilfsmitteln als teilhabefördernden Kontextfaktoren für Menschen mit Behinderung muss künftig stärker als eine wesentliche gemeinsame Aufgabe aller am Versorgungsprozess Beteiligten begriffen werden. Insofern muss sich die Einstellung zur Hilfsmittelnutzung ändern und Routine beim Gebrauch von Hilfsmitteln entwickelt werden, um sie als fördernde Kontextfaktoren der sozialen Umwelt und nicht als Barrieren auffassen zu können. Haben Hilfsmittel Eigenschaften, die als Barrieren wirken können, sollte ihr Einsatz jeweils besonders kritisch hinterfragt und die Indikation für eine Versorgung besonders streng gestellt werden. Ggf. ist die gewählte Einsatzstrategie zu modifizieren. Liegen die Barrieren eher in der Akzeptanz und der subjektiven oder sozial üblichen Bewertung, können Aufklärung und Schulung oder eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit sinnvoll sein.

Fachwissen ist aufzubauen und breit zu verankern, um fachliche Fehleinschätzungen oder auch Vorurteile zu vermeiden, z. B. dass ein Rollstuhl grundsätzlich inaktiv mache oder eine technische Kommunikationshilfe die Sprachentwicklung behindere. Zugleich sind die Grenzen der Hilfsmittelversorgung zu reflektieren, denn nicht immer stellen Hilfsmittel das geeignete Instrument für eine Beseitigung der Teilhabebeeinträchtigung dar. Dabei ist einer unkritischen Verordnung von Hilfsmitteln und einer daraus resultierenden Fehlnutzung entgegenzutreten. Auch sind unerwünschte Wirkungen einer Nutzung von Hilfsmitteln zu vermeiden.

Die Aufgabe aller am Hilfsmittelversorgungsprozess Beteiligten – dazu gehört immer auch der Nutzer von Hilfsmitteln – ist es, den Versorgungsprozess mit Hilfsmitteln

unter Berücksichtigung der ICF stets umfassend, lebensweltbezogen und alltagsnah zu gestalten. Dabei sind grundsätzlich alle zur Problemlösung infrage kommenden Hilfsmittel in die Überlegungen zur Therapie, zum Behinderungsausgleich und zur Teilhabesicherung einzubeziehen. So ist bei der Versorgungsplanung nicht nur ein einzelnes Hilfsmittel isoliert für eine Funktion zu betrachten, z. B. ein Hilfsmittel zur Verbesserung der Mobilität. Es ist immer der individuelle Gesamtbedarf an Hilfsmitteln für alle Lebensbereiche des betroffenen Menschen unter dem Gesichtspunkt der Verbesserung der Teilhabe und zugleich der Unterstützung der Behandlung einzubeziehen, z. B. Hilfsmittel für die Sicherheit, Lagerung, Alltags- und Umfeldkontrolle, Pflege, Ausübung der Kulturtechniken, Kommunikation, Freizeitgestaltung und zur Erleichterung des sozialen und politischen Lebens sowie bei der Arbeit. Bei dieser ganzheitlichen Betrachtungsweise ist es erforderlich, die Bedarfsabklärung und Gestaltung des Versorgungsprozesses nicht auf den Leistungskatalog eines einzelnen Sozialgesetzbuchs zu begrenzen, sondern das Versorgungskonzept zunächst davon unabhängig am Bedarf auszurichten. Erst bei der Prüfung der Finanzierungsmöglichkeiten müssen dann die Vorschriften der einzelnen Sozialgesetzbücher berücksichtigt werden.

Bei der Erarbeitung von Vorschlägen für die Verbesserung der Hilfsmittelversorgung hat der Ausschuss sich dennoch auf solche Hilfsmittelgruppen konzentriert, für die es vielfach Problemanzeigen aus dem Kreis der DVfR-Mitglieder gab. Dies sind vorwiegend Hilfsmittel, die grundsätzlich in den Zuständigkeitsbereich des SGB V fallen können und z. B. folgenden Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnis der GKV nach § 139 SGB V entstammen:

PG 2: Adaptionshilfen	PG 23: Orthesen, Schienen
PG 7: Blindenhilfsmittel	PG 24: Prothesen
PG 10: Gehhilfen	PG 26: Sitzhilfen
PG 11: Hilfsmittel gegen Dekubitus	PG 28: Stehhilfen
PG 16: Kommunikationshilfen	PG 31: Schuhe
PG 18: Krankenfahrzeuge	PG 32: Therapeutische Bewegungsgeräte
PG 20: Lagerungshilfen	PG 33: Toilettenhilfen
PG 22: Mobilitätshilfen	

Damit hat sich der Ausschuss, auch aus Gründen der Arbeitskapazität, auf diejenigen Hilfsmittel beschränkt, auf die die in der DVfR-Expertise 2006 geschilderten Versorgungsprobleme besonders zutreffen.

Der Auftrag an den Ausschuss, Zuständigkeiten und Verfahren in Bezug auf eine teilhabeorientierte Hilfsmittelversorgung insbesondere im Verhältnis der Rechtsanwendung von SGB V und SGB IX (und anderer Sozialgesetzbücher) zu klären, konnte nicht zufriedenstellend abgeschlossen werden. Die beteiligten Fachleute der Sozialleistungsträger, Sozialrechtler und Vertreter der Selbsthilfe hatten z. T. so unterschiedliche Auffassungen zur Rechtsanwendung, dass eine gemeinsame Positionierung zu einigen Grundsatzfragen innerhalb der Beratungen des Ausschusses nicht möglich war. Zu diesem Themenbereich finden sich einige Ausführungen im Anhang.

A Grundlagen

A 1 Die Versorgung mit Hilfsmitteln als Prozess

Die Versorgung mit den oben genannten Hilfsmitteln ist als Prozess zu verstehen, der sich nicht auf die Verordnung und die Abgabe eines Fertigprodukts (Kauf einer Handelsware) reduzieren lässt. Eine gute Qualität des mehr oder weniger aufwändigen Hilfsmittelversorgungsprozesses ist nur dann erreicht, wenn insbesondere folgende Ziele im Versorgungsprozess erreicht werden:

- Der Bedarf wurde unter Berücksichtigung der spezifischen Kontextfaktoren exakt erfasst.
- Die Ziele der Versorgung konnten, ggf. unter Abwägung sich widersprechender Zielsetzungen, präzise und umfassend definiert werden.
- Die Ziele im Hinblick auf Aktivitäten und Teilhabe konnten bedarfs- und zeitgerecht sowie nachhaltig erreicht werden. Unerwünschte Wirkungen konnten vermieden oder zumindest gering gehalten werden.
- Versicherte können das Hilfsmittel im Alltag nutzen.
- Auch das Ziel der Sicherung des Erfolges der Behandlung konnte erreicht werden.
- Der Nutzer ist mit der Hilfsmittelversorgung zufrieden, und dies drückt sich in der Bereitschaft aus, das Hilfsmittel im Alltag zu gebrauchen. Diese (nachweisbare) Zufriedenheit ist der entscheidende Beleg für die Zielerreichung des Hilfsmittelversorgungsprozesses im Hinblick auf die Aktivitäten und Teilhabe. Ein nachhaltiger Therapieerfolg ist ggf. an anderen Erfolgskriterien zu messen.

Entsprechend den genannten Zielen lässt sich eine gute Qualität des Hilfsmittelversorgungsprozesses nur erreichen, wenn der Versorgungsprozess selbst barrierefrei gestaltet wird, damit sich der Patient und seine Assistenten aktiv an diesem Prozess beteiligen können. Der Versorgungsprozess ist von der Bedarfserfassung bis hin zu notwendiger Erprobung und Anpassung durch die Experten so zu gestalten, dass die aktive Teilnahme für alle Beteiligten mit vertretbarem Aufwand möglich ist. Dabei ist eine Qualitätssicherung erforderlich. Nicht zuletzt muss die Versorgung auch wirtschaftlich sein.

Idealtypisch sollte ein Versorgungsprozess in folgenden Schritten durchgeführt werden:

Schrittfolge	Inhalt	Je nach Einzelfall können folgende Akteure beteiligt werden:
1	Bedarfs-/Problemerkennung	Patient ¹ , Arzt, Therapeut, ggf. LEHM ² , Assistent ³ , Selbsthilfegruppe, MDK, KK

Schritt -folge	Inhalt	Je nach Einzelfall können folgende Akteure beteiligt werden:
2	Assessment/Befund/Bestandsaufnahme	Arzt, Patient, Therapeut, Assistent, LEHM
3	Problemdefinition, Zieldefinition, Lösungsoptionen (Medikamente, Heilmittel, operative Behandlung, Assistenz, Hilfsmittel etc.)	Arzt und Patient, ggf. in Ko- operation mit Therapeut, LEHM bzw. Team
4 a	Auswahl der strategischen Option „Hilfsmittel“, Klä- rung der Anforderungen an das Hilfsmittel, Festle- gung der Eigenschaften, Auswahl, ggf. Alternati- ven, ggf. Anpassungsbedarf, Kontextfaktorenana- lyse	Arzt und Patient mit LEHM in Kooperation mit Team
4 b	ggf. Ausprobieren von möglichen Hilfsmitteln	
5	Erstellung einer Versorgungskonzeption (einschl. Begründung, siehe Seite 44 f.) Kostenvoranschlag, ggf. einschl. Bestandsabfrage	LEHM ggf. mit Therapeut, Arzt, ggf. im Team
6 a	Prüfung, ggf. Erörterung und Überarbeitung der Versorgungskonzeption, Prüfung des Kostenvoran- schlags (keine rechnerische Prüfung), Ärztliche Verordnung, ggf. einschl. Begründung (Übersendung an KK oder Leistungserbringer)	Vertragsarzt, ggf. nach Rücksprache mit Team
6 b	Es kann auch ein Antrag auf ein Hilfsmittel zur Teilhabe an die LT (ggf. über die Gemeinsamen Servicestellen) nach § 14 und § 31 SGB IX in Be- tracht kommen. ⁴	Patient, Sozialdienst
7	Prüfung der Zuständigkeit durch Krankenkasse, ggf. Verfahren nach §§ 10 - 14 SGB IX	KK
8	Fachliche und wirtschaftliche Prüfung der VK und des KoVo durch die KK, ggf. Einholung von Zusatz- informationen vom Vertragsarzt, Bestandsabfrage, ggf. Gegenangebot	KK
9	Wenn für die Prüfung weitere Informationen zusätz- lich benötigt werden, können Experten der KK und/oder des MDK oder externe Gutachter oder andere LEHM einbezogen werden (vorhandene Unterlagen sind einzubeziehen, ggf. in direktem Kontakt mit Patient / Vertragsarzt / Team)	KK, MDK, ggf. externer Gutachter/Beratungsstelle ggf. Patient, Team, Arzt
10	Prüfung der zusätzlich angeforderten Stellungnah- men, ggf. Vorschlag zur Änderung der Versor- gungskonzeption ⁵ /des Kostenvoranschlags, ggf. Auswahl eines anderen LEHM ⁶ ,	KK, MDK

Schritt -folge	Inhalt	Je nach Einzelfall können folgende Akteure beteiligt werden:
	ggf. zusätzliches Angebot, erneute Prüfung mit Information Patient/Arzt, Stellungnahme des Vertragsarztes bei erheblicher Abweichung	
11	Ist die Ablehnung des Hilfsmittels oder Änderung der Versorgungskonzeption vorgesehen: Einholung einer Stellungnahme des Patienten/des VA	KK, Patient, ggf. Stellungnahme des VA
12 a	Genehmigung der VK und des KoVo, Bescheid, Auftragserteilung	KK
12 b	bei Ablehnung des Antrags widerspruchsfähiger Bescheid, ggf. Widerspruchsverfahren	KK, Patient
13	Beschaffung bzw. Herstellung des Hilfsmittels, Anpassung, Auslieferung in gebrauchsfähigem Zustand, Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels, Prüfung der Passgenauigkeit, Patient quittiert Empfang	LEHM, Patient, Team, ggf. Assistent
14	Prüfung der Zweckmäßigkeit, ggf. Nachpassung und Änderung, ggf. Nachrüstung	Patient, Arzt, Team, LEHM
15	Abnahme des Hilfsmittels und Mitteilung an KK (Voraussetzung der Bezahlung des Hilfsmittels)	Patient, ggf. mit Team, Arzt
16	Nachkontrolle ⁷	Patient, Vertragsarzt, Team

Erläuterungen:

LEHM (Leistungserbringer Hilfsmittel), KK (Krankenkasse), KoVo (Kostenvoranschlag), VA (Vertragsarzt), Team (Therapeuten, pädagogische Fachkräfte, Arzt, jedoch nicht zwingend der verordnende Arzt, der den Patienten im Rahmen der ärztlichen, therapeutischen oder sozialen Versorgung begleitet)

- ¹ Der Patient kann eine Person seines Vertrauens beteiligen, z. B. Angehörige, Assistenten, Vertreter einer Einrichtung oder der Selbsthilfe.
- ² Bei der Beauftragung des LEHM sind ggf. die Bestimmungen des SGB V zu berücksichtigen.
- ³ Assistenz umfasst alle Leistungserbringer von personenbezogenen Hilfen, einschl. Pädagogen.
- ⁴ Bei Weiterleitung des Hilfsmittelanspruchs an den Sozialhilfeträger nach §§ 10 - 14 SGB IX sollte das Einverständnis des Betroffenen eingeholt werden.
- ⁵ Wenn die Versorgungskonzeption, die der Verordnung zugrunde liegt, in relevantem Umfang geändert werden soll, sollte Einvernehmen mit dem verordnenden Vertragsarzt und dem Patienten zum geänderten Vorschlag der VK hergestellt werden.
- ⁶ zur Überprüfung der Versorgungskonzeption auf der Grundlage der ärztlichen Verordnung(sbegründung); soll ein anderer LEMH mit der Leistungserbringung beauftragt wer-

den, setzt dies die Beachtung des Wunsch-/Wahlrechts des Patienten voraus, soweit dies im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen bzgl. der Auswahl des LEHM möglich ist.

⁷ Der MDK kann den Gesamtprozess evaluieren (siehe dazu auch Kap. B 7, S. 57 f.).

Zur Vermeidung der Schwächen des bisher üblichen Versorgungsverfahrens bedarf es einer Prozessgestaltung, die sich an dem oben beschriebenen idealtypischen Versorgungsprozess orientiert, um zuverlässig und effektiv die bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung sicherzustellen. Mit einer solchen Prozessgestaltung liegen zahlreiche Erfahrungen aus Sozialpädiatrischen Zentren, Fachkrankenhäusern, Rehabilitationskliniken, Facharztpraxen und Spezialambulanzen der Unfallversicherung, Orthopädischen Versorgungsstellen für die Kriegsopferversorgung und Eingliederungshilfeeinrichtungen vor, auf die zurückgegriffen werden kann.

Nicht immer sind alle Schritte des idealtypischen Verfahrens erforderlich, z. B. wenn es sich um einfache Problemstellungen handelt. Die Prozessgestaltung hängt zudem wesentlich von den Bedürfnissen des Patienten, den Anforderungen des Vertragsarztes und der Krankenkassen ab. Dieser Prozess muss in allen Schritten qualitätsgesichert ablaufen, wenn sichergestellt werden soll, dass die Versorgung bedarfsgerecht unter rehabilitativer Zielsetzung im Rahmen einer auf Teilhabe und erfolgreiche Behandlung ausgerichteten Gesamtstrategie erfolgen soll.

Barrieren einer solchen qualitätsorientierten Gestaltung des Versorgungsprozesses könnten eine Bürokratisierung des Prozesses, Verzögerungen und ein nicht reibungsloses Zusammenwirken aller Beteiligten sein. Eine bedarfsgerechte und zeitnahe Versorgung ist stets erforderlich.

Die Lösungsvorschläge des Ausschusses setzen hier an und wollen helfen, Hindernisse eines optimalen Versorgungsprozesses zu beseitigen. Zugleich werden zentrale Themen wie z. B. Aspekte der Teamentwicklung, die Notwendigkeit von Beratung und anderen begleitenden Leistungen, die Ergebnisverantwortung des Arztes, die Auswahl des Leistungserbringers und die mögliche Rolle von Kompetenzzentren erörtert.

A 2 Problem-, Ziel-, Lösungs- und Personenzentrierung der Hilfsmittelversorgung

Bislang wurde die Verordnungs- und Genehmigungspraxis vorrangig auf das Hilfsmittel und zu wenig auf die Erreichung der Ziele und die Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität ausgerichtet. Damit ist die Gefahr verbunden, dass sich die Versorgung zu stark an den technischen Eigenschaften des Hilfsmittels oder an dessen Preis orientiert statt an den Zielen, die durch den Hilfsmiteleinsatz (und auch andere Maßnahmen) erreicht werden sollen. Dabei soll die Hilfsmittelversorgung nicht isoliert erfolgen; sie ist immer als Bestandteil eines Gesamtprozesses zur Beseitigung von Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe oder zur Behandlung von Krankheiten zu betrachten.

Die Art der Hilfsmittelversorgung richtet sich nach dem formulierten Ziel. Hilfsmittel zur Sicherung der ärztlichen Behandlung und zur Vorbeugung einer drohenden Be-

hinderung haben primär das Ziel, einen therapeutischen Behandlungsplan umzusetzen oder zu unterstützen (z. B. eine postoperativ stellungssichernde Orthese).

Der Hilfsmiteleinsatz zum Ausgleich einer Behinderung ist zunächst auf die durch die Beeinträchtigung von Strukturen, Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe hervorgerufenen Probleme zu fokussieren. Mit Unterstützung eines Hilfsmittels soll hierbei das Ziel erreicht werden, Beeinträchtigungen zu beseitigen, zu vermindern, auszugleichen oder eine Verschlimmerung zu verhindern. Die Zielbereiche können sich überschneiden oder im Laufe der Erkrankung ineinander übergehen, was bei der Verordnung und Versorgung berücksichtigt werden sollte.

Andererseits kann ein Hilfsmittel auch selbst strukturelle oder funktionelle Beeinträchtigungen als unerwünschte Wirkung hervorrufen. Allgemein gilt für die Hilfsmittelversorgung: Immer dann, wenn Strukturen und Funktionen im positiven oder negativen Sinn durch ein Hilfsmittel beeinflusst werden bzw. werden können, besteht eine besondere ärztliche Verantwortung und damit Zuständigkeit des Arztes für die Hilfsmittelversorgung. Dies gilt insbesondere bei Kindern, deren Wachstum und Entwicklung durch das Hilfsmittel in ihrer weiteren Entwicklung beeinflusst werden kann, bei Patienten mit progredienten Erkrankungen, da hier der Verlauf der Krankheit bei der Hilfsmittelversorgung zu beachten ist (typisch z. B. bei der amyotrophen Lateralsklerose) und bei Patienten mit besonderen, ggf. zusätzlichen Beeinträchtigungen – z. B. einer geistigen Behinderung, seelischen Erkrankung, fortschreitender Demenz oder raschem Alterungsprozess.

Grundsätzlich ist zu prüfen, ob die Versorgungsziele auch mit anderen Mitteln zu erreichen sind. Dazu gehören insbesondere therapeutische Maßnahmen wie z. B. Heilmittel (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie), Operationen oder medikamentöse Behandlung. Auch durch Änderungen des Patientenverhaltens, z. B. durch ein eigenes Übungsprogramm, Beratung oder Änderung der Kontextfaktoren können Teilhabeziele oft erreicht werden, ebenso durch sozialpädagogische Maßnahmen, persönliche Assistenz oder Unterstützung durch Bezugspersonen. Der behinderungsgerechten Gestaltung des Umfeldes und der Barrierefreiheit kommt hier besondere Bedeutung zu.

Folgende Zieldimensionen können als Orientierung für die behinderungsbezogene und teilhabeorientierte Hilfsmittelversorgung dienen:

Mögliche Zieldimensionen für die teilhabeorientierte Hilfsmittelversorgung	
1	Ermöglichung des (mehrständigen) Sitzens zur Teilhabe am Leben im konkreten räumlichen und sozialen Umfeld, ggf. mit in der Häuslichkeit benutzbaren und akzeptierten Hilfsmitteln
2	Ermöglichung sicherer und einfacher Transfers zur Ermöglichung des Sitzens, der Mobilität und zur Erleichterung der Pflege durch an die Häuslichkeit und die Assistenzpersonen angepasste Transfertechniken (Kinästhetik) bzw. Hilfsmittel

3	<p>Ermöglichung von Kommunikation</p> <p>durch Verwendung von im konkreten familiären und sozialen Umfeld angepassten, erprobten und akzeptierten Kommunikationsstrategien und Kommunikationshilfsmitteln bei eingeschränkter expressiver und rezeptiver Sprache bzw. schwerster Körperbehinderung</p>
4	<p>Ermöglichung der Ernährung bei orofazialer Dysfunktion</p> <p>durch Hilfsmittel zur schluckfördernden Positionierung, Zuführung der Nahrung in Kombination mit Lagerungs- und Mobilitätshilfen, ggf. einschl. der Förderung der Kompetenzen der Betreuungspersonen bei Zubereitung und Zuführung der Nahrung (Schlucktraining)</p>
5	<p>Bewältigung (zumindest Verringerung der Folgen) der Inkontinenz</p> <p>durch Hilfsmittel, Hygiene-/Kontinenzmanagement und Toilettentraining im häuslichen Umfeld</p>
6	<p>Optimierte Lokomotion</p> <p>mit Hilfsmitteln und Anleitung zu Eigenübung, Kontrollkompetenz bzgl. Körperposition, Lagerung und Fortbewegung des eigenen Körpers</p>
7	<p>Sicherstellung der Mobilität</p> <p>(selbstständige oder mit Fremdhilfe unterstützte Bewegung in Wohnung, Nachbarschaft, Wohnort/Kommune und Fernverkehr)</p>
8	<p>Bewältigung sonstiger Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)</p> <p>z. B. Essen, Anziehen, Waschen, Kochen, Wäsche</p>
9	<p>Förderung der Selbstständigkeit</p> <p>in der Bewältigung des Alltages mit möglichst wenig Fremdhilfe, mit Hilfsmitteln, auch durch Einüben von Kontrollkompetenz im konkreten Kontext</p>
10	<p>Bewältigung der Einschränkungen der Sinnesfunktionen</p> <p>z. B. zur Orientierung, Kommunikation, Ausübung von Kulturtechniken, sozialen Teilhabe, ggf. mit Hilfsmitteln</p>
11	<p>Förderung der Belastbarkeit und Handlungskompetenz</p> <p>im konkreten, individuellen Alltagsleben (insbesondere der Handlungsplanung, der Ausführungskontrolle, der Verantwortlichkeit und der Selbstständigkeit im eigenen häuslichen Umfeld)</p>
12	<p>Ermöglichung oder Optimierung der Umfeldkontrolle</p> <p>durch Hilfsmittel zur Umfeldsteuerung, ggf. als Adaptionshilfen</p>
13	<p>Ermöglichung des Lernens und der Wissensanwendung; Förderung der kognitiven Funktionen</p> <p>einschl. Gedächtnis, Konzentration, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit etc. speziell im Hinblick auf die alltäglichen praktischen Lebensvollzüge im häuslichen Umfeld</p>

14	Ermöglichung eines selbstgesteuerten Schmerzmanagements unter häuslichen Bedingungen ggf. mit Hilfsmitteln, die über Lagerung, Bewegung, elektrische Ströme u. a. wirken
15	Bewältigung von Atmungsproblemen u. a. bei Schluckstörungen, rez. Infekten, COPD, Unterbeatmung, ggf. mit Hilfsmitteln zur intermittierenden oder dauerhaften Beatmung in häuslicher Umgebung, ggf. unter Erhaltung der Mobilität
16	Vermeidung und Bewältigung von Hautschäden (z. B. Dekubitus, Infektionen) im alltäglichen Leben unter Beibehaltung möglichst hoher Mobilität und Teilhabe, auch durch Hilfsmittelnutzung im Wohnumfeld
17	Ermöglichung und Förderung der Ausübung von Kulturtechniken und Teilhabe an modernen Kommunikationstechnologien und Kultur im Alltag mit Hilfsmitteln oder anderen Unterstützungsformen
18	Ermöglichung von Alltagsbeschäftigung einschl. solcher Aktivitäten, die dem Betroffenen wichtig sind, ggf. mit Hilfsmitteln
19	Ermöglichung und Förderung der Pflege unter minimaler Belastung des Klienten und optimaler Entlastung der Pflegenden durch angemessene Pflegestrategien und Hilfsmittel
20	Verringerung der Abhängigkeit bzw. des Bezuges von Sozialleistungen

Im Prozess der Hilfsmittelversorgung sollten solche Zieldimensionen, die ggf. auch erweitert werden können, als mögliche Versorgungsziele umfassend abgeprüft werden. Im Vordergrund steht die Person in ihrer konkreten Lebenswelt mit ihrem individuellen Hilfebedarf. So bestimmen nicht allgemeine Prinzipien der Hilfsmittelversorgung bei einer Erkrankung/Behinderung oder allgemeine Möglichkeiten der Hilfsmittelversorgung vorrangig das Versorgungsziel und den Versorgungsprozess, sondern die konkreten Bedarfe der betroffenen Person in ihrem Lebensalltag.

An den Beispielen der Tabelle ist zu sehen, dass es sich in der Regel um komplexe Aktivitäten handelt, nicht etwa um einzelne Funktionen. Betrachtet man alle Maßnahmen, die zur Zielerreichung beitragen, wird deutlich, dass neben der Hilfsmittelversorgung meist noch andere Maßnahmen notwendig sind, z. B. Training, Motivation u.v.a.; d. h. die Hilfsmittelversorgung ist in eine rehabilitative Gesamtstrategie zu integrieren. Man kann deshalb die erforderlichen Maßnahmen zur Erreichung komplexer Zieldimensionen auch umfassender als Teilhabesicherungskonzepte bezeichnen.

Zu beachten ist, dass immer auch unerwünschte Wirkungen auf Strukturen und Funktionen auftreten können, die zu vermeiden sind.

Beim Einsatz therapeutisch wirksamer Hilfsmittel zur Behandlung einer Krankheit oder auch bei Hilfsmitteln mit Bedeutung für die körperliche und geistige Entwicklung stehen hingegen leitlinienorientierte Behandlungskonzepte im Vordergrund, die auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse aufbauen und auf möglichst hohem Level evidenzbasiert sein sollen.

Jede Verordnung von Hilfsmitteln zur Therapie bedarf gegenüber dem Patienten vor allem dann einer überzeugenden Begründung, wenn die Hilfsmittel hindernd wirken oder den Betroffenen stigmatisieren können. Auch hier sind die konkreten Lebensverhältnisse zu berücksichtigen – im Grunde handelt es sich jedoch um therapeutische Entscheidungen. Eingriffe in solche therapeutischen Entscheidungen durch den Kostenträger sind nicht ohne weiteres möglich. Weder das Verfahren der Prüfung der Verordnung noch ihre Veränderung dürfen das Ziel der Verordnung gefährden.

Eine fachkundige Verordnung von Hilfsmitteln mit therapeutischer Funktion sollte vonseiten der Kostenträger als solche anerkannt werden. Wenn dennoch Interventionen, z. B. Rückfragen oder Vorschläge zu Änderungen der Versorgungskonzeption, im Einzelfall notwendig sind, ist es in diesen Fällen ratsam, einen spezialisierten Arzt des MDK, in der Regel einen einschlägigen Facharzt, einzubeziehen. Die Erreichung des Behandlungsziels darf nicht gefährdet werden, und Verzögerungen der Versorgung sind zu vermeiden. Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkte und Kosten-Nutzen-Relation des Hilfsmittelversorgungsvorschlags dürfen nur unter Beachtung der Zielerreichung beurteilt werden; dementsprechend muss durch eine Änderung des Versorgungsvorschlags das Versorgungsziel gleichwertig erreichbar sein. Grundsätzlich gilt aber, dass im Rahmen einer Hilfsmittelversorgung für jeden Einzelfall die Probleme, Ziele und Lösungen personenbezogen zu ermitteln sind und daraus die Versorgungskonzeption zu entwickeln ist.

A 3 Personengruppen mit besonderem Bedarf

Bei der Hilfsmittelversorgung ist zu berücksichtigen, dass einige Personengruppen besondere Bedarfe haben:

Bei der Hilfsmittelversorgung für **Kinder** sind besondere Qualitätsanforderungen an den Prozess, die Struktur und die Ergebniskontrolle der Hilfsmittelversorgung zu stellen. Es sollte geprüft werden, ob beteiligte Therapeuten und Ärzte mit entsprechender Qualifikation oder durch ihre Tätigkeit in SPZ, Frühfördereinrichtungen, Eingliederungshilfeeinrichtungen etc. als besonders qualifizierte Leistungserbringer gelten können, und ob die durch sie erarbeiteten Versorgungskonzepte bei der Genehmigung durch den Kostenträger anders behandelt werden können als solche von nicht spezialisierten Verordnern bzw. Leistungserbringern, um Leistungsentscheidungen zu beschleunigen. Dies erscheint notwendig, da bei Kindern auf Grund ihres Wachstums und ihrer Entwicklung oft eine rasche Versorgung erforderlich ist und Verzögerungen zu funktionellen Einbußen führen können. Auch müssen mögliche unerwünschte Wirkungen auf Strukturen und Funktionen immer beachtet werden.

Bei **Menschen aller Altersgruppen**, die unter **progredienten Erkrankungen** leiden, sollte die Versorgung mit Hilfsmitteln den zu erwartenden Krankheitsverlauf berücksichtigen. So können nachträgliche Anpassungen oder Umversorgungen vermieden werden und die Situation der Betroffenen kann nachhaltig verbessert werden. Teilhabe steht auch hier im Vordergrund, denn Untersuchungen zeigen, dass bei progredienten Behinderungen durch angemessene Versorgung und auch durch Hilfsmiteleinsatz eine verbesserte Lebensqualität und Teilhabe erreichbar sind und körperliches und seelisches Leiden vermieden werden kann. Die Nutzung noch vorhandener Funktionen und Aktivitäten sollte jedoch durch eine Hilfsmittelversorgung nicht beeinträchtigt werden.

Bei der Versorgung von **Personen mit dauerhafter Behinderung** ist die Anwendung von Hilfsmitteln ein wesentliches Element zur Erreichung von Teilhabe. Informationen zu Art und Umfang der Behinderung dieser Personen sind vorhanden und allen am Versorgungsprozess Beteiligten zugänglich, so dass auf dieser Grundlage die Versorgungsentscheidungen rasch und fundiert, ggf. unter Rückgriff auf vorhandene Unterlagen, getroffen werden können.

Bei der Hilfsmittelversorgung **älterer Menschen** sind Erkenntnisse aus der Geriatrie zu berücksichtigen: Neben der unmittelbaren Problembewältigung sind die geriatrischen Syndrome wie verringerte Reaktionsfähigkeit, Beeinträchtigungen der Sinnesorgane und verminderte Belastbarkeit sowie Sturzgefahr zu berücksichtigen. Auch sind die besonderen Bedürfnisse im Alter zu beachten, ohne vorschnell Defizite und Inkompetenz z. B. auf Grund einer Demenz zu unterstellen. Oft gibt es noch erhebliche Ressourcen für die Bewältigung des Alltages. Eine Einengung der Hilfsmittelversorgung auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und die Pflege ist zu vermeiden, zumindest im Einzelfall zu prüfen: Teilhabe des älteren Menschen darf nicht darauf reduziert werden, denn auch er hat ein Recht auf umfassende Teilhabe. Hier bedarf es oft eines speziellen geriatrischen Assessments, um die Hilfsmittelversorgung bedarfsgerecht und teilhabeorientiert durchzuführen, auch im Sinne einer Modifikation der Kontextfaktoren. Dies ist sowohl im eigenen Haushalt, in der Familie als auch in Einrichtungen der Altenhilfe besonders wichtig, um die Möglichkeiten im Bereich Aktivitäten und Teilhabe auch bei gegebener Pflegebedürftigkeit auszuschöpfen und so eine möglichst weitgehende Unabhängigkeit von Pflege bzw. Assistenzleistungen zu erreichen oder aber deren Optimierung und / oder eine größtmögliche Teilhabe herzustellen. Im Zuge der demographischen Entwicklung wird diesem Gesichtspunkt eine besondere Bedeutung zukommen.

A 4 Kooperation und Teamarbeit in der Hilfsmittelversorgung

In vielen Fällen können weder Arzt, Patient noch Hilfsmittelleistungserbringer die Beeinträchtigungen und ihre Beeinflussbarkeit sowie die möglichen Problemlösungen allein erkennen. Deshalb ist bei der Hilfsmittelversorgung häufig Teamarbeit notwendig. Bei Behinderungen ist zumeist auch die Kompetenz der therapeutischen bzw. pflegerischen Fachdisziplinen, oft auch von spezialisierten Fachkräften erforderlich (z. B. bei Kommunikationshilfsmitteln). Sowohl die Bedarfsermittlung als auch die bedarfsgerechte Gestaltung des Hilfsmittelversorgungsprozesses sollte deshalb in

Kooperation der beteiligten Fachleute erfolgen. Für die optimale Prozessgestaltung der Hilfsmittelversorgung ist eine multi- oder interdisziplinäre Teamarbeit unabdingbar.

Kennzeichen von Teamarbeit sind:

- Als Team wird bezeichnet ein „Zusammenschluss von mehreren Personen zur Lösung einer bestimmten Aufgabe oder zur Erreichung eines bestimmten Zieles“.
- Die Mitglieder tragen zur Erreichung der Teamziele mit ihren jeweiligen Fähigkeiten und den daraus entstehenden gegenseitigen Abhängigkeiten bei.
- Das Team entwickelt eine Team-Identität, die sich von den individuellen Identitäten der Mitglieder unterscheidet.
- Das Team hat Kommunikationspfade sowohl innerhalb des Teams als auch nach außen entwickelt.
- Die Struktur des Teams ist aufgaben- und zielorientiert beschrieben.
- Ein Team überprüft periodisch seine Effektivität.

(vgl. Teamentwicklung in der Rehabilitation, BAR)

In der Hilfsmittelversorgung gibt es solche Teamarbeit nicht nur innerhalb von Einrichtungen, sondern in manchen Fällen auch im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit. Die Teamarbeit kann in Form kurzer Konsultationen oder auch ausführlicher Teambesprechungen organisiert werden, denn in manchen Fällen ist es erforderlich, dass das Hilfsmittelversorgungs-Team den Patienten, seine Lebenssituation und seine Bezugspersonen gut kennt, um die richtige Empfehlung bzw. Entscheidung über einen Hilfsmittelleinsatz treffen zu können. Damit diese Teamarbeit optimal wirksam werden kann, bedarf es einer intensiven Zusammenarbeit zwischen verordnendem Arzt, Therapeuten, Hilfsmittelleistungserbringer und weiteren Fachkräften. Teamarbeit ermöglicht die bedarfsgerechte Zielerreichung der Hilfsmittelversorgung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes.

Die Bedeutung der Teamarbeit für die bedarfsgerechte Versorgung mit Hilfsmitteln nimmt auch deshalb zu, weil der Versorgungsprozess durch technische Entwicklung, Abwägung der entstehenden Kosten, Analyse der Teilhabemöglichkeiten und Berücksichtigung aktueller neurophysiologischer Aspekte (z. B. Inhibition der Spastik, symmetrische Positionierung bei asymmetrischen Gelenkstellungen etc.) anspruchsvoller wird. Dies macht verschiedene Kompetenzen erforderlich, auch um die Wirkungen eines Hilfsmittels im Alltag beurteilen zu können, so auch die im Zeitverlauf variierenden Wechselwirkungen mit medikamentösen Therapien wie z. B. einer Therapie mit Botulinum-Toxin.

Über erfolgreiche Teamarbeit liegen zahlreiche Erfahrungen aus verschiedenen Einrichtungen vor, insbesondere aus Rehabilitationskliniken, Sozialpädiatrischen Zentren, Schulen, Spezialambulanzen und auch aus Hilfsmittelsprechstunden zwischen Hilfsmittelleistungserbringer und Arzt. Solche Hilfsmittelsprechstunden können als Minimalform einer Teamarbeit angesehen werden.

Erfahrungen aus der Teamarbeit zeigen, dass eine gute Qualität des Versorgungsprozesses eine häufige und länger dauernde Zusammenarbeit der Teammitglieder voraussetzt. Damit ein Team im oben beschriebenen Sinne effektiv zusammenwirken kann, sollte **Teamentwicklung** ermöglicht und unterstützt werden.

Es zeigt sich immer wieder, dass die Qualität der Hilfsmittelversorgung mit der Professionalität des Teams und damit der erreichten Teamentwicklung zunimmt. Zudem könnte auch die Erfahrung der Selbsthilfe hier eingebunden werden. Da jedoch nicht jede Hilfsmittelversorgung eine intensive Teamarbeit erfordert, sollte am Anfang eines Versorgungsprozesses festgelegt werden, welche Fachleute im konkreten Fall zum besten Ergebnis der Hilfsmittelversorgung beitragen können, und in welcher Form die Kooperation der Fachleute organisiert werden soll. Dabei sollte Teamarbeit die Leitidee sein.

Bei einigen komplexen Problemstellungen, die mittels Hilfsmitteln gelöst werden sollen, beim Vorliegen bestimmter Kontextfaktoren sowie bei sehr kostenaufwändigen Versorgungsleistungen sollte auf die Kompetenzen eines funktionierenden Teams regelhaft zurückgegriffen werden können. Die grundlegenden Erkenntnisse zur Teamentwicklung aus der Organisations- und Arbeitswissenschaft sollten aus Sicht der DVfR auch für das Erreichen einer qualitativ guten Hilfsmittelversorgung nutzbar gemacht werden. Deshalb sollten die strukturellen Vorgaben des Versorgungsprozesses grundsätzlich die Entwicklung von Teamstrukturen begünstigen, damit solche Teams bei Bedarf zur Verfügung stehen.

Dies entspricht auch dem Interesse der Patienten an einer optimierten Hilfsmittelversorgung, da sie selbst bei der Auswahl und der Entscheidung für ein Hilfsmittel auf die fachliche Beratung und Unterstützung durch Fachleute nicht verzichten wollen.

A 5 Sozialraumorientierung in der Hilfsmittelversorgung

Orte einer qualifizierten Hilfsmittelversorgung müssen für Menschen mit Behinderung mit vertretbarem Aufwand zu erreichen sein, d. h. Fahrzeiten von 60 Min. sollten möglichst nicht überschritten werden. So können bei Bedarf auch Hausbesuche durch Leistungserbringer und Leistungsträger effektiv und kostengünstig durchgeführt werden. Deshalb sollte die Hilfsmittelversorgung grundsätzlich lebenswelt- und sozialraumbezogen organisiert werden. Dies kann auch die Bildung von regionalen Netzwerken erforderlich machen.

Unter **Sozialraum** wird in diesem Zusammenhang der Lebensraum der Menschen mit seinen verschiedenen Bestandteilen verstanden. Als Sozialräume können definiert werden: der private Bereich (indoor), die Nachbarschaft (Nahbereich), der kommunale bzw. regionale Raum, der überregionale Raum und der nationale, sowie auch der internationale Raum. Sozialraumorientierung bedeutet nicht, wie oft unterstellt wird, die Definition nur eines Raumes als Bezugsregion, z. B. das Wohnquartier, das Dorf oder den Stadtteil als die unmittelbar „wohnnah“ Region, sondern impliziert vielmehr eine Differenzierung verschiedener Regionen nach Kompetenz und Versorgungsauftrag und sinnvoller Versorgungsstruktur. Auch gewachsene Bezüge z. B. zu regionalen Dienstleistungszentren sind zu berücksichtigen. Nicht jede

Dienstleistung muss überall angeboten werden – manche Hilfsmittelversorgung kann in Zentren erfolgen, die nur einige Kilometer entfernt liegen, eine andere mit besonderen fachlichen Ansprüchen sollte in Kompetenzzentren erfolgen, die möglicherweise einen weiteren Anfahrtsweg erfordern.

Als Kriterium der Gestaltung von Sozialräumen spielen insbesondere die Ansprüche, Fähigkeit und Möglichkeit der Menschen in Bezug auf ihre Mobilität eine große Rolle, d. h. auch das Vorhandensein von Ressourcen (PKW, ÖPNV, Assistenz) und das Fehlen von Barrieren.

Die regionalen Besonderheiten im Umfeld des Patienten stellen im Sinne der ICF Kontextfaktoren dar und sind oft für die Auswahl und die Nutzung des Hilfsmittels von Bedeutung; sie sollten daher dem Hilfsmittelleistungserbringer bekannt sein. Dazu gehören z. B. die Verkehrsinfrastruktur mit Beförderungsmöglichkeiten und -ressourcen des Landkreises, die topographischen Gegebenheiten (Hügel und Berge etc.), Anbindung an Einkaufsmöglichkeiten sowie die sozialen Inklusionsmöglichkeiten.

Zur Sozialraumorientierung gehört auch, dass die verschiedenen regional ansässigen Akteure der Hilfsmittelversorgung – z. B. Hausärzte, Therapeuten und Hilfsmittelleistungserbringer (gemeint ist hier nicht das Team im engen Sinne) – regelmäßig zum Austausch von Informationen und Know-how zusammenkommen und sich dabei kennenlernen. Durch den informellen Austausch, z. B. über die regionale Selbsthilfe, können auch Selbststeuermechanismen in Gang kommen, die sowohl für die Betroffenen als auch für die Kostenträger vorteilhaft sein können. Letztendlich werden die Ergebnisse der Hilfsmittelversorgung durch die Community der Menschen mit Behinderung und ihre Organisationen vor Ort kontrollierbar.

Für den Patienten ist wichtig, dass er insbesondere für individuell anzupassende Hilfsmittel die Dienstleistung der Werkstatt des Hilfsmittelbetriebes mit zumutbarem Aufwand in Anspruch nehmen kann, so dass Beratung, Auswahl (mit Erprobung), Anpassungen, Unterweisung und Reparaturen zeitnah und bedarfsgerecht durchgeführt werden können.

Eine regionale Differenzierung hinsichtlich der Versorgungsprozesse mit Hilfsmitteln erscheint notwendig, weil z. B. eine hochspezifische Hilfsmittelversorgung nicht auf jeder kommunalen Ebene wohnortnah vorgehalten werden kann. Andererseits gibt es eine Reihe von Hilfsmitteln, die ohne weiteres überregional vertrieben werden können (die aber nicht Gegenstand dieses Papieres sind).

Eine überregionale Versorgungsstruktur für Hilfsmittel kann neben Vorteilen (Massenumsätze, Spezialisierung, günstige Preise) auch erhebliche Nachteile haben: für die Patienten und ihre Bezugspersonen, weil z. B. der Hilfsmittelleistungserbringer nicht erreicht bzw. aufgesucht werden kann, sowie für die Gestaltung des Versorgungsprozesses, weil Teamarbeit und die Kooperation mit Einrichtungen kaum möglich ist. Aufwändige Anpassungsprozesse sind wohnortfern kaum rentabel durchführbar, Reparaturen durch die Fahrzeiten kostenaufwändig, Verzögerungen sind oft unvermeidlich, u. a. Diese Vor- und Nachteile sind abzuwägen.

Die Strukturen und die Prozesse der Hilfsmittelversorgung sollten unter den Gesichtspunkten der Struktur- und Prozessqualität nicht primär am Hilfsmittel, sondern am Versorgungsbedarf der Menschen und der Prozess- und Ergebnisqualität ausgerichtet werden. Das kann bedeuten, dass sowohl zentrale als auch dezentrale Versorgungsangebote im Hilfsmittelbereich notwendig sind (Dualität der Marktstrukturen). Die Qualität und auch die Wirtschaftlichkeit der Hilfsmittelversorgung kann jedoch dann in Gefahr geraten, wenn durch Angebotskonzentrationen (Ausschreibungsverfahren) für Hilfsmittel die Preisstrukturen so beeinflusst werden, dass ausschließlich eine zentralisierte Versorgung möglich wird, und dadurch eine gute Versorgungsqualität insbesondere in strukturschwachen Regionen nicht mehr möglich ist. Daher sind diese Aspekte bei der Vertragsgestaltung – z .B. bei Ausschreibung in Losen und der Vereinbarung von Versorgungspauschalen – zu berücksichtigen.

Die DVfR legt deshalb Wert auf die Feststellung, dass die Hilfsmittelversorgung sich an Sozialräumen orientieren muss, d. h. an Kriterien der Kompetenz / Qualifikation, Erreichbarkeit, Verfügbarkeit und am Gesamtverlauf der Hilfsmittelversorgung. Die DVfR ist der Auffassung, dass für die Hilfsmittel, die in diesem Papier diskutiert werden, eine überregionale und auf nationaler Ebene (bundesweit) organisierte Versorgung in der Regel ungeeignet ist.

Es wird nicht verkannt, dass es dazu Ausnahmen geben kann, z. B. im Bereich der Medizintechnik (Stichwort Flüssigsauerstoffversorgung), bei einigen Angeboten aus dem Bereich der Unterstützten Kommunikation, sofern zumindest auch eine regionale Beratungsstruktur existiert. Begreift man die Hilfsmittelversorgung als Möglichkeit der Problemlösung für Menschen mit Behinderung, dürften überwiegend regionale, wohnortnahe bzw. sozialräumlich gestaltete Strukturen sinnvoll sein, die feste Kooperationsbeziehungen und Vernetzung ermöglichen und eine Qualitätskontrolle erleichtern.

A 6 Gesetzliche Rahmenbedingungen und Verantwortlichkeit für die Hilfsmittelversorgung

Die Versorgung mit Hilfsmitteln hat verschiedene gesetzliche Grundlagen. Im hier bearbeiteten Kontext sind dies vorwiegend die SGB V, IX und XI. Auf das Verhältnis SGB V und SGB IX wird im Anhang eingegangen. Die nachfolgend dargestellten Vorschläge konzentrieren sich auf die Hilfsmittelversorgung im Rahmen des SGB V.

In der ambulanten Gesundheitsversorgung ist die Krankenbehandlung Aufgabe der Vertragsärzte. Diese haben die vertragsärztliche Versorgung insgesamt sicherzustellen (Sicherstellungsauftrag) und sind für die Krankenbehandlung (§§ 72, 73 SGB V) im Einzelfall verantwortlich (i. S. der Therapieverantwortung). Der Sicherstellungsauftrag umfasst auch die Verordnung von Hilfsmitteln, vgl. § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V.

Der Vertragsarzt trägt demnach die Verantwortung für die Verordnung von Hilfsmitteln im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung seiner gesetzlich krankenversicherten Patienten.

In den Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinien) sind die Grundsätze festgelegt worden, die der Arzt bei der Verordnung von Hilfsmitteln zu beachten hat. Unter anderem ist dort geregelt, dass der Arzt sich jeweils vom Zustand des Kranken überzeugen, das Hilfsmittel nach Fertigstellung beurteilen und bei Änderungsbedarf des Hilfsmittels prüfen soll, ob dies notwendig und möglich ist.

Die fachliche Verantwortung des behandelnden Arztes für die Hilfsmittelversorgung schließt jedoch eine Leistungsgewährung für Hilfsmittel durch die Krankenkasse auch ohne ärztliche Verordnung nicht aus, da der Anspruch des gesetzlich Versicherten auch im Rahmen des SGB IX nicht von einer ärztlichen Verordnung abhängig ist.

Die DVfR weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die fachliche Verantwortung des Arztes bei der Hilfsmittelversorgung zur Sicherung des Erfolges der Krankenbehandlung im Zusammenhang mit dem ärztlichen Behandlungsplan zu sehen ist. Aber auch bei Hilfsmitteln, die dem Ausgleich der Behinderung dienen, sind mögliche unerwünschte Wirkungen mit mittel- und langfristige Folgen bei der Nutzung des Hilfsmittels zu beachten und daher ist eine ärztliche Entscheidung über Art und Gestaltung des Hilfsmittels auch hier erforderlich.

In der Praxis kann es für den Sachbearbeiter der Krankenkasse schwierig sein, die Notwendigkeit eines Hilfsmittels und die getroffene Auswahl aus einer Vielzahl zur Verfügung stehender Hilfsmittel nachzuvollziehen. Hat er begründete Zweifel an der Erfordernis oder auch an der Zweckmäßigkeit oder Wirtschaftlichkeit des Versorgungsvorschlages, kann er zusätzliche Informationen einholen und/oder die Verordnung dem MDK (§ 275 SGB V) vorlegen. Dieses Verfahren bedeutet vor allem dann einen erheblichen Aufwand, wenn die Verordnung nicht nur im Hinblick auf die Plausibilität geprüft wird, sondern umfangreiche Sachstandserhebungen notwendig sind. Eine solche Vorgehensweise sollte deshalb nicht regelhaft zur Anwendung kommen.

Die Bereitstellung von Informationen zur Hilfsmittelversorgung, ggf. einschl. zusätzlich erforderlicher Informationen, ist zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Krankenkassen vereinbart und erfolgt durch:

- Ausstellung einer ärztlichen Verordnung (Muster 16) mit Angabe der Diagnose und ggf. des Versorgungszieles
- Krankheitsbericht auf Verlangen der Krankenkasse (EBM Nr. 01621)
- Gutachterliche Stellungnahme auf Verlangen der Krankenkasse (EBM Nr. 01622)

Einen Bericht über den ärztlichen Behandlungsplan darf nur der MDK anfordern, wenn dieser für die Beurteilung tatsächlich erforderlich ist, und nur in dem zur Beurteilung des zur Prüfung anstehenden Sachverhaltes notwendigen Umfang.

Die Rahmenbedingungen für dieses Verfahren des Informationsaustausches sind aus Sicht der DVfR nicht ausreichend geklärt und werden deshalb oft zu Recht kritisiert. Kritikpunkte sind u. a.:

- Es ist nicht klar geregelt, welche Informationen auf dem Verordnungs-Muster 16 benötigt werden und welche zusätzlichen Informationen vom Vertragsarzt und vom Hilfsmittelleistungserbringer angefordert werden dürfen. Leider fehlen andererseits sogar manche Basisinformationen auf der ärztlichen Verordnung.
- Es ist zudem auch oft unklar, in welchen Fällen zusätzliche Informationen tatsächlich benötigt werden. Der Informationsbedarf hängt u. a. auch von der Qualifikation des Sachbearbeiters ab sowie davon, ob bei der Krankenkasse vorhandene Unterlagen beigezogen werden und diese überhaupt aufbereitet zur Verfügung stehen.
- Der Aufwand für die Beantwortung der Anfragen durch den Vertragsarzt ist oft erheblich und wird durch die vereinbarten Vergütungen des EBM aus Sicht der Vertragsärzte nicht ausreichend vergütet.
- Wenn zur Beantwortung der Anfrage eine erneute Untersuchung des Versicherten erforderlich ist, führt dies zu erheblicher Zeitverzögerung und zusätzlichem Aufwand und Kosten sowie zu einer zusätzlichen Belastung für den behinderten Patienten.
- Bei aller Nachvollziehbarkeit des Wunsches der Sozialleistungsträger nach maximaler Transparenz und Kontrolle sollten dennoch vor der Anforderung von weiteren Informationen die Folgen von zeitlicher Verzögerung und nicht zuletzt die damit verbundenen Transaktionskosten verstärkt berücksichtigt werden.

Die DVfR regt deshalb an, die vertraglichen Grundlagen und sonstigen Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten im Hinblick auf die Versorgung mit Hilfsmitteln zu überarbeiten.

Folgen die Krankenkassen der ärztlichen Verordnung bzw. dem ärztlichen Behandlungsplan trotz umfangreicher Information nicht, stellt sich die Frage, wer die Verantwortung für negative Folgen trägt, die dadurch entstehen können, dass die Versorgung mit Hilfsmitteln nicht oder in veränderter Form oder verspätet erfolgt. Solche negativen Folgen können z. B. Gelenkeinstellungen oder Unfälle oder auch Entwicklungsverzögerungen bei Kindern sein.

Es bietet sich daher an, dass bei Vorliegen entsprechender Kompetenz seitens der Krankenkasse oder des MDK statt einer Ablehnung ein Vorschlag zur Änderung der Versorgungskonzeption vorgelegt wird, zu dem sich sowohl der verordnende Arzt als auch der Patient äußern können. Dies kann vor allem dann angezeigt sein, wenn bei der Krankenkasse oder dem MDK Kenntnisse, Informationen oder Kompetenzen vorliegen, die über den Informationsstand des verordnenden Arztes hinausgehen. Grundsätzlich liegt die Verantwortung für die Versorgung mit Hilfsmitteln aber beim behandelnden Arzt und kann nicht durch die Krankenkasse bzw. einen anderen Sozialleistungsträger übernommen werden (anders bei Entscheidungen im Rahmen des SGB IX).

Kommt es dennoch zur Ablehnung oder zur Durchführung einer Umversorgung, kann der Patient deren Tragweite erfahrungsgemäß nicht allein ermessen und den Vorgang nicht ausreichend beurteilen. In diesem Fall besteht für den Patienten die Notwendigkeit einer erneuten Rücksprache mit dem behandelnden Arzt, was in der Re-

gel mit erheblichen Verzögerungen verbunden ist (Facharzttermine oft erst nach Wochen).

Bislang gibt es für den Betroffenen selbst lediglich die Möglichkeit, gegen einen ablehnenden Bescheid Widerspruch einzulegen. Aber nicht alle Patienten können diesen Weg gehen, und oft ist unklar, wie der Widerspruch im Vorfeld begründet werden soll, wenn noch keine eigenen Erfahrungen mit dem Hilfsmittel vorliegen. Insofern reicht der vorhandene Regelungsmechanismus bei Diskrepanzen in der Beurteilung der vorgelegten Versorgungskonzeption zwischen Sozialleistungsträger, Patient und Arzt bzw. Team und dem LEHM nicht aus. In jedem Falle ist die Zielerreichung, die der Versorgungskonzeption zugrunde liegt, bedarfsgerecht und zeitnah sicherzustellen.

Die DVfR weist darauf hin, dass dies insbesondere in den Fällen gilt, in denen das Hilfsmittel zur Sicherung der Krankenbehandlung notwendig ist,

Dient das Hilfsmittel ausschließlich dem Ausgleich der Behinderung, besteht in der Regel mehr zeitlicher und auch fachlicher Ermessensspielraum, sofern die Grundbedürfnisse durch die Vorversorgung gesichert sind. Allerdings wird hierbei oft verkannt, dass eine fehlerhafte Hilfsmittelversorgung von erheblichen unerwünschten Wirkungen begleitet sein kann.

Als Problem stellt sich dar, dass der Vertragsarzt seine Verantwortung und Verpflichtung aus den Hilfsmittel-Richtlinien häufig nicht wahrnimmt. Die Erfüllung dieser Pflichten ist für den Arzt auch nicht immer möglich, z. B. wenn ihm die Fachkenntnis fehlt oder er im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit die notwendige Qualität des Versorgungsprozesses nicht mit vertretbarem Aufwand herstellen kann (z. B. durch Organisieren der Teamarbeit). Festzustellen ist, dass auch andere am Hilfsmittelversorgungsprozess Beteiligte, wie die Krankenkassen bzw. der MDK und die Hilfsmittelleistungserbringer, nicht durchgehend die Kompetenz bzw. die Ressourcen besitzen, um diese erforderliche Qualität sicherzustellen. Auch organisatorische Aspekte spielen eine Rolle (ein Facharzt macht z. B. in der Regel keinen Hausbesuch).

Die DVfR empfiehlt, bei Abweichung vom Versorgungsvorschlag durch die Krankenkasse oder den Hilfsmittelleistungserbringer – zumindest in schwierigen Versorgungsfällen – frühzeitig das Einvernehmen aller Beteiligten herzustellen, um die beabsichtigten Versorgungsziele nicht zu gefährden. Für eine solche dialogorientierte Zusammenarbeit sind entsprechende Kommunikationswege zu erschließen, z. B. mündliche Absprachen statt Brief oder Verabredung von Konfliktlösungsstrategien. Optimal hierfür wäre es, für manche Fälle in einem bestimmten Sozialraum eine Hilfsmittelkonferenz mit den Beteiligten durchzuführen (vgl. dazu die Hilfeplankonferenzen der Sozialhilfeträger).

Hilfsmittel dürfen grundsätzlich nur von Vertragspartnern der Krankenkasse an Versicherte abgegeben werden. Wählt der Patient ggf. gemeinsam mit dem Arzt einen Hilfsmittelleistungserbringer aus, der die Versorgungskonzeption erstellt, die dann zusammen mit einem Kostenvoranschlag der Krankenkasse vorgelegt wird, darf die Krankenkasse diesen Versorgungsvorschlag nicht an einen anderen LEHM weiterleiten, wenn sie letzteren mit der Versorgung beauftragen möchte. Dies sollte nur möglich sein, wenn hierüber eine vertragliche Regelung zwischen dem vom Patienten ausgewählten LEHM und der Krankenkasse besteht (z. B. über eine Abgeltung).

Die DVfR weist darauf hin, dass die Umsetzung des zum 01.04.2009 neu gefassten § 28 SGB V nicht dazu führen darf, dass sinnvolle Kooperationen und Teamentwicklungen verhindert werden. Vertragsärzte und an der Versorgung beteiligte Einrichtungen wie z. B. Krankenhäuser, Sozialpädiatrische Zentren oder Rehabilitationseinrichtungen sollen mit Fachleuten der Hilfsmittelversorgung und entsprechenden Leistungserbringern ihrer Wahl zusammenarbeiten können, um optimierte Problemlösungen und Versorgungskonzeptionen zu entwickeln. Die Entscheidungsfreiheit der Kostenträger im Hinblick auf die Kostenübernahme bleibt davon unberührt. Sinnvolle Kooperationen sollten jedoch gefördert werden.

A 7 Qualität

Die DVfR betrachtet die stärkere Beachtung der Qualität bei der Hilfsmittelversorgung als entscheidende Möglichkeit zur Behebung der Defizite in der Hilfsmittelversorgung und zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit (s. Kapitel A 8).

Qualität in der Hilfsmittelversorgung meint nicht allein die Qualität des Hilfsmittels selbst i. S. von technischer und funktionaler Qualität, Haltbarkeit oder Sicherheit des einzelnen Hilfsmittels, sondern die Qualität der bedarfsgerechten Problemlösung und der Zielerreichung durch ein Hilfsmittel bei dem jeweiligen Patienten. Zentrale Elemente eines bedarfsgerechten Versorgungsprozesses sind u. a. Assessment, Beteiligung des Patienten, Teamarbeit und Erarbeitung einer zielorientierten Versorgungskonzeption, die die Kriterien der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllt. Ein einheitliches Qualitätsverständnis ist vor allem deshalb erforderlich, da von der Beurteilung der Qualität der eingereichten Versorgungskonzeption die Entscheidungen des Leistungsträgers über die Kostenübernahme und die Erteilung des Versorgungsauftrages unmittelbar abhängen. Es geht um die Frage, ob genau das vorgeschlagene Hilfsmittel notwendig und geeignet ist, den Zweck zu erfüllen (Behandlung einer Krankheit, Lösung der Probleme des Patienten, d. h. Reduktion der Beeinträchtigung).

Die Qualität einer Versorgung lässt sich nicht ohne weiteres allein aus der Beschreibung der Versorgungskonzeption ersehen. Von Bedeutung für die Qualität sind auch Erfahrung und Kompetenz des Hilfsmittelleistungserbringers, die Beachtung der verschiedenen (oben beschriebenen) Prozessmerkmale, die Bereitschaft, das Hilfsmittel zum Ausprobieren bereitzustellen, es anzupassen und nachzubessern und auch der Service (Gewährleistung, Reparaturen) sowie die Zeitdauer der Versorgung bzw. die Wartezeiten. Diese Eigenschaften und Arbeitsweisen des Hilfsmittelleistungserbringers schlagen sich nicht in einem Kostenvoranschlag nieder. Die Beurteilung der Qualität des Hilfsmittelleistungserbringers beruht auf Erfahrungen oder Referenzen.

Die Entscheidung für einen Hilfsmittelleistungserbringer traf bisher der Arzt oder der Patient. Jetzt ist diese Möglichkeit dadurch beschränkt, dass es sich grundsätzlich um einen Vertragspartner der Krankenkasse (für diese Versorgung) handeln muss. Die Krankenkasse muss vor Vertragsabschluss die Eignung des LEHM prüfen. Für diese Feststellung ist in Zukunft ein Präqualifikationsverfahren vorgesehen. Dieses kann allerdings nur allgemeine Merkmale der Strukturqualität erfassen und nur allgemeine Anforderungen an das Qualitätsmanagement formulieren. Insofern gibt die-

ses Verfahren keine Sicherheit im Hinblick auf die Ergebnisqualität des Leistungserbringers, insbesondere nicht im Hinblick auf die Versorgung bestimmter Personengruppen bzw. Problembereiche. In das Verfahren gehen zudem Kenntnisse der Patienten und ihrer Organisationen sowie der Ärzte auf der regionalen Ebene nicht mit ein. Ein systematisches Verfahren zur Qualitätsüberprüfung der Leistungserbringer gibt es derzeit nicht und ist auch nicht vorgesehen.

Die **Qualitätsanforderungen an die Hilfsmittelversorgung** sind im konkreten Falle nicht definiert. Zurzeit werden in Verträgen einige allgemeine Anforderungen an den Hilfsmittelleistungserbringer formuliert, z. B. Verfügbarkeit des Service innerhalb von 3 Werktagen o.ä., und es gibt Anforderungen an die Hilfsmittelleistungserbringer im Hinblick auf ihre Zulassung.

Die Qualitätsmerkmale eines Hilfsmittels sind nicht immer ausreichend allgemein und zugleich konkret definierbar, daher wird bei der Auswahl des Hilfsmittels wie folgt vorgegangen: In der Versorgungskonzeption wird das Hilfsmittel vorgeschlagen, bei dem sich die Anforderungen im ausgewählten Produkt konkretisieren. Genau dieses Hilfsmittel ist aufgrund der notwendigen Eigenschaften dann geeignet, das Versorgungsziel zu erreichen.

Deshalb muss ein Vergleich verschiedener Versorgungskonzeptionen immer auch einen Vergleich der konkreten Produkteigenschaften der vorgesehenen Hilfsmittel beinhalten. Dies gilt auch dann, wenn es sich um den gleichen Hilfsmitteltyp handelt, denn weisen die einzelnen Hilfsmittel funktionell relevante Unterschiede auf, kann dies die Erreichung der Versorgungsziele tangieren.

Bevor Preis bzw. Wirtschaftlichkeit eines Hilfsmittels bzw. einer Hilfsmittelversorgung im Vergleich verschiedener Angebote beurteilt werden können, muss ein Vergleich der Qualität erfolgen. Dabei kann es sich nach obigen Ausführungen nicht allein um einen Vergleich der Produkte handeln, sondern muss immer auch die unterschiedlichen Versorgungskonzeptionen berücksichtigen, sowie ggf. weitere Aspekte wie die Qualität des Hilfsmittelleistungserbringers (Referenzen), die Haltbarkeit, den Service etc.

Der gegenwärtige Stand der Beschreibung der Qualität von Hilfsmittelversorgungen zeigt, dass der Vergleich mehrerer Versorgungskonzeptionen bzw. mehrerer Hilfsmittel schwierig sein kann, wenn die genannten Kriterien berücksichtigt werden sollen. Insbesondere sind dann Zweifel an der Qualität eines Vergleichsangebotes und der zugrundeliegenden Versorgungskonzeption angebracht, wenn der Hilfsmittelleistungserbringer nicht an dem Versorgungsprozess als Ganzem teilgenommen hat, in dem die Versorgungskonzeption erarbeitet worden ist. Andererseits kann der Versorgungsprozess nicht beliebig oft mit verschiedenen Hilfsmittelleistungserbringern durchgeführt werden, nur um vergleichbare Angebote zu erhalten.

Diese Probleme können bei Verträgen auftreten, die sowohl über Ausschreibungen als auch über Verhandlungen mit Hilfsmittelleistungserbringern zustande kommen. Deshalb sollte bei der Vertragsgestaltung besonderes Augenmerk auf die Definition von Anforderungen und Qualitätskriterien für das Hilfsmittel und den Versorgungsprozess insgesamt gelegt werden. Bei den Anforderungen an eine bedarfsgerechte Versorgung sollte die Zielerreichung, insbesondere die Verbesserung von Funktio-

nen, der Aktivitäten und der Teilhabe unter Berücksichtigung der individuellen Situation des Betroffenen einschl. der Kontextfaktoren nach der ICF im Mittelpunkt stehen.

Es ist bisher nur ansatzweise gelungen, zum Teil nicht einmal versucht worden, entsprechende **Qualitätsmerkmale** für eine zielorientierte Hilfsmittelversorgung zu definieren. Dazu wären Leitlinien und Standards erforderlich, die nur selten vorliegen (nicht gemeint sind technische Eigenschaften des Hilfsmittels, die im Zusammenhang der Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis abgeprüft werden).

Das Vorliegen von definierten Qualitätsmerkmalen ist jedoch die Voraussetzung für ein Ausschreibungsverfahren. Dies gilt übrigens sogar für standardisierte Hilfsmittel wie Windeln, die in sehr unterschiedlichen Qualitäten hergestellt werden. Auch deren Eigenschaften werden nicht so exakt beschrieben, dass dies zu einer begründeten Entscheidung über den zu verordnenden oder zu genehmigenden Windeltyp ausreichen würde. In diesen Fällen muss deshalb so verfahren werden, dass die Erfahrungen mit diesem Hilfsmittel als Maßstab herangezogen werden.

Diese Situation ist außerordentlich unbefriedigend, da so kaum eine rational begründbare oder wirtschaftlich steuerbare Versorgung möglich ist. Man kann lediglich auf die Erfahrungen der Patienten bzw. der Ärzte zurückgreifen. Deren Beurteilung ist letztlich entscheidend. Ausschließlich auf Erfahrung beruhende Entscheidungen sind jedoch für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Hilfsmittelversorgung unzureichend.

Die DVfR mahnt deshalb an, Leitlinien und Qualitätsstandards für die Hilfsmittelversorgung zu entwickeln und diese zu evaluieren, um ein ausreichendes Evidenzlevel zu erreichen. Solange diese nicht zur Verfügung stehen, sind die Erfahrungen und Einschätzungen der Patienten und der Ärzte sowie der Hilfsmittelleistungserbringer in besonderem Maße zu berücksichtigen. Von Ausschreibungen oder anderen vergleichenden Vergabeverfahren, die sich nicht auf gesicherte Qualitätsstandards stützen können, wird abgeraten.

A 8 Aspekte der Wirtschaftlichkeit

Im Rahmen des SGB V muss eine Hilfsmittelversorgung wirtschaftlich sein. Jedoch sind Überversorgung und Fehlversorgung anzutreffen (s. SVR-Gutachten „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“, 2005). Nicht notwendige oder unzureichende Versorgungsleistungen können nicht wirtschaftlich sein. Andererseits stellt die nicht ausreichende oder nicht stattfindende Versorgung mit Hilfsmitteln (Unterversorgung) eine unzureichende Befriedigung des gesetzlichen Anspruchs der Betroffenen auf bedarfsgerechte Versorgung dar und kann ebenfalls nicht als „wirtschaftlich“ angesehen werden.

Wirtschaftlichkeit ist dann gegeben, wenn Nutzen und Kosten in einem angemessenen Verhältnis stehen. Eine Steigerung der Wirtschaftlichkeit ist dann möglich, wenn der angestrebte Nutzen bei geringeren Kosten erzielt werden kann.

Die Kosten für die Hilfsmittelversorgung sind nicht mit Preisen für Hilfsmittel zu verwechseln. Die DVfR mahnt an, den gesamten Prozess der Hilfsmittelversorgung in die Wirtschaftlichkeitsberechnungen einzubeziehen. Die Hilfsmittelversorgung be-

steht aus folgenden Komponenten, die Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit der Versorgung haben:

Komponenten einer Hilfsmittelversorgung	
1	Bedarfsermittlung und Erstellung der Versorgungskonzeption
2	Preisermittlung des Hilfsmittels einschl. der Dienstleistungen des LEHM für <ul style="list-style-type: none"> • Anpassung • Einweisung (MPG) • Nachpassung und Ergänzungen • Nachrüstung • Wartung (ggf. Inspektionen) • Reparaturservice (Kriterien: Schnelligkeit, ggf. ohne Berechnung, ohne ärztliche Verordnung, Kulanz, Qualität und Dauer)
3	Ermittlung des Bedarfs für weitere Dienstleistungen anderer Leistungserbringer wie <ul style="list-style-type: none"> • erweiterte Einweisung, Gebrauchsschulung • Training (z. B. Langstocktraining bei sehbehinderten Menschen) • ärztliche Leistungen (Verordnung, Anpassung, Beratung, Abnahme, ggf. Hausbesuch etc.) • therapeutische Leistungen (z. B. Anpassungen, Trainingskosten etc. durch Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Unterstützte Kommunikation)
4	Auswirkung des Hilfsmittels auf den Hilfebedarf bei Pflege und Assistenz, z. B. Toilettengang (Verminderung/Erhöhung)
5	Auswirkung des Hilfsmittels auf den Medikamentenbedarf (Verminderung/Erhöhung)
6	Auswirkung des Hilfsmittels auf den Heilmittelbedarf (Verminderung/Erhöhung)
7	Auswirkung des Hilfsmittels auf das Unfallrisiko, insbesondere Sturz, Verletzungen (Verminderung/Erhöhung)
8	Auswirkung des Hilfsmittels in Bezug auf unerwünschte Wirkungen (Verminderung/Erhöhung), insbesondere <ul style="list-style-type: none"> • Dekubitus • Schmerzen • Kontrakturen • Fehlhaltungen/Fehlstellungen
9	Auswirkung des Hilfsmittels auf die Prävention von Erkrankungen (Thrombose, Embolie, Inaktivitätsatrophien, Dekubitus etc.) sowie Komplikationen
10	Auswirkung des Hilfsmittels auf den ärztlichen Behandlungsbedarf (Verminderung/Erhöhung)
11	Nutzungsdauer für das Hilfsmittel
12	Haltbarkeit, Reparaturhäufigkeit, Anpassbarkeit des Hilfsmittels
13	Auswirkung auf Aktivitäten und Teilhabe im Sinne des SGB IX

Selbst bei den direkten Hilfsmittelkosten spielt der Preis des einzelnen Hilfsmittels für die Wirtschaftlichkeit oft nur eine untergeordnete Rolle, da billige Preise bei gleichen Hilfsmitteln mit einer geringeren Leistung durch die Leistungserbringer im Versorgungsprozess einhergehen können.

Berichten von Mitgliedern der DVfR zufolge handelt es sich bei Gegenangeboten mit niedrigerem Preis nur selten um echte Preisvorteile, da sich die Versorgungsqualität unterscheidet. Oft sind die Unterschiede auch mit einer Veränderung der Versorgungskonzeption verbunden. Dies ist jedoch schwer zu messen bzw. zu objektivieren. Bei vielen Hilfsmittelversorgungen ist es heute noch nicht möglich oder sehr aufwändig, alle Anforderungen an das Hilfsmittel und den Versorgungsprozess sprachlich so zu formulieren, dass alle Aspekte aus der Versorgungskonzeption sowie hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit, Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit tatsächlich benannt werden können. Für eine Beurteilung verschiedener Alternativen bedarf es neben technischer auch medizinischer Fachkenntnisse, und es muss die individuelle Problemlage des Patienten berücksichtigt werden. Um diese Anforderungen handhabbar zu gestalten, muss die Auswahl des Hilfsmittels auf einen Problemlösungsvorschlag bezogen sein. Nicht selten kann man erst am Patienten erkennen und entscheiden, ob die Versorgung gelingen wird oder nicht – und nicht anders ist der Sachverhalt bei jeder anderen handwerklichen Leistungen zu beurteilen.

Wenn diese Zusammenhänge bei Ausschreibungen oder bei der Anwendung von Versorgungspauschalen nicht beachtet werden, können Nachverordnungen, Nachpassungen, Änderungen oder auch Reparaturen (wegen Fehlbeanspruchung durch Fehlversorgung) erforderlich werden. Diese werden nach Erfahrungen der DVfR-Mitglieder häufig verzögert oder gar nicht durchgeführt, vor allem bei Versorgungspauschalen. Auch solche Erfahrungen sind in die Wirtschaftlichkeitsüberlegungen einzubeziehen.

Die entscheidenden Wirtschaftlichkeitsreserven sieht die DVfR deshalb nicht in Strategien, das einzelne Hilfsmittel zu einem möglichst geringen Preis bereitzustellen, sondern in der Optimierung des gesamten Versorgungsprozesses. Durch eine strenge Fokussierung auf die Lösung des anstehenden Problems kann Über-, Unter- und Fehlversorgung vermieden werden.

Positive Effekte in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit können sich auch durch einen verbesserten Wiedereinsatz gebrauchter Hilfsmittel ergeben. Dadurch können private Hilfsmittelansammlungen vermieden werden. Jedoch müsste die Bereitstellung von Hilfsmitteln z. B. zur vorübergehenden Nutzung deutlich flexibler gestaltet werden.

Zu einer Optimierung des Verordnungs- und Lieferungsprozesses gehört unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten auch die Abnahme der Leistung zum Zwecke der abschließenden Kontrolle der Ergebnisqualität durch eine kompetente Person, als die bislang der verordnende Arzt angesehen wurde. Dabei sollte auch die Meinung der Patienten eingeholt werden. Nicht zuletzt sollte die Abrechnung der Leistung durch die Krankenversicherung für die an der Versorgung beteiligten Akteure transparent sein, insbesondere für den Patienten und den verordnenden Arzt, damit diese die Leistung nachvollziehbar bewerten können – dies könnte auch die Entwicklung eines Kostenbewusstseins unterstützen.

Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Hilfsmittelversorgung ist schwierig, und geeignete Scores stehen nicht zur Verfügung. Ein geeigneter Weg zur Bestimmung der Wirtschaftlichkeit kann darin bestehen, ein individuelles Ziel der Hilfsmittelversorgung zu bestimmen und nach Abschluss des Versorgungsprozesses die Zielerreichung zu kontrollieren.

A 9 Nutzerfreundlichkeit, Bedarfsgerechtigkeit und Verbraucherschutz beim Prozess der Hilfsmittelversorgung

So sehr auch die Endqualität der Hilfsmittelversorgung im Sinne einer notwendigen, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung im Zentrum der Betrachtung stehen muss, darf bei der Gestaltung des Versorgungsprozesses nicht vergessen werden, in welcher Situation sich der Patient in der Regel befindet, wenn für ihn ein Hilfsmittel verordnet wird: Oft ist er in einer neuen oder schwierigen Lebenslage, die z. B. durch Krankheit, neue Behinderung und Hilfebedarf gekennzeichnet ist. Möglicherweise ist er auf ein Hilfsmittel zwingend angewiesen, um das Bett verlassen, ohne Beschwerden sitzen oder auch zu seiner Beschäftigungsstätte befördert werden zu können, oder seine Familie benötigt das Hilfsmittel zur Unterstützung der Betreuung und Pflege. In dieser Situation kann häufig nicht der Patient selbst die Initiative zur Hilfsmittelversorgung ergreifen, sondern dies müssen andere für ihn tun. Eltern, Verwandte oder Assistenten sind aber oft unerfahren in allen bürokratischen Angelegenheiten und fühlen sich zudem nicht als Antragsteller, sondern als Unterstützer für hilfsbedürftige Menschen und damit als engagierte Bürger. Das bedeutet, dass der Prozess der Hilfsmittelversorgung auch den Menschen gerecht werden muss, die sich als Laien für den Patienten einsetzen. Es muss darauf Rücksicht genommen werden, dass in manchen Fällen das notwendige Verständnis für die Regularien einer Hilfsmittelversorgung, auch die notwendige Kompetenz zur Auswahl eines Hilfsmittels oder die Fähigkeit, einen begründeten Bedarf und nicht nur eine subjektive Meinung zu artikulieren, fehlt.

Der Prozess der Hilfsmittelversorgung ist daher grundsätzlich nutzerfreundlich im Sinne einer Dienstleistung sowohl von Seiten des Leistungserbringers als auch des Kostenträgers zu gestalten. Dazu gehören neben angemessenen Kommunikationsformen auch die zeitnahe Abwicklung des Prozesses, die angemessene Einbeziehung des Hilfsmittel-Nutzers und die Beteiligung von Experten.

Insbesondere ist der Eilbedarf von Versorgung zu berücksichtigen. So bedeutet auch für einen Rollstuhlfahrer eine längere Phase der Bettlägerigkeit eine Abnahme von Muskelkraft und Kondition, in vielen Fällen auch von Vigilanz. Noch immer wird für schwerstbehinderte Menschen davon ausgegangen, dass z. B. im Rahmen einer Hilfsmittelreparatur ohne weiteres Bettlägerigkeit oder zumindest Verbleib zu Hause in Kauf zu nehmen sei, statt die Werkstatt oder die Tagesförderstätte oder die Schule zu besuchen, und in dieser Zeit auf Teilhabe wesentlich zu verzichten. Ebenso wird davon ausgegangen, dass Reinigungs- und Trocknungsprozesse von gepolsterten Hilfsmitteln in Zeiten erfolgen können, in denen normalerweise das Hilfsmittel benötigt wird, so dass der Betreffende dann ins Bett gelagert werden muss.

Auch muss dem Umstand Rechnung getragen werden, dass Patienten bzw. Angehörige oft nicht in der Lage sind, komplizierte Widerspruchsverfahren zu führen, Beschwerden zu artikulieren oder Änderungswünsche durchzusetzen. Die Rund-um-die-Uhr-Versorgung eines behinderten Familienmitgliedes bedeutet ohnehin eine gravierende kräftezehrende Belastung. Eine zentrale Klage von Familien mit behinderten Kindern, die der DVfR durch ihre Mitglieder übermittelt wurde, lautet: „Wir sind das ständige Hick-Hack, die Verzögerungen und den Bürokratismus um die Genehmigung von Hilfsmitteln leid und fühlen uns dadurch überfordert und belastet.“

Die DVfR mahnt deshalb an, dass bei der Gestaltung des Prozesses der H MV die Lebenslage der Patienten verstärkt berücksichtigt werden muss: Insbesondere die Beschleunigung des Genehmigungs- und Herstellungsprozesses und die Berücksichtigung der konkreten Nutzerprobleme sollte Ziel der Veränderungsbemühungen sein. Zugleich sollte die Hilfsmittelversorgung so gestaltet werden, dass diese nicht als von den Versicherten zu erkämpfendes Recht, sondern als selbstverständliche Dienstleistung aufgefasst wird und der Einzelne bei Schwierigkeiten dabei Hilfestellung erfahren kann. Die Hilfsmittelversorgung darf nicht als Hindernislauf, sondern muss als selbstverständliche Routine, ggf. mit hilfreicher Unterstützung, erlebt werden.

Zugleich warnt die DVfR vor einer bürokratischen Übersteuerung des Prozesses der Hilfsmittelversorgung. Viele Probleme bei der Hilfsmittelversorgung sind nicht durch administrative Maßnahmen zu verbessern, sondern nur durch eine verstärkte und intensiviertere Kooperation aller Beteiligten auf Augenhöhe einschließlich persönlicher Kontakte. Nicht selten sind individuelle Lösungen mit Hilfe eines kompetenten Sachbearbeiters eines Kostenträgers, der die Lebensbedingungen (Kontextfaktoren) des Betroffenen kennt, sehr viel leichter, zielgenauer und effektiver umzusetzen als durch die Befolgung allgemeiner Verfahrensregelungen.

Da dies ein allgemeines Problem im Gesundheitswesen ist, kann diese Thematik an dieser Stelle nicht vertieft werden. Dennoch fordert die DVfR nachdrücklich zur Erprobung wohnortnaher Kooperationsmodelle und Bevorzugung von dialogorientierten Lösungen sowie zur Vermeidung einer abstrakten Bürokratisierung des Hilfsmittelversorgungsprozesses auf. Die DVfR sieht, auch aus organisationssoziologischer Perspektive, keine Alternative zu regionalen personalen und dadurch effektiven Netzwerken.

In diesem Zusammenhang scheint es sinnvoll zu sein, auf die Möglichkeiten der Verbraucherberatung und des Verbraucherschutzes zurückzugreifen. Die DVfR fordert alle beteiligten Organisationen dazu auf, diese Möglichkeiten zu nutzen und für die Hilfsmittelversorgung fruchtbar zu machen.

B Vorschläge und Optionen aus Sicht der DVfR zur Optimierung der Hilfsmittelversorgung

Die folgenden Vorschläge sollen Möglichkeiten aufzeigen, die Hilfsmittelversorgung zu verbessern. Sie stellen eine Diskussionsgrundlage dar, die die Weiterentwicklung anregen soll. Es ist Aufgabe aller Entscheidungsträger im Hilfsmittelbereich und aller an der Hilfsmittelversorgung beteiligter Personen, diese Vorschläge aufzugreifen und in die Praxis umzusetzen. Die DVfR unterstützt diesen Prozess und bemüht sich zudem, in einzelnen Praxisfeldern einen eigenen Beitrag zu leisten.

B 1 Verbesserte Information für alle am Versorgungsprozess mit Hilfsmitteln Beteiligten

Die Nutzer von Hilfsmitteln (Menschen mit Behinderung) und alle an der Hilfsmittelversorgung beteiligten Fachleute (Vertragsärzte, Leistungserbringer, Kostenträger) benötigen für die jeweilige Nutzergruppe spezifisch aufbereitete Informationen zur Hilfsmittelanwendung. Sie müssen darüber hinaus mehr als bisher dafür sensibilisiert werden, dass die Hilfsmittelversorgung eine herausragende Bedeutung für die Teilhabesicherung hat. Dafür sind neutrale, d. h. firmenunabhängige Informations- und Beratungsmöglichkeiten zu schaffen. Im Einzelnen regt die DVfR folgende Maßnahmen an:

1.1 Der Zugang zu Informationen über die Hilfsmittelversorgung wird neutral und einfach gestaltet!

Umfassende Informationen über Hilfsmittel, ihre Versorgungsindikationen sowie über häufige Probleme bei der Anwendung und im Versorgungsprozess sollten für alle am Hilfsmittelversorgungsprozess Beteiligte niedrigschwellig zugänglich sein. Solche medizinisch-fachlichen Informationen müssen von Hilfsmittelherstellern, Leistungsträgern, Ärzten und Therapeuten zusammengetragen und in geeigneter Form für Betroffene, Verordner, Leistungserbringer und Kostenträger zur Verfügung gestellt werden. Sie müssen fachlich korrekt, gut verständlich (und entsprechend didaktisch aufbereitet) sein und immer eine klare Quellenangabe haben, um ggf. Interessenkonflikte offenzulegen.

Dabei ist besonderer Wert auf folgende **Informationsinhalte** in Bezug auf die Hilfsmittelanwendung zu legen:

- die Formulierung möglicher Bedarfslagen für Hilfsmittel im Hinblick auf Therapie sowie Aktivitäten und Teilhabe
- Beschreibung der Indikationen
- Beschreibung der Ziele
- in Betracht kommende Hilfsmittel für die Zielerreichung
- Hinweise zum Versorgungsprozess
- Grenzen und mögliche unerwünschte Wirkungen der Hilfsmittelversorgung

1.2 Die Informationen zu allen Bereichen der Hilfsmittelversorgung werden in REHADAT nutzerorientiert aufbereitet!

Das Konzept der Hilfsmitteldatenbank in REHADAT – Informationssystem für die berufliche Rehabilitation (www.rehadat.de) sollte im Hinblick auf die nutzerspezifischen Interessen überdacht werden. Insbesondere sollte der Fokus nicht vorwiegend auf die berufliche Integration gerichtet sein. Die Inhalte der Hilfsmitteldatenbank sollten alle Bereiche der Hilfsmittelversorgung umfassen, und auch die Darstellung/Anordnung und die Zugänglichkeit sollten auf alle Zielgruppen (Fachleute, Menschen mit Behinderung, alte Menschen) nutzerspezifisch ausgerichtet sein. Insbesondere sollten Hilfsmittel hinsichtlich ihrer Indikationen sowie ihrer Wirkungen und Nebenwirkungen beschrieben werden.

Die Datenbank sollte neben der bisherigen Struktur auch mit weiteren anwenderfreundlichen Nutzungsmöglichkeiten (Inhalts- und Stichwortverzeichnis, tabellarische Übersichten, „Blättermöglichkeiten“, Lesezeichen) ausgestattet sein. Die Nutzung sollte zudem jedem Interessierten ohne Schulung leicht möglich sein. Die Hilfsmitteldatenbank sollte das Auffinden von Problemlösungsstrategien erleichtern. Insofern muss eine Hilfsmitteldatenbank nicht nur produktorientiert, sondern auch problemorientiert aufgebaut sein. Dazu wird vorgeschlagen, für typische Problemkonstellationen best practice-Beispiele aufzunehmen. Ferner sollte eine Übersicht über die möglichen Problemlagen vorhanden sein. Das Hilfsmittelverzeichnis der GKV sollte in diese umfassende Hilfsmitteldatenbank integriert sein.

1.3 Über Chancen der Hilfsmittelversorgung wird in allen Diensten und Einrichtungen des Gesundheitswesens und insbesondere der Rehabilitation sowie in allen für die Inklusion wichtigen Institutionen informiert!

Die Hilfsmittelnutzung und -versorgung sollte ein eigenständiger Bereich der Patientenaufklärung und -information im Gesundheitswesen sowie in allen Rehabilitationseinrichtungen sein und in deren Qualitätssicherungssystem sowie im Katalog therapeutischer Leistungen (KTL) enthalten sein. Sie sollte auch verstärkt in Einrichtungen und Diensten für ältere Menschen, und zwar sowohl der Altenhilfe als auch der Geriatrie bzw. der geriatrischen Rehabilitation, thematisiert werden. Entsprechende Informationen sollten auch Stadtplanern, Architekten, Sozialdiensten, Betreuungsdiensten und anderen Multiplikatoren zur Verfügung gestellt werden. Grundkenntnisse über die Nutzung von Hilfsmitteln sollten z. B. auch im Bildungssystem, der öffentlichen Verwaltung und bei Personalfachleuten nicht zuletzt im Hinblick auf betriebliches Eingliederungsmanagement vorhanden sein.

1.4 Newsletter und eine Kommunikationsplattform zur Hilfsmittelversorgung informieren über Problemlösungsmöglichkeiten durch Hilfsmittel!

Es wird die Entwicklung eines allgemein zugänglichen, vorwiegend elektronisch verfügbaren Hilfsmittel-Newsletters vorgeschlagen, der aktuelle Informationen zur Nutzung von Hilfsmitteln, zu Versorgungsfragen sowie firmenunabhängige Fachinformationen sowohl für Betroffene als auch für Fachleute sowie weitere Interessierte zur Verfügung stellt. Auch eine Internet-Plattform zur Diskussion von Fragen der Hilfsmittel-

telversorgung wäre sinnvoll. Es sollte geprüft werden, ob die DVfR diese Aufgabe übernehmen kann.

Leistungsrechtliche Themen der Hilfsmittelversorgung sowie Fragen der sozialmedizinischen Beurteilung und Begutachtung sollten verstärkt im internetbasierten Diskussionsforum Rehabilitation und Teilhabe berücksichtigt werden.

1.5 Betroffene erkennen und formulieren ihren Bedarf rechtzeitig!

Ein Bedarf an Hilfsmitteln sollte rechtzeitig durch die Betroffenen selbst, ihre Angehörigen und Assistenten bzw. gesetzlichen Betreuer formuliert werden. Ein Bedarf besteht dann, wenn ein Hilfsmittel dazu benötigt wird, behinderungsbedingte Beeinträchtigungen von Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe zu beseitigen (Behinderungen auszugleichen) oder Ziele in der medizinischen Behandlung zu verfolgen.

Patienten oder ihre Assistenten sollten in die Lage versetzt werden, Möglichkeiten und Chancen der Verbesserung von Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe durch Hilfsmittel zu erkennen, zu artikulieren und an die richtigen Adressaten zu richten. Dafür ist ein Informations- und Beratungsangebot erforderlich, das entsprechendes Wissen über Möglichkeiten des Hilfsmiteleinsatzes und rechtliche Informationen vermittelt. Auch Beratungsstellen für behinderte bzw. alte Menschen sowie von Organisationen der Selbsthilfe sollten hierfür qualifiziert werden.

Die Hilfsmittelversorgung sollte in Zukunft weniger vom Arzt initiiert werden müssen. Es sollte vielmehr erreicht werden, dass die Patienten in hohem Maße ihre Bedarfe selbst äußern und Lösungsmöglichkeiten finden können. Die Rolle des Arztes kann sich dann stärker auf die Beratung und Begleitung, die Sicherung der Qualität und auf die Unterstützung solcher Patienten richten, die dies aus eigener Kraft nicht leisten können.

1.6 Die rechtzeitige Erkennung des Bedarfes an Hilfsmitteln ist Aufgabe aller Fachkräfte!

Alle Personen, die den Betroffenen fachlich begleiten oder betreuen, sollten in die rechtzeitige Erkennung des individuellen Bedarfs an Hilfsmitteln eingebunden werden. Dies können z. B. gleichbetroffene Menschen, Ärzte, medizinisch-therapeutische Fachkräfte, Sanitätshäuser/Orthopädietechniker, Gutachter des MDK, Pflegekräfte, Pädagogen, gesetzliche Betreuer oder Sozialdienste sein. Besondere Verantwortung obliegt hierbei den Fachkräften in Einrichtungen, die der Rehabilitation bzw. der Inklusion dienen, wie z. B. SPZ, Kindergärten, Schulen, Einrichtungen zur beruflichen Bildung, Werkstätten für behinderte Menschen und Wohneinrichtungen. Dort sollte die Hilfsmittelbedarfserkennung Bestandteil einer qualitätsgesicherten Arbeit sein. Je nach Fachgebiet, professioneller Aufgabe und gesetzlicher Verpflichtung kann den Experten auch die initiierende, steuernde und kontrollierende Funktion zukommen.

1.7 Die Überprüfung des Bedarfes an Hilfsmitteln erfolgt regelmäßig an biographischen Wendepunkten!

An biographischen Wendepunkten sollte das Hilfsmittelversorgungskonzept im Hinblick auf (noch) ausreichende Bedarfssicherung systematisch überprüft werden, z. B. bei der Aufnahme in den Kindergarten, in die Schule, anlässlich der Orientierungsstufe, des Sekundarabschlusses bzw. des 9. Schulbesuchsjahres, beim Verlassen der Schule, bei Aufnahme einer Ausbildung, eines Studiums. Die Fachleute dieser Institution sollten im Rahmen ihrer Zuständigkeit prüfen, inwieweit Aktivitäten und Teilhabe durch Hilfsmittel zu fördern und Barrieren abzubauen sind.

1.8 Individuelle und herstellerunabhängige Beratung zu Hilfsmitteln wird sichergestellt!

Die Hilfsmittelberatung ist so zu konzipieren, dass die individuellen Probleme und Ressourcen des Hilfesuchenden erkannt und berücksichtigt werden können. Dies kann vor allem durch eine firmenunabhängige Beratung zu Hilfsmitteln sichergestellt werden. Dazu kommen **Beratungsstellen für Hilfsmittel** in Betracht, die z. B. als Beratungsstellen für Kommunikationshilfen bereits in einigen Regionen existieren.

Auch bereits vorhandene Einrichtungen im Gesundheitswesen können solche Aufgaben erfüllen (s. auch die Ausführungen zu Kompetenzzentren, S.38). Zudem sollte geprüft werden, inwieweit auch Verbraucherberatungsstellen verstärkt einbezogen werden können. Auch wird den Beratungen durch die Selbsthilfeorganisationen und den Pflegestützpunkten hier eine verstärkte Bedeutung zukommen.

Ein durchgängiges Konzept zur herstellerunabhängigen Beratung ist noch nicht entwickelt. Die DVfR weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass es wahrscheinlich zweckmäßig ist, vorhandene Dienste und Einrichtungen der Rehabilitation und der Gesundheitsversorgung einzubinden, einschl. der Eingliederungshilfe, die über das notwendige Know-how ohnehin verfügen sollten. Es ist wahrscheinlich nicht sinnvoll, eine eigene isolierte Beratungsstruktur nur für Hilfsmittel aufzubauen. Ausnahmen können für bestimmte Hilfsmittelgruppen bestehen wie z. B. für Menschen mit Beeinträchtigungen des Sehens, der Kommunikation etc.

1.9 Gesetzliche Betreuer erhalten standardisierte Informationen über Rehabilitationmöglichkeiten und insbesondere zur Hilfsmittelversorgung!

Gesetzliche Betreuer, denen die staatliche Fürsorge für Menschen obliegt, die ihre Angelegenheiten vorübergehend oder dauerhaft nicht selbst regeln können – dies betrifft ca. 1,2 Mio. Menschen in Deutschland –, sollten strukturierte Information über Standards und praktische Möglichkeiten der Hilfsmittelversorgung und ihre Bedeutung für Aktivitäten und Teilhabe erhalten. Es erscheint sinnvoll, eine Basisinformation über Rehabilitationmöglichkeiten bei behinderten Menschen einschl. der Hilfsmittelversorgung in die Pflichtinformation gesetzlicher Betreuer aufzunehmen. Sie können so in die Lage versetzt werden, die Interessen ihrer Mandanten besser zu vertreten und ggf. eine Beratung über den Hilfsmiteleinsatz in Betracht zu ziehen. Die DVfR kann ggf. hierfür im Rahmen eines Projektes eine Konzeption erarbeiten, wenn dafür eigene Mittel zur Verfügung gestellt werden können.

1.10 Die nutzerspezifische Verfügbarkeit des Hilfsmittelverzeichnisses der GKV wird optimiert!

Die Hilfsmitteldatenbank der GKV (Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V) sollte in übersichtlicher Form und als interaktiv nutzbare Informationsquelle im Internet zur Verfügung gestellt werden (einschließlich Sachregister, Suchfunktion, Inhaltsverzeichnis, Komplettfassung). Das Herunterladen z. B. im PDF-Format (nicht allein in komprimierter Form) sollte jederzeit komplett oder in Auszügen möglich sein (s. a. Punkt 1.2 Vorschläge zur Weiterentwicklung von REHADAT).

Jedem Verordner ist das Hilfsmittelverzeichnis in leicht lesbarer Form, z. B. als stets aktualisierter Fließtext mit Register und detaillierter Gliederung, ohne Zusatzkosten zur Verfügung zu stellen.

Das Hilfsmittelverzeichnis sollte den unterschiedlichen Nutzeransprüchen von Betroffenen, Leistungsträgern, Ärzten und Therapeuten gerecht werden. Dafür ist es erforderlich, nach verschiedenen Nutzergruppen zu differenzieren hinsichtlich Bedienbarkeit (Gliederung, Suchfunktion, Beschreibung), Angabe von Indikationen, Anregungen zur Hilfsmittelnutzung, Problembehandlung, Verweis auf Leitlinien und andere Literatur, Webseiten etc.

Den Verordnern sollte deutlich gemacht werden, dass im Hilfsmittelverzeichnis der GKV zwar die qualitätsgeprüften und von der GKV erstattungspflichtigen Hilfsmittel gelistet sind, dass aber darüber hinaus noch viele weitere Hilfsmittel zur Anwendung kommen können (enthalten z. B. in der Hilfsmitteldatenbank REHADAT), deren Kosten möglicherweise ebenfalls durch die Krankenkassen oder andere Rehabilitations-träger erstattet werden können. Das GKV-Hilfsmittelverzeichnis darf nicht als Ausschlussliste für die Versorgung mit Hilfsmitteln betrachtet werden.

Von großem Vorteil für die praktische Arbeit des Arztes wäre es, wenn die Informationen aus dem Hilfsmittelverzeichnis in die Praxis-EDV des Vertragsarztes integriert werden könnten. Die DVfR wird eine entsprechende Anregung an die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Softwarehäuser geben.

Auch alle weiteren relevanten Informationen zur Hilfsmittelversorgung müssen für den Vertragsarzt im Internet in einem geeigneten Portal zur Verfügung stehen, das aus vorhandenen Möglichkeiten zu erschließen oder neu zu schaffen ist. Der Arbeitsausschuss der DVfR könnte hierzu einen Vorschlag erarbeiten.

B 2 Verbesserung der Aus-, Fort- und Weiterbildung und des Wissensaustauschs

Die erfolgreiche Gestaltung des Hilfsmittelversorgungsprozesses hängt ganz entscheidend vom Wissen und der Erfahrung der Mitglieder des Versorgungsteams ab. Das Ziel, zumindest mittelfristig mehr Kompetenz bei den beteiligten Berufsgruppen zu erreichen, muss zügig durch eine obligatorische Erweiterung der Lehr- und Ausbildungspläne um das Fachgebiet „Hilfsmittelversorgung“ umgesetzt werden. Nur auf diesem Wege kann den wachsenden Anforderungen an die beteiligten Berufsgrup-

pen im Zusammenhang mit der demographischen Entwicklung in Deutschland Rechnung getragen werden. Angesichts des sich schnell erneuernden medizinischen und technischen Wissens ist dem Wissenstransfer zwischen Fachexperten mehr Aufmerksamkeit zu schenken, z. B. durch die Schaffung von Kompetenzzentren. Die DVfR gibt hierzu folgende Anregungen:

2.1 Die Hilfsmittelversorgung ist obligatorischer Bestandteil in der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller beteiligten Fachkräfte!

Das Thema Hilfsmittelversorgung ist in die Ausbildung und insbesondere in die Fort- und Weiterbildung aller Fachkräfte obligatorisch zu integrieren. Ziel ist es, insbesondere Vertragsärzte, therapeutische und pflegerische sowie einschlägige pädagogische Fachleute für Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe zu sensibilisieren und die Kenntnis über Verbesserungsmöglichkeiten durch Hilfsmittel zu fördern. Mindestens muss vermittelt werden, wie ein Bedarf zu erkennen ist, wie eine Hilfsmittelversorgung eingeleitet werden kann und an welche Fachkräfte bzw. Beratungsinstitutionen die Betroffenen vermittelt werden können.

2.2 Die Erstellung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaterialien und Lehrtexten zur Hilfsmittelversorgung wird unterstützt!

Es ist notwendig, Lehrmaterial mit gut verständlichen Informationen zur Hilfsmittelversorgung zu erstellen. Erforderlich sind vor allem Lehrbücher und Texte, die die Hilfsmittelanwendung auch beispielhaft anhand einzelner Krankheits- und Behindereungsbilder erläutern. Beispielgebend hierfür können entsprechende Broschüren einzelner Selbsthilfeverbände sein. Das Hilfsmittelverzeichnis soll darin ebenso erläutert werden wie allgemein anerkannte Standards und Leitlinien der Hilfsmittelversorgung.

Die DVfR wird im Rahmen ihrer Möglichkeiten entsprechendes Material sammeln, die Erstellung neuer Lehrmaterialien fördern und per Internet zur Verfügung stellen.

2.3 Die Fortbildung der Mitarbeiter von Sanitätshäusern wird verbessert!

Für Mitarbeiter von Sanitätshäusern sollten Mindeststandards in der Fortbildung zur Hilfsmittelversorgung gelten; diese können z. B. Bestandteil der Zertifizierung der Betriebe sein. Bei Vorliegen der Zertifizierung, die die hilfsmittelbezogene Fortbildung einschließt, könnte dies bei der Vertrags- und Preisgestaltung vonseiten der Krankenkassen berücksichtigt werden und somit eine Anreizwirkung erzielen.

Innungen, Interessenverbände, Sozialleistungsträger und Fachgesellschaften, ggf. unter Beteiligung der DVfR, sollten sich auf zentrale Inhalte der Fortbildung einigen und diese in Fortbildungsveranstaltungen praktisch umsetzen.

2.4 Die Fortbildung für Sachbearbeiter der Sozialleistungsträger wird verbessert!

Mitarbeiter der Sozialleistungsträger und ihrer Begutachtungs- und Beratungsdienste sollten zum Thema Hilfsmittelversorgung angemessen und praxisnah fort- und wei-

tergebildet werden. Dabei sind vorhandene Kompetenzzentren, Fachgesellschaften und Organisationen der Selbsthilfe angemessen zu beteiligen.

Gutachterlich tätige Ärzte einschließlich des MDK und andere Fachkräfte der Gesundheitsämter und der Versorgungsverwaltung sowie Gutachter in Schwerbehindertenfragen sollten in der Erkennung des Hilfsmittelbedarfs und den Grundzügen der Hilfsmittelversorgung geschult sein und bei ihren täglichen Aufgaben stets auch darauf achten, ob die Hilfsmittelversorgung ausreichend und zweckmäßig ist. Die besonderen Vorschriften für die einzelnen Leistungsträger sind zu berücksichtigen. Regional sollten zusätzlich auf Hilfsmittelversorgung spezialisierte Experten zur Verfügung stehen. Solche Experten sollten dann auch von den Leistungsträgern in Anspruch genommen werden.

2.5 Forschung und Lehre zur Hilfsmittelversorgung werden ausgebaut

Für die Qualifikation aller Fachkräfte sind entsprechende Forschungs- und Lehreinrichtungen zu schaffen bzw. weiterzuentwickeln. Beispielsweise könnten Akademien für Hilfsmittelversorgung geschaffen bzw. Fachhochschulen und Hochschulen gewonnen werden, die Multiplikatoren qualifizieren und sich auch an der Aus- und Fortbildung beteiligen und zugleich für den Transfer von Erkenntnissen aus anderen Ländern verantwortlich sind. Die Qualifizierung sollte auch berufsbegleitend möglich sein.

Insbesondere sollte die Forschung zu Hilfsmitteln und zur Hilfsmittelversorgung verbessert werden. Dazu sind neben technischen Disziplinen auch medizinisch-klinische und sozialwissenschaftliche Forschungsschwerpunkte zu etablieren. Dabei sollen u. a. auch Wirkungen und Nebenwirkungen von Hilfsmitteln erforscht werden.

Es fehlen Forschungseinrichtungen für die Hilfsmittelversorgung. Bestehende Lehrstühle oder Arbeitsbereiche an Universitäten und Fachhochschulen zu Hilfsmittelversorgungsfragen sind zu erhalten und in enger Zusammenarbeit mit der Praxis neu auszurichten. Die Einrichtung weiterer Lehrstühle ist notwendig. Die wissenschaftlichen Ergebnisse sind entsprechend zu publizieren und der Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Diese Anregungen gelten nicht nur für die Orthopädietechnik, sondern auch für Hilfsmittel, Rehabilitationstechnologien sowie für Medizinprodukte mit Hilfsmittleigenschaft.

Als erster Schritt sollte eine Bestandsaufnahme von forschenden und fort- und weiterbildenden Einrichtungen und von entsprechenden Programmen erstellt werden.

2.6 Erfahrungen von Betroffenen werden verstärkt genutzt, und ein Empowerment wird gefördert!

Grundsätzlich sind das Wissen und die Erfahrungen von Betroffenen in die Curricula der Aus- und Fortbildung für Fachleute zu integrieren.

Patienten und Betroffene sollten die Möglichkeit haben, ihre eigenen Kompetenzen im Hinblick auf die Nutzung von Hilfsmitteln zu erweitern. Sie sollten auch darin unterstützt werden, ihr Wissen als Multiplikatoren weiterzugeben, z. B. als Peer-counselor im Rahmen der Selbsthilfeorganisationen und der Patientenbeteiligung.

Mittelfristig sind Modelle zu entwickeln, die ein Empowerment der Patienten für eine stärkere Beteiligung bei der Hilfsmittelversorgung ermöglichen.

Für die gesetzlichen Krankenkassen besteht die Möglichkeit, entsprechende Projekte insbesondere nach § 20 c SGB V zu fördern.

2.7 Der Erwerb von Kompetenzen für Teamarbeit und Case-Management bei der Hilfsmittelversorgung wird gefördert!

Fachkräfte sollen die Möglichkeit erhalten, sich für eine Optimierung des Hilfsmittelversorgungsprozesses zu qualifizieren. Dazu gehört neben den fachlichen und leistungsrechtlichen Aspekten auch die Kompetenz für Teamarbeit, Teamleitung und individuelles Case-Management. Diese Angebote sollten für Ärzte und therapeutische Fachkräfte sowie andere Fachkräfte in der medizinischen, sozialen, schulischen und beruflichen Rehabilitation verfügbar sein. Studiengänge, die diese allgemeinen Schlüsselkompetenzen vermitteln können, werden bereits angeboten.

2.8 Die Verfügbarkeit von Experten in der Hilfsmittelversorgung wird verbessert, und die Bildung von Kompetenzzentren wird gefördert!

Da die Versorgung mit Hilfsmitteln häufig Spezialkenntnisse und Erfahrungen voraussetzt, kommt der Verbesserung der Verfügbarkeit von Experten in den verschiedenen Sozialräumen eine große Bedeutung zu. Insbesondere sollen Patienten, Ärzte, Therapeuten, Leistungserbringer und Sozialleistungsträger auf hochqualifizierte Experten zurückgreifen können. Deshalb werden folgende Vorschläge vorgelegt:

- a) Über die Qualifizierung aller Beteiligten für eine bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung hinaus müssen für die Klärung von Spezialfragen Experten regional und wohnortnah verfügbar sein, an die sich die Betroffenen bzw. die sie betreuenden Fachleute wenden können. Dies ist insbesondere bei der rehabilitativen Orientierung der Hilfsmittelversorgung sowie bei der Erstellung von Assessments und umfangreichen Versorgungskonzepten für schwer betroffene Menschen erforderlich.
- b) Spezialkompetenzen für die rehabilitativ ausgerichtete Hilfsmittelversorgung sind bei Ärzten, therapeutischen und pflegerischen Fachkräften nahezu flächendeckend verfügbar, z. B. in Sozialpädiatrischen Zentren, Rehabilitationskliniken und -einrichtungen, in spezialisierten Kliniken und Krankenhausabteilungen (für Querschnittsgelähmte, Brandverletzte, Infantile Cerebralparese bzw. Kinderorthopädie, Rheumatologie, Geriatrie u. a.), und bei Fachdiensten in Einrichtungen der Behindertenhilfe (Schulen, Kindergärten, Wohneinrichtungen). Für einen niedrigschwelligen Zugang zu vorhandenen Kompetenzen ist es erforderlich, dass diese Einrichtungen in geeigneter Form für externe Ratsuchende offen sind, z. B. über eine vertragsärztliche Ermächtigung bzw. Teilzulassung für die ärztliche Versorgung. Eine entsprechende Bedeutung können auch auf die Hilfsmittelversorgung spezialisierte Krankenhausambulanzen erlangen. Grundsätzlich sollen Hilfsmittelsprechstunden, die die Hilfsmittelversorgung in einem rehabilitativen Gesamtkonzept ermöglichen, allen Menschen mit Bedarf zur Verfügung stehen; dies kann in das Pflichtenheft der jeweiligen Institution aufgenommen und bei der Finanzie-

rung berücksichtigt werden. Auf Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von Spezialkompetenz in den jeweiligen Sozialräumen ist zu achten.

- c) Für einige Bereiche der Hilfsmittelversorgung erscheinen spezialisierte Beratungsstellen oder – dienste notwendig, wie sie z. B. für unterstützte Kommunikation eingerichtet sind. In diesen Spezialbereichen sind firmenunabhängige und ausreichend breite Beratungskompetenzen erforderlich, die sich nicht nur auf elektronische Hilfsmittel beschränken dürfen, sondern den teilhabeorientierten Hilfebedarf insgesamt betrachten. Neben der Beratung von Menschen mit Behinderung sollten diese Beratungsstellen auch für ratsuchende Fachleute offenstehen. Mögliche Gebiete sind: Kommunikationshilfen, Prothesenversorgung, Beatmung u. a.
- d) Die Sozialleistungsträger sollten regional über ansprechbare und sachkundige Mitarbeiter verfügen, die den Betroffenen und den Fachleuten kompetente Gesprächspartner sein können. Sie sollten auch die regionalen Gegebenheiten kennen und Kontextfaktoren einschätzen können. Durch personelle Konstanz und regionale Orientierung sowie fachliche Qualifikation soll ihre Einbindung in den Hilfsmittelversorgungsprozess, insbesondere bei Problemversorgungen, gefördert werden.
- e) Kinder- und Hausärzte, Geriater, Neurologen, Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Orthopäden, Unfallchirurgen und plastische Chirurgen sollten über ausreichende Grundinformationen zur Hilfsmittelversorgung verfügen und zugleich die Möglichkeit haben, sich an Experten der Hilfsmittelversorgung zu wenden. Dazu sind Informationen über die regional oder überregional vorhandenen Fachleute bzw. Kompetenzzentren mit Angabe ihrer fachlichen Schwerpunkte notwendig, die zudem niedrigschwellig zur Verfügung stehen müssen.
- f) Auch die Selbsthilfeverbände und Verbraucherzentralen sollten verstärkt objektive und neutrale, nicht firmengebundene Informationen zu Hilfsmitteln verbreiten. Irreführende Werbung in Zeitschriften sollte vermieden werden, und darin enthaltene einseitige oder falsche Informationen sollten in redaktionellen Beiträgen relativiert bzw. kritisch bewertet werden.

B 3 Optimierung von Bedarfsermittlung, Indikationsstellung und Verordnungsprozess

Der Verbesserung der Bedarfsermittlung, der Indikationsstellung und des Verordnungsprozesses kommt für eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung mit Hilfsmitteln entscheidende Bedeutung zu. Nur wenn ein Hilfsmittel notwendig und zweckmäßig ist, kann es zur Behandlung oder Unterstützung genutzt werden und von den Sozialleistungsträgern zur Verfügung gestellt werden (Prinzipien der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit).

Dazu macht die DVfR folgende Vorschläge:

3.1 Die Bedarfsermittlung für die individuelle Hilfsmittelversorgung erfolgt Leitlinien- und ICF-orientiert!

Für die Ermittlung des Bedarfes sollte die Konzeption der ICF Anwendung finden, insbesondere dann, wenn ein Hilfsmittel der Verbesserung von Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe dient. Es ist weniger von Belang, wenn es der Unterstützung eines Behandlungsplanes und somit vorwiegend therapeutischen Zwecken dient; jedoch sollten die (Neben)Wirkungen und Kontextfaktoren des Hilfsmiteleinsatzes immer beachtet werden.

Die Versorgung mit Hilfsmitteln sollte möglichst auf der Grundlage von Leitlinien erfolgen. Leitlinien sollten sowohl für Krankheits-/ Behinderungsbilder, für die daraus abgeleiteten Indikationen und für die einzelnen Hilfsmittel, als auch für den zielorientierten Versorgungsprozess erarbeitet werden. Solche Empfehlungen sollten vorwiegend auf die hilfsmittelunterstützte Ermöglichung relevanter Aktivitäten und der Teilhabe zielen. Da Empfehlungen zur Hilfsmittelversorgung zurzeit kaum vorhanden sind oder aber nicht als solche kommuniziert werden, kommt der Erarbeitung, Kommunikation und Verbreitung von Empfehlungen eine große Bedeutung zu. Auch die Erläuterungen zu Hilfsmitteln im Hilfsmittelverzeichnis haben den Charakter richtungsweisenden Empfehlungen.

Die DVfR schlägt vor, die rehabilitativen Gesichtspunkte bei Leitlinien für die Hilfsmittelversorgung in den Vordergrund zu stellen. Es sollten solche Teilhabesicherungskonzepte in Hilfsmittel-Leitlinien besonders herausgestellt werden, die auf Verbesserungen für einzelne Teilhabebereiche mittels des Hilfsmiteleinsatzes zielen (vgl. dazu die Übersicht Zieldimensionen für die teilhabeorientierte Hilfsmittelversorgung, Kap. A 2, Seite 12/13).

Die DVfR appelliert an alle Mitgliedsorganisationen, Fachverbände und Fachgesellschaften, sich an der Erarbeitung solcher Leitlinien zur Versorgung mit Hilfsmitteln zu beteiligen.

3.2 Ein Assessment ist Grundlage der Hilfsmittelversorgung!

Ein Assessment ist erforderlich für die Fälle, in denen sich aus der Diagnose oder der Problemdefinition durch den Patienten und den Arzt bei einer einfachen Konsultation nicht eindeutig Art und Umfang der Hilfsmittelversorgung bestimmen lässt.

Bei komplexen Problemstellungen sowie bei arbeits- und kostenaufwändiger Hilfsmittelversorgung sollte ein Assessment regelhaft durchgeführt werden, um den Bedarf im Einzelfall zu ermitteln. Ferner ist ein Assessment dann erforderlich, wenn sich der Nutzen eines Hilfsmittels erst bei Vorliegen bestimmter, ggf. noch zu modifizierender Kontextfaktoren erweisen kann, die sich u. U. nur im Rahmen eines umfassenden Rehabilitationsprozesses realisieren lassen.

Die DVfR empfiehlt aus folgenden Gründen ein Assessment:

- a. Ein Assessment ist eine Erfassung und Bewertung der Beeinträchtigung der Körperstrukturen und -funktionen, der Aktivitäten, der Teilhabe sowie der der personen- und umweltbezogenen Barrieren und Förderfaktoren (nach ICF). Dazu ge-

hört auch eine Einschätzung der Leistung (Performance) und der Leistungsfähigkeit (Capacity) jeweils mit und ohne Hilfsmittel, wie sie die ICF vorsieht, und die Darstellung effektiver Lösungsmöglichkeiten von Problemen. Diese Informationen sind die Grundlage für eine bedarfsgerechte Entscheidung zur Hilfsmittelverordnung. Das Assessment dient zudem der Zusammenstellung und Dokumentation aller notwendigen Informationen im Hinblick auf eine mögliche bzw. notwendige Hilfsmittelversorgung, um das Informationsbedürfnis aller Beteiligten, also auch der Kostenträger, zu befriedigen. Das Beifügen von Fotodokumenten ist sinnvoll.

- b. Es wird empfohlen, das Assessment nach Möglichkeit auch unter Verwendung standardisierter Erhebungs- und Dokumentationsverfahren (Assessmentinstrumente) durchzuführen. Geeignete Assessmentinstrumente sind jedoch oft noch nicht verfügbar, und vorhandene Dokumentationsbögen sind z. T. nicht ausreichend. Solche Assessmentinstrumente sollten eine vorgegebene Struktur haben, die ein Vergleichen ermöglicht, und sie sollten bevorzugt auch freitextliche Informationen zu den Besonderheiten des Einzelfalls zulassen.
- c. Ein Assessment zur Hilfsmittelversorgung sollte folgende Informationen zusammentragen, und zwar immer im Hinblick auf die für die Problemlösung notwendige Leistung im Rahmen der jeweiligen Hilfsmittelversorgung oder im Rahmen einer umfassenden Rehabilitationskonzeption:
 - Diagnose (Krankheitsbezeichnung, nosologische Zuordnung, ggf. ICD 10)
 - die für die Hilfsmittelversorgung relevanten Beeinträchtigungen von Strukturen, Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe
 - relevante Kontextfaktoren, insbesondere Ressourcen, Förderfaktoren und Barrieren
 - Vorgeschichte (auch bisherige Hilfsmittelversorgung)
 - Bedarf, Bedürfnisse, Wünsche und Anregungen des Betroffenen
 - Problemlösungsmöglichkeiten zur Verbesserung von Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe einschl. Alternativen zur Hilfsmittelversorgung
 - Zielsetzungen im Hinblick auf Behandlung/Therapie, Behinderungsausgleich, Förderung von Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe
 - Risiken, Gefährdungen und Gefahr unerwünschter Wirkungen sowie Fehlgebrauchsrisiken
 - Art und Ressourcen des Kostenträgers
- d. Beim Assessment sollten alle geeigneten Personen mitwirken können, so z. B. der Patient selbst, seine Assistenten, der Selbsthilfeverband, Mitarbeiter von Einrichtungen (z. B. Lehrer), der Arzt im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit und die therapeutischen Fachkräfte im Rahmen ihrer therapeutischen Aufgaben sowie ggf. der Leistungsträger. Ein LEHM sollte dabei einbezogen werden. Die Steuerung sollte der verordnende Arzt bzw. ein beauftragtes Teammitglied nach Absprache im Einvernehmen mit dem Patienten erfolgen.
- e. Es soll darauf hingewirkt werden, dass das Assessment in Teamarbeit erfolgt.

- f. Die Erstellung eines Assessments kann für bestimmte Hilfsmittel in den Hilfsmittelrichtlinien bzw. im internen Genehmigungsprozess der Sozialleistungsträger als Voraussetzung für die Kostenübernahme empfohlen werden.
- g. Die Erstellung von Assessments sollte im Rahmen der Qualitätssicherung vereinbart werden.
- h. Über Art und Umfang der Dokumentation des Assessments im Rahmen der Beantragung/Verordnung einer Hilfsmittelversorgung sollten die jeweiligen Beteiligten Vereinbarungen treffen. Assessments sollten in die Leistungsvereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen aufgenommen werden. Dabei können dann auch die notwendigen Vergütungen vereinbart werden. Kosten für Assessments sind in der Regel nicht im Preis des Hilfsmittels enthalten.
- i. Assessments sind ergebnisoffen zu gestalten, d. h. sie dürfen nicht nur der Legitimation eines Hilfsmittels dienen, sondern sind auf die Lösung eines Teilhabeproblems auszurichten.

3.3 Die ärztlichen Verordnung wird im Rahmen eines bedarfsgerechten Versorgungsprozesses optimiert!

Für einen störungsfreien, effizienten und bedarfsgerechten Versorgungsprozess ist es wichtig, die Aufgaben und Befugnisse aller beteiligten Akteure verbindlich abzusprechen, damit Handlungssicherheit für alle Beteiligten besteht. Dies kann unnötige Nachfragen, Doppelarbeit (z. B. Wiedervorstellung des Patienten) und damit verbundene Verzögerungen vermeiden. Bedarf und Anforderungen an ein Hilfsmittel sowie die Anforderungen an die Prozessgestaltung sind auf der Grundlage der verschiedenen Informationen abzuleiten, die aus der laufenden ärztlichen Behandlung, der durchgeführten Diagnostik oder dem Assessment vorliegen. Dabei ist die Versorgung mit einem Hilfsmittel in ein Behandlungs- und/oder Teilhabekonzept einzuordnen.

Die DVfR schlägt vor, folgende Stufen der Verordnung zu unterscheiden:

1. einfache Verordnung
2. Verordnung mit kurzer Begründung
3. Verordnung mit Versorgungskonzeption
4. Spezielle Verordnung mit besonderen Vereinbarungen (z. B. Kommunikationshilfsmittel, mikroprozessorgesteuerte Prothesen etc.)

1. Stufe: Einfache Verordnung

Die einfache Verordnung erfolgt auf dem Formblatt Muster 16 und enthält die das Hilfsmittel begründende Diagnose oder Funktionsstörung oder auszugleichenden Behinderung, Angaben zum Hilfsmittel, ggf. mit Spezifikationen und die Angabe, ob es sich um eine Erst- oder Ersatzbeschaffung handelt. Diese Verordnungsform sollte regelhaft angewendet werden und betrifft den Großteil der Verordnungen.

2. Stufe: Verordnung mit kurzer Begründung

Die begründete Verordnung erfolgt auf dem Formblatt Muster 16 mit einer Anlage, in der die Begründung für die Versorgung kurz dargelegt wird. Eine kurze Begründung der Verordnung ist dann erforderlich, wenn aus der Diagnose/der Problembeschreibung nicht eindeutig erkennbar ist, warum dieses Hilfsmittel verordnet wird, und um relevante Kontextfaktoren mitzuteilen oder Spezifikationen des Hilfsmittels vorzunehmen. Dies kann bei Standardversorgungen ggf. mit Erhebungs- / Versorgungsbögen geschehen, z. B. bei Antidekubitusmatratzen und orthopädischen Schuhen. Es kann auch vereinbart werden, dass bei Folgeverordnungen zumindest in gewissen Abständen eine kurze Begründung geliefert wird, sofern Änderungen hinsichtlich des Bedarfs an Hilfsmitteln erforderlich sind.

3. Stufe: Verordnung mit Versorgungskonzeption

Diese Verordnungsform ist immer dann zu wählen, wenn die Problemkomplexität und der Aufwand der Hilfsmittelversorgung die Erstellung einer Versorgungskonzeption erfordern. In der Regel wird dies bei Erstversorgungen und zugleich hochpreisigen Hilfsmittelversorgungen der Fall sein. Auch bei Abweichungen von typischen Versorgungen kann ggf. in der Versorgungskonzeption begründet werden, warum eine Individualversorgung notwendig ist.

Die Begründung einer Versorgung mittels Versorgungskonzeption ist auch zu empfehlen, wenn mehrere Hilfsmittel notwendig sind, deren Einsatzbereich sich überschneidet.

Neben der Verordnung auf Muster 16 sollte die Versorgungskonzeption auf dem in den Hilfsmittel-Richtlinien vorgesehenen Anlageblatt beigefügt werden. Die Beifügung eines Stammdatenblatts ist sinnvoll. Die Verwendung von standardisierten Bögen ist jedoch in der Regel nicht zu empfehlen.

4. Stufe: Spezielle Verordnungen mit besonderen Vereinbarungen

Für bestimmte Problemkonstellationen sind besondere Verfahren bei der Hilfsmittelversorgung festzulegen, die problem- oder hilfsmittelbezogen sein können. Anwendungsbereiche sind z. B. Kommunikationshilfsmittel bei nichtsprechenden schwerbehinderten Menschen oder die Verordnung von elektronisch gesteuerten Prothesen oder von hochkomplexen Steuerungsgeräten. Hier kann z. B. vereinbart werden, dass eine spezielle fachliche Stellungnahme durch autorisierte Experten erfolgen muss, eine Zweitmeinung einzuholen ist oder spezielle Verordnungsvordrucke erforderlich sind. Aber bei vielen dieser Fälle wird die Vorlage einer Versorgungskonzeption ausreichend sein. Bei diesen speziellen Versorgungen sollten regionale Versorgungsstrukturen berücksichtigt werden können. Es sollte von der Möglichkeit Gebrauch gemacht werden, zwischen Ärzten, Diensten und Einrichtungen, Leistungserbringern für Hilfsmittel und Krankenkassen bzw. Sozialleistungsträgern Vereinbarungen zum Vorgehen und über zu nutzende Materialien zu treffen.

In der Regel entscheidet der Arzt, welche Form der Verordnung er wählt. Auch könnten im Hilfsmittelverzeichnis entsprechende Hinweise dazu gegeben werden. Von Seiten der Leistungsträger ist nach Möglichkeit im Vorhinein für bestimmte Versorgungskonstellationen festzulegen, wann die Vorlage einer Versorgungskonzeption erwartet wird. Ein Procedere hierfür kann im Gesamtvertrag oder in einer Anlage der Hilfsmittelrichtlinien festgelegt werden. Der Aufwand ist zu vergüten.

Es sollte ermöglicht werden, dass Hilfsmittelversorgungen grundsätzlich auch von Ärzten außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung ausgeführt werden können, sofern diese am Prozess der Behandlung oder der Rehabilitation beteiligt sind. Unter welchen Voraussetzungen ein anderer Arzt die Hilfsmittelversorgung verordnen kann oder ob bestimmte Qualitätsanforderungen an den Verordner bzw. den LEHM notwendig sind, sollte vonseiten der Krankenkassen grundsätzlich geklärt werden. Da eine ärztliche Verordnung nicht mehr als zwingend für die Hilfsmittelversorgung angesehen werden muss, kann ohne weiteres auch die Verordnung eines Nichtvertragsarztes als Antragsbegründung akzeptiert und zur Grundlage der eigenen Leistungsentscheidung gemacht werden.

Hinsichtlich des Informationsaustauschs im Rahmen der Hilfsmittelversorgung ist zu beachten, dass aus Datenschutzgründen ausschließlich der MDK eine umfangreiche Versorgungskonzeption erhält, die anderen Informationen jedoch direkt an die Krankenkasse übermittelt werden können. Über Ausnahmen entscheidet der Patient in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt.

Der verordnende Arzt sollte die Krankenkasse auf Vorversorgungen und Vorberichte verweisen können, so dass die Übermittlung im Grunde redundanter Informationen vermieden werden kann.

Für den Informationsaustausch sind Unterstützungselemente in geeigneter Form zu entwickeln und anzuwenden. Geeignete Formulare bzw. Erhebungsbögen liegen für bestimmte Bereiche z. B. beim MDK oder bei Rehakind e.V. bereits vor. Die DVfR regt an, folgende Lösungsoptionen zu prüfen:

1. Hinweis auf entsprechende Erhebungsbögen im Hilfsmittelverzeichnis der GKV (nach § 139 Abs. 2 Satz 3 SGB V, Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln)
2. Bereitstellung bereits vorliegender Erhebungsbögen durch den MDK, die bei Bedarf durch die Beteiligten abgerufen werden können
3. Erarbeitung entsprechender Erhebungsbögen. Dabei sollte bei dauerhafter Behinderung ein Stuserhebungsbogen Verwendung finden können, der die Grundinformationen enthält, da so Redundanz vermieden werden kann.

3.4 Bedarfsgerecht wird die Versorgungskonzeption im Rahmen eines (umfassenden) Behandlungs- bzw. Rehabilitationsplanes erstellt!

Die Indikation einschl. der Beschreibung der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit, die Eigenschaften eines Hilfsmittels und die Zielsetzung der Hilfsmittelversorgung sowie weitere notwendige begleitende Maßnahmen (z. B. Physio-

therapie, erweiterte Einweisung durch den LEHM oder Beratungsstellen, Ergotherapeuten etc.) werden in einer Versorgungskonzeption zusammengefasst.

Eine Versorgungskonzeption ist ein begründeter individueller, konkret ausformulierter, vom Arzt als Verordner unterzeichneter und verantworteter, für den Sozialleistungsträger entscheidungsreifer Vorschlag für die Versorgung mit einem Hilfsmittel im Rahmen eines Behandlungs- bzw. Teilhabekonzeptes.

Die Versorgungskonzeption kann sein:

1. Grundlage oder Ergebnis ärztlicher Verordnung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung
2. Resultat einer Maßnahme der medizinischen Rehabilitation, der Frührehabilitation im Krankenhaus, der Behandlung im SPZ oder in einer Einrichtung der Frühförderung, der Behandlung durch andere ärztliche Dienste im Rahmen der Rehabilitation (z. B. im Rahmen der beruflichen oder sozialen Eingliederung) oder durch einschlägig qualifizierte Krankenhausabteilungen (z. B. Orthopädie, Unfallchirurgie, Geriatrie, Neurologie etc.)
3. Begründung eines Antrags eines Versicherten auf ein Hilfsmittel, sofern dieser den Versorgungsweg im Rahmen der Rehabilitation wählt, vgl. dazu § 31 SGB IX i. V. m. § 14 SGB IX
4. Resultat eines Abklärungsprozesses nach § 10 SGB IX oder anderer amtlicher Ermittlungen z. B. im Rahmen der Feststellung eines individuellen Hilfeplanes (vgl. auch §§ 55 ff SGB IX)

Der Patient ist über die Versorgungskonzeption zu informieren; insbesondere sind die vereinbarten Ziele der Hilfsmittelversorgung mit ihm abzustimmen.

Im Anhang 2 wird dargestellt, wie eine Versorgungskonzeption inhaltlich gestaltet werden kann, und welchen Zweck sie erfüllen soll. Damit unterbreitet die DVfR einen Diskussionsvorschlag zur Erstellung und Anwendung von Versorgungskonzeptionen. Alle am Versorgungsprozess beteiligten Akteure (bzw. deren Verbände) werden aufgerufen, sich anhand des Vorschlags über Form und Inhalte einer Versorgungskonzeption auszutauschen und verbindliche Absprachen zu treffen, damit der Hilfsmittelversorgungsprozess für Menschen mit erheblichen Behinderungen individuell, bedarfsgerecht und zielführend gestaltet sowie zügig durchgeführt werden kann.

3.5 Die Organisation der Hilfsmittelversorgung wird optimiert!

Zur praktischen Umsetzung des beschriebenen Ansatzes und zur Verbesserung des Versorgungsprozesses sind eine Reihe organisatorischer Maßnahmen sinnvoll.

Mitwirkung von Heilmittelerbringern

In den Leistungsvereinbarungen/-verträgen für Heilmittelerbringer sollte deren Mitwirkung bei der Bedarfsermittlung, Gestaltung der Hilfsmittel, Gebrauchsschulung

(soweit sie nicht Aufgabe des LEHM ist) und auch der Einbezug der Hilfsmittel als Leistungsbestandteil der jeweiligen Therapieform aufgenommen werden. Die Heilmittelerbringer sollten verpflichtet werden können, Vorschläge und Anregungen zur Hilfsmittelversorgung zu machen, wenn die durch ihr Fachgebiet beeinflussbaren Faktoren wie Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe sowie die angewandten Therapieformen dadurch eine Verbesserung erfahren können. Dazu sind Verbesserungen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Leistungserbringer erforderlich.

Vergütungsregelungen

Für den Vertragsarzt sollte sich der von ihm zu leistende Aufwand für die Hilfsmittelversorgung auch in einer Abrechnungsziffer des EBM angemessen widerspiegeln. Ggf. ist dies über spezielle Ziffern für die Betreuung behinderter Menschen zu realisieren, wie dies u. a. von Fachverbänden der Behindertenhilfe oder vom Bundesverband der Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin angeregt wurde.

Einbindung von qualifizierten Ärzten in die Hilfsmittelversorgungen

Es sollte sichergestellt sein, dass besonders qualifizierte Ärzte sowie deren Teams aus medizinischen Diensten und Einrichtungen, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, eine Bedarfsermittlung und ein Assessment für die Hilfsmittelversorgung vornehmen, eine Versorgungskonzeption erstellen und eine Hilfsmittelversorgung einleiten und begründen können. Dies sind insbesondere Ärzte in verschiedenen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, der Eingliederungshilfe, des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Orthopädischen Versorgungsstellen, der Krankenhäuser sowie der beruflichen Rehabilitation, die vielfach über entsprechende Kompetenzen verfügen. Sie sollten die entsprechende Versorgung in angemessener Form veranlassen können. Sie sollten zu dieser Aufgabe bei Bedarf vertragsärztlich ermächtigt werden.

Teamarbeit

Soweit es sich um Menschen mit komplexem Hilfsmittelversorgungsbedarf handelt, sollte der Prozess der Hilfsmittelversorgung auf Teamstrukturen zurückgreifen können. Die Entwicklung von Teamarbeit ist deshalb zu fördern. Solche Teams, in die ein LEHM einbezogen ist, sollten insbesondere an Kompetenzzentren gebildet werden. Die Krankenkassen und der LEHM, der in einem solchen Team arbeitet, sollte in diesen Fällen eine vertragliche Regelung finden, z. B. unter Bezugnahme auf die Mitwirkung im Kompetenzzentrum.

Kompetenzzentren für die Hilfsmittelversorgung

Es sollte Ärzten oder Einrichtungen ermöglicht werden, Kompetenzzentren für die Hilfsmittelversorgung zu bilden. Für bestimmte Indikationsbereiche, z. B. Unterstützte Kommunikation, Sitzschalenversorgung, Kinderrehabilitation und Prothesenversorgung ist dies besonders notwendig, um die Versorgungsqualität zu verbessern. Diese Kompetenzzentren sollten sich durch besondere fachliche Qualifikation auszeichnen. Sie sollten weitere Anforderungen erfüllen, wie z. B. Fortbildung der Mitarbeiter, Teamarbeit mehrerer Berufsgruppen und des LEHM, ärztliche Leitung, Übernahme des Case Managements bei der Hilfsmittelversorgung einschl. sachgerechter Beratung und sozialrechtlicher Einordnung im Hinblick auf die Handlungsmöglichkeiten der verschiedenen Sozialleistungsträger bei der Hilfsmittelversorgung.

Diese Kompetenzzentren sollten mit den Krankenkassen eng zusammenarbeiten und von diesen als solche anerkannt werden. Die qualifizierte Arbeit der Kompetenzzentren sollte den weiteren Prüfungsprozess der Hilfsmittelversorgungsvorschläge durch die Krankenkassen entlasten, der entsprechend weniger aufwändig sein könnte.

Kompetenzzentren sollten in der Regel regional ausgerichtet sein, um eine möglichst wohnortnahe Versorgung zu ermöglichen, wobei hier eine regionale Differenzierung je nach Spezialisierung wünschenswert ist.

Die Kompetenzzentren müssen firmenunabhängig arbeiten, auch wenn sie im Zuge einer Teamentwicklung mit bestimmten LEHM vorrangig zusammenarbeiten. Vertragliche Beziehungen oder Entgeltleistungen zwischen Kompetenzzentrum und LEHM sind nicht zulässig, es sei denn, diese sind im Einvernehmen mit den Krankenkassen geschlossen, vgl. dazu § 128 SGB V.

Feste Kooperationsbeziehungen mit einigen wenigen LEHM z. B. im Rahmen der Teambildung können sinnvoll sein und sind den Krankenkassen anzuzeigen, um mögliche Interessenslagen der Beteiligten transparent zu machen.

Sofern Kompetenzzentren nicht zur Verfügung stehen, ist zumindest langfristig zu empfehlen, die Verordnung bestimmter Hilfsmittel an eine entsprechende Qualifikation des verordnenden Arztes zu binden, zumindest für aufwändige Hilfsmittel. Dafür ist ein entsprechendes Fortbildungsprogramm vorauszusetzen; jedoch dürfen die Anforderungen an die ärztliche Kompetenz nicht die Durchführung der Hilfsmittelversorgung gefährden.

Einbeziehung des Leistungsträgers

Es sind Organisationskonzepte zu entwickeln, die die frühzeitige Einbeziehung des Kostenträgers ermöglichen, z. B. eine regelmäßige Konsultation mit Experten des Kostenträgers bei schwierigen Fällen schon während der Erstellung der Versorgungskonzeption. Dazu ist eine regionale Betreuung der Versicherten während der Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen wünschenswert. Es könnten dort Ansprechpartner zur Verfügung stehen, die die Arbeit der regionalen Kompetenzzentren sowie die für die Versorgung relevanten regionalen Besonderheiten (Kontextfaktoren) einschätzen können. Die Kenntnis der Kontextfaktoren kann auch für die Krankenkassen ein wesentlicher Schritt für eine bedarfsgerechte und zugleich wirtschaftliche Versorgung sein. Es könnte regional auch vereinbart werden, dass für entsprechende Konsultationen der MDK zur Verfügung steht.

Es ist zu prüfen, ob wohnortnahe Hilfsmittelkonferenzen ein geeignetes Mittel der Konsensfindung sein können. Dazu kommen in Zukunft auch Videokonferenzen in Betracht.

Die Krankenkasse hat die Möglichkeit, ihrerseits Firmen oder Beratungsdienste zu beauftragen. Es muss jedoch sichergestellt sein, dass die Beratungsdienste firmenunabhängig arbeiten und nicht selbst Leistungsanbieter sind. Ihre Qualifikation ist sicherzustellen. Diese Beratungsdienste müssen verpflichtet werden, mit vom Patienten bzw. vom verordnenden Arzt zu benennenden Kompetenzzentren oder zu beteiligten Akteuren vor Ort zusammenzuarbeiten. Dies können Bezugspersonen oder Therapeuten für behinderte Menschen sein. Bei der Auswahl solcher Beratungs-

dienste sind die Anforderungen an die Qualität des Hilfsmittelversorgungsprozesses zu beachten. Nicht ausdiskutiert wurde die Frage, ob in diesen Fällen nicht § 14 Abs. 5 SGB IX greift. Dies würde bedeuten, dass der Sozialleistungsträger – hier die Krankenkasse – dem Patienten 3 Gutachter zur Auswahl vorschlagen muss. Diesen Sachverhalt deckt § 275 Abs. 4 SGB V nicht ab.

Ergänzung des Hilfsmittelverzeichnisses

Die Bedarfsermittlung, das Assessment sowie die Erarbeitung der Versorgungskonzeption sollten als Dienstleistungen in das Hilfsmittelverzeichnis als Leistungsbestandteile der Hilfsmittelversorgung aufgenommen werden.

Informationsfluss – Informationsbereitstellung

Es sollte sichergestellt sein, dass die Leistungsträger auf Informationen zugreifen können, die ihnen aus früheren Versorgungen vorliegen, und dass diese in den Prüfungs- und Genehmigungsprozess einfließen können. So kann vermieden werden, dass Betroffene und Ärzte stets aufs Neue alle Informationen wieder zusammentragen müssen.

Der Informationsfluss zwischen Hilfsmittelversorgungsteam und Leistungsträger sollte von der Bedarfsermittlung über die Hilfsmittelverordnung bis ggf. zur Versorgungskonzeption so gestaltet sein, dass Rückfragen möglichst nicht erforderlich sind. Das Anfordern umfassender Berichte sollte auf das Notwendigste beschränkt werden.

Die Verantwortung des Arztes für die Hilfsmittelversorgung sollte eindeutig definiert sein. Dies sollte ggf. in den Verträgen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen geregelt werden, wenn die Hilfsmittelrichtlinien dazu nicht ausreichen. Dies ist notwendig, um den direkten Informationsfluss zwischen dem das Hilfsmittel verordnenden Arzt und der Krankenkasse korrekt gestalten zu können. Beispielsweise können im direkten Kontakt therapeutische Fragen oder Unklarheiten im Hinblick auf die Hilfsmittelrichtlinien geklärt werden, ohne dass es zu einem (für den Patienten nachteiligen) Eingriff in die Therapieentscheidung des Arztes kommt. Eine rechtliche Klarstellung wäre auch für den Fall einer Beteiligung des Vertragsarztes an Hilfsmittelkonferenzen sinnvoll.

B 4 Optimierung der Entscheidungsprozesse der Leistungsträger einschl. der Begutachtung

Die derzeitige Praxis der Entscheidungsprozesse bei den Sozialleistungsträgern über verordnete bzw. beantragte Hilfsmittelversorgungen (einschl. der Entscheidung über erforderliche Begutachtungen) war der häufigste Kritikpunkt seitens der Betroffenen, Ärzte und sonstigen am Prozess der Hilfsmittelversorgung Beteiligten.

Als eine Ursache wurden unzureichende Unterlagen identifiziert, z. B. unzureichende oder unkorrekte Angaben in der ärztlichen Verordnung oder dem Kostenvoranschlag, so dass eine ausreichende Beurteilung der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit des Hilfsmittels mangels Entscheidungsgrundlagen nicht möglich war. Obwohl die für die Beurteilung notwendigen Informationen vorhanden sind, gelangen sie häufig nicht an

den Kostenträger. Zur Verbesserung dieser Komponenten wurden bereits Vorschläge unterbreitet.

In der Regel sollte für eine Hilfsmittelversorgung eine ärztliche Verordnung mit ausreichenden Informationen (Abstufung s. Kapitel B 3.3) vorliegen, die das Ziel der Hilfsmittelverordnung begründet und die dem kompetenten Sachbearbeiter eine weitere fachgerechte Bearbeitung ermöglicht. Als ausreichend sind solche Verordnungen anzusehen, die die Anforderung des Kap. B 3.3 erfüllen.

Hilfsmittelversorgungen sollten, wenn dies notwendig erscheint, zumindest aber bei schwierigen, komplexen Fällen in einer ausführlichen Versorgungskonzeption erfasst werden. Es wird empfohlen, dafür standardisierte Dokumentationsformen (z. B. Profilerhebungsbögen) zu nutzen, die jedoch nicht zu umfangreich sein dürfen und zugleich eine freitextliche Formulierung ermöglichen sollten. Allerdings können diese in vielen Fällen eine Versorgungskonzeption nicht ersetzen. Mit solchen Erhebungsbögen werden in der Regel wesentliche Anforderungen an das Hilfsmittel und auch an den Versorgungsprozess mit den notwendigen Dienstleistungen erfasst. Die Daten können vom LEHM oder dem verordnenden Arzt zusammengetragen werden; jedoch sollte der Arzt in jedem Fall den Erhebungsbogen unterzeichnen und damit sein Einverständnis mit dem Versorgungsvorschlag dokumentieren.

Welche Informationen und Dokumentationsunterlagen nach Art und Umfang bereitgestellt werden müssen, sollte für geeignete Produkte bereits im Hilfsmittelverzeichnis oder den Hilfsmittelrichtlinien geregelt werden.

Die weitere Bearbeitung der Hilfsmittelgenehmigung innerhalb der Krankenkasse erfolgt nach Prüfung der Zuständigkeit in einem qualitätsgesicherten Prozess. Klare Vorgaben für den Prüf- und Entscheidungsprozess bei den Krankenkassen sind besonders dann wichtig, wenn die leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse die Qualität der Hilfsmittelversorgung beeinflusst.

Die Krankenkassen sollten sich zu einem entsprechenden Qualitätsmanagement im Bereich der Hilfsmittelversorgung verpflichten. Dazu gehört auch eine Evaluation der eigenen (krankenkasseninternen) Entscheidungen (vgl. dazu Kap. B 7).

Für eine qualitätsorientierte **Antragsbearbeitung durch die Krankenkasse** sollten folgende Kriterien gelten:

- **nicht primär hilfsmittel-, sondern problemlösungsorientiert**

Die Krankenkasse analysiert die Hilfsmittelverordnung im Hinblick auf das zu lösende Problem. Ein solcher problemlösungsorientierter Ansatz bedeutet, dass nicht die Entscheidung für oder gegen ein Hilfsmittel, sondern die Lösung des Problems im Vordergrund steht.

- **zeitnah**

Der Informationsfluss und der Bearbeitungsprozess sollten der Dringlichkeit angepasst sein. Alle Maßnahmen wie Rückfragen, Begutachtungen etc. sollten daraufhin überprüft werden, wie unnötige Verzögerungen vermieden werden können. Probleme sollten schnell und unbürokratisch gelöst werden. Der Bearbeitungsprozess sollte auf eine zügige Entscheidungsfindung ausgerichtet sein. In manchen Fällen muss die Dringlichkeit der Versorgung kommuniziert werden (z. B. kann eine wachstumsbedingte Anpassung einer Sitzschale dringlich sein oder aber durchaus noch etwas hinausgeschoben werden). Die Krankenkasse sollte bei der Beurteilung der Versorgungskonzeption, der weiteren Gestaltung des Prüfungsprozesses und der Leistungsentscheidung im Sinne einer wirtschaftlichen Verfahrensgestaltung den Kompetenzgrad der verordnenden Stelle berücksichtigen.

Insbesondere muss verhindert werden, dass eine langwierige Prüfung und damit eine Verzögerung der Versorgung negative Wirkungen für den Patienten im Hinblick auf die Grunderkrankung hat. So können Komplikationen auftreten, z. B. bei der Ernährung, Dekubitus, Beeinträchtigung wichtiger Funktionen wie Gehen oder Stehen sowie auch erhebliche Einschränkungen der Teilhabe, wie z. B. Bettlägerigkeit, Fernbleiben vom Schulbesuch oder von der Arbeit.

- **dialogorientiert**

Die Krankenkasse sollte den Meinungsaustausch zwischen den Beteiligten suchen und eine Klärung im Gespräch anstreben. Der bloße Austausch von Informationen und Positionen ohne Ergebnisfindung/Einigung über den Sachverhalt ist oft nicht zielführend.

Der Zielkonflikt zwischen rascher Versorgung und ausführlicher Prüfung der Wirtschaftlichkeit darf nicht zu Lasten des Patienten ausgetragen werden. Entscheidungen müssen rasch, unbürokratisch und ggf. auch als Kompromiss konsensorientiert getroffen werden. Alle Beteiligten haben sich an der zeitnahen Bearbeitung im Dialog zu beteiligen.

- **rationell**

Die Antragsbearbeitung durch die Krankenkasse sollte für alle Beteiligten rationell sein, d. h. es sollten alle Maßnahmen unterlassen werden, die nicht wirklich notwendig sind, z. B. Rückfragen zu Krankheitsbildern, die aus Vorbegutachtungen bekannt sind, Anfordern zusätzlicher Standardfragebögen trotz vorgelegter ausführlicher Information etc. Insbesondere ist zu berücksichtigen, dass viele Rückfragen an den LEHM oder den Arzt von diesem nur nach erneuter Untersuchung/Kontaktaufnahme mit dem Patienten zu beantworten sind. Auf zusätzliche Erhebungen sollte verzichtet werden, wenn Profilerhebungsbögen (oder auch Assessmentinstrumente) beigefügt wurden, die den Bedarf beschreiben und einen Lösungsvorschlag enthalten.

- **fachlich kompetent**

Der Krankenkassenmitarbeiter sollte über eine angemessene fachliche Qualifikation und Erfahrung verfügen. Dies schließt medizinische, rehabilitative, technische sowie leistungsrechtliche Kenntnisse ein. Die Bestimmungen des Hilfsmittelverzeichnisses sowie vorhandene Leitlinien der Fachgesellschaften sollten berücksichtigt werden. Fachliche Kompetenz der Mitarbeiter spart Rückfragen und fördert die Wirtschaftlichkeit nicht zuletzt durch eine angemessene Qualitätskontrolle. Der Mitarbeiter muss auch gegenüber dem verordnenden Arzt und dem LEHM ein kompetenter Gesprächspartner sein können.

- **transparent**

Das Entscheidungsverfahren sollte transparent gemacht werden, sowohl für den Patienten als auch für den verordnenden Arzt und die Leistungserbringer. Entscheidungen sollten so begründet sein, dass die Gründe nachvollziehbar und ggf. überprüfbar sind.

- **Hinzuziehen von Experten**

Die Krankenkasse kann bei Bedarf den MDK oder externe Kompetenz hinzuziehen. Um Verzögerungen zu vermeiden, sollte dies aber auf notwendige Fälle beschränkt werden. Den Experten sind seitens der Krankenkasse alle vorhandenen Informationen zur Verfügung zu stellen, ggf. auch durch Rückgriff auf frühere Vorgänge.

Bei Heranziehung **externer Gutachter** muss ein Eigeninteresse dieser Experten als LEHM ausgeschlossen sein, und sie müssen entsprechend qualifiziert sein. Zu klären sind Fragen des Umgangs externer Experten mit Sozialdaten (siehe Seite 53). Nicht ausdiskutiert ist die Frage, ob in dem Fall, dass externe Gutachter bemüht werden, § 14 Abs. 5 SGB IX zur Anwendung kommen muss.

Wird der **MDK** in besonderen Fällen bei der Prüfung von schwierigen Verordnungen oder auch zur Beratung des Versicherten oder zur Ergebniskontrolle herangezogen, sollte er die anderen am Versorgungsprozess Beteiligten und den Betroffenen z. B. durch eine Fallkonferenz (siehe Hilfsmittelkonferenz Seite 56) in die Beratung einbeziehen. Wenn fachärztliche / fachtechnische Verordnungen abgelehnt werden, muss die Ablehnung fach- und sachgerecht begründet werden. Eine Ablehnung ist in der Regel nur bei Vorliegen einer einschlägigen Fachkompetenz möglich.

In komplizierten Fällen können verschiedene fachlich kompetente Experten erforderlich sein, um einen Sachverhalt entscheiden zu können. Um diese organisatorisch in den Prozess der Hilfsmittelversorgung zu integrieren, bietet sich eine Fallkonferenz vor Ort oder die Einschaltung von weiteren kompetenten Experten z. B. aus Kompetenzzentren an, z. B. im Bereich der Unterstützten Kommunikation oder bei der Prothesenversorgung. Auch können die Kompe-

tenzen von Rehabilitationskliniken, SPZs und anderen Spezialeinrichtungen genutzt werden.

Die fachliche Prüfung von Hilfsmittelversorgungen zur Sicherung des Behandlungserfolges, also mit therapeutischer Funktion, sollte in der Regel von einem Gutachter desselben Fachgebietes durchgeführt werden.

- **Expertengutachten**

Das Expertengutachten hat – je nach individuellem Fall – unter Berücksichtigung der Vorgeschichte, des bisherigen Verlaufs, des aktuellen Befundes, der bisher durchgeführten Maßnahmen, der Prognose des Krankheitsbildes, des vom Verordner formulierten Ziels und unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren eine Hilfsmittelverordnung medizinisch und sozialmedizinisch zu beurteilen. Das Gutachten stellt eine Empfehlung an den Auftraggeber dar, der die leistungsrechtliche Entscheidung zu treffen hat. Ablehnende Empfehlungen sind medizinisch oder sozialmedizinisch zu begründen (§ 35 SGB X). Alternative Möglichkeiten zur vorgesehenen Verordnung sollten wenn möglich aufgezeigt und in besonderen Fällen im Rahmen der Sachklärung mit dem verordnenden Arzt kommuniziert werden, sofern dies vom Behandler gewünscht wird.

Die Aufgaben des MDK richten sich nach § 275 SGB V. Der verordnende Arzt, der beteiligte LEHM und der Patient sollten die schriftliche Stellungnahme zusammen mit der leistungsrechtlichen Entscheidung erhalten. Dafür ist die formale Einwilligung des Patienten zur Weitergabe der Stellungnahme einzuholen.

Vor dem Verwaltungsakt soll der Betroffene Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten (§ 24 SGB X).

Dazu gehört auch, dass der verordnende Arzt von der Krankenkasse über eine bevorstehende Entscheidung informiert wird – sonst kann er die Verantwortung für die Behandlung nicht übernehmen. Mit einem gemeinsamen Abstimmungsverfahren soll vermieden werden, dass die notwendige Behandlung des Patienten unterbleibt, weil die Versorgungskonzeption des behandelnden Arztes nicht umgesetzt wird.

Sind durch eine Ablehnung oder eine verlängerte Prüfung der vom behandelnden Arzt vorgelegten Versorgungskonzeption unerwünschte Wirkungen oder Komplikationen beim Patienten zu erwarten, teilt der behandelnde Arzt dies unverzüglich dem Patienten und der Krankenkasse mit. Sieht die Krankenkasse jedoch die Notwendigkeit einer ausführlichen Prüfung, die eine Verzögerung bewirken kann, teilt sie dies dem verordnenden Arzt und dem Patienten mit.

Im DVfR-Ausschuss wurde die Frage der Haftung für unerwünschte Wirkungen einer verzögerten Versorgung für den Fall aufgeworfen, dass sich Patient, Krankenkasse und Arzt nicht auf ein Vorgehen einigen und dass für den Patienten die Selbstbeschaffung der Leistungen nicht in Betracht kommt. Dem Patienten ist je nach Zustand häufig nicht zuzumuten, eine sofortige Versorgung

auf dem Klagewege zu erreichen. Eine einheitliche Auffassung dazu konnte im Ausschuss jedoch nicht entwickelt werden.

- **Zweitmeinung / alternative Versorgungskonzeption**

Wird eine **zweite Meinung** zu einer Verordnung bzw. einer Versorgungskonzeption benötigt, kann die Krankenkasse einen anderen LEHM mit der Erstellung einer alternativen Versorgungskonzeption beauftragen. Dabei sind dann aber die oben beschriebenen Qualitätsanforderungen an den Prozess einzuhalten und ein wettbewerbsrechtlich einwandfreies Verfahren zu gewährleisten. Zugleich darf daraus keine Verzögerung resultieren, die eine bedarfsgerechte Versorgung verhindert. Das bedeutet, dass im Einzelfall zu entscheiden ist, ob eine Verzögerung durch Einholung eines zweiten Angebotes vertretbar ist oder nicht. Ggf. muss dies mit dem behandelnden Arzt bzw. dem Patienten geklärt werden.

- **Umgang mit patientenbezogenen Informationen**

Der Vertragsarzt muss der Krankenkasse nur die Informationen über das Krankheitsbild zur Verfügung stellen, die zur Begründung der Verordnung notwendig sind. Weitere Auskünfte kann lediglich der MDK verlangen, der solche Informationen aus Datenschutzgründen aber nicht weiterleiten darf.

Sofern es sich um eine dauerhafte Behinderung oder chronische Krankheit mit langfristigem Hilfsmittelbedarf handelt, sollte dies bei der Krankenkasse in geeigneter Form dokumentiert sein. Dazu bietet sich eine Basisinformation bzw. eine Stuserhebung über Art und Umfang der Behinderung an, damit wiederholte Rückfragen entbehrlich werden, z. B. mittels eines Profil- oder Stuserhebungsbogens. Dabei kann ggf. auch das Pflegegutachten herangezogen werden. Allerdings ist dabei zu beachten, dass das Rehabilitationspotential und die Notwendigkeit einer Hilfsmittelversorgung daraus oft nicht unmittelbar abgeleitet werden können. Die sozialmedizinische Beurteilung des Hilfsmittel- oder auch Rehabilitationsbedarfes kann dort aufgrund einer anderen Fokussierung des Gutachtens unzureichend sein.

Im Zusammenhang mit der Gestaltung der Entscheidungsprozesse bedürfen folgende Probleme einer Lösung:

- Für den MDK gelten gesetzliche Regelungen für den Umgang mit Sozialdaten, nicht aber für andere Gutachter, die durch die Krankenkasse beauftragt werden. Die DVfR empfiehlt hierzu eine Klärung.
- Wenn durch die Krankenkasse im Rahmen des Prüfverfahrens einer Hilfsmittelversorgung ein zweiter Anbieter hinzugezogen wird, kann die Notwendigkeit einer persönlichen Konsultation mit dem Arzt und dem LEHM bestehen, die zusätzliche Kosten verursacht.
- Zu klären ist, über welchen Zeitraum patientenbezogene Daten bei den Krankenkassen gespeichert werden, und ob der Zugriff der Krankenkassen-

Sachbearbeiter auf diese Daten sichergestellt ist . Dies könnte insbesondere bei Folgeverordnungen von Hilfsmitteln den Prüfprozess verkürzen.

Bei vorgesehener Nichtzustimmung der Krankenkasse zum Versorgungsvorschlag

Bleiben Zweifel an der Verordnung oder kommt die Krankenkasse zu der Erkenntnis, dass die Verordnung nicht oder nicht wie vorgeschlagen genehmigt werden kann, sollte sie dem Verordner vor einem ablehnenden Bescheid eine Gelegenheit zur Stellungnahme zum vorgesehenen Bescheid einräumen. Darin sollten auch Alternativvorschläge oder zumindest Problemlösungswege enthalten sein, die dann zielorientiert durch den Patienten, den LEHM oder den verordnenden Arzt geprüft werden können.

Wird das verordnete Hilfsmittel nur vom Grundsatz her genehmigt, jedoch eine gegenüber dem Kostenvoranschlag bzw. der Versorgungskonzeption abweichende Ausführung vorgesehen, sollte der verordnende Arzt (oder Casemanager) zur Wahrnehmung seiner Verantwortung informiert werden. Er sollte die Möglichkeit erhalten, seine fachliche Sicht einzubringen und ggf. auch einer vorgesehenen Andersversorgung (Umversorgung) zu widersprechen.

Der Hilfsmittelversorgungsprozess lässt sich verbessern, wenn der Arzt über die Leistungsentscheidung informiert wird, damit er dies im Rahmen seines Behandlungsplanes berücksichtigen kann.

B 5 Optimierung der Zuständigkeitsklärung

Im Rahmen der Zuständigkeitsprüfung wird durch den Sozialleistungsträger zunächst geklärt, ob beim Versicherten die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Hilfsmittelversorgung gegeben sind, und ob es sich bei dem verordneten oder beantragten Hilfsmittel um einen rechtlich abgedeckten Leistungsanspruch im Sinne eines SGB handelt.

5.1 Bei Zuständigkeit der Krankenkasse

Ist die Krankenkasse des Versicherten für die Hilfsmittelversorgung angefragt, erfolgt die Prüfung der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit und der rechtlichen Zuständigkeit. Gelangt die Krankenkasse zu der Auffassung, dass unabhängig von der Beurteilung des Bedarfes die Hilfsmittelversorgung nicht in ihre Zuständigkeit fällt, sind zwei Maßnahmen zu treffen:

1. Diese Entscheidung ist dem Versicherten schriftlich mitzuteilen Die Erklärung der Nichtzuständigkeit ist ein Verwaltungsakt, gegen den Widerspruch oder Klage erhoben werden kann; deshalb ist diese Mitteilung mit dem Hinweis auf mögliche Rechtsmittel zu versehen. (Diese Entscheidung beinhaltet nicht die

Feststellung, ob und ggf. welcher Bedarf an einem Hilfsmittel im Rahmen des SGB V besteht).

2. Nach § 29 SGB I in Verbindung mit §§ 4, 26 und 31 SGB IX kann jedoch die ärztliche Verordnung eines Hilfsmittels auch als Antrag (an die Krankenkasse) auf Gewährung eines Hilfsmittels im Rahmen der medizinischen Rehabilitation verstanden werden. Uneinigkeit bestand im DVfR-Ausschuss, ob dies immer unterstellt werden muss und damit automatisch das Verfahren nach § 14 SGB IX (Zuständigkeitsklärung) greift, oder ob es dazu eines besonderen Antrags des Patienten bedarf. Ob für die Übernahme der Kosten für ein Hilfsmittel im Rahmen der medizinischen Rehabilitation andere Kriterien für dessen Notwendigkeit gelten können als für ein Hilfsmittel in der kurativen Versorgung, konnte im Ausschuss nicht einvernehmlich geklärt werden.

In jedem Falle aber muss ein Antrag des Patienten auf ein Hilfsmittel im Rahmen der medizinischen Rehabilitation ein Verfahren nach § 14 SGB IX auslösen. Dann gilt, dass auch bei eindeutiger Nichtzuständigkeit der Krankenkasse für diese nach § 14 SGB IX die Pflicht besteht zu prüfen, ob ein anderer Leistungsträger zuständig sein kann, wenn es sich um ein Hilfsmittel z. B. im Sinne des § 31 SGB IX oder § 54 SGB XII (i.V. mit § 9 Eingliederungshilfeverordnung) handelt oder handeln kann. In diesem Fall ist die Krankenkasse gesetzlich verpflichtet, den wahrscheinlich zuständigen Träger zu ermitteln und den Antrag auf das Hilfsmittel an diesen Kostenträger weiterzuleiten.

Dies gilt insbesondere dann, wenn die Krankenkasse nur eine Teilzuständigkeit erkennen kann.

5.2 Zuständigkeitsklärung anderer Leistungsträger und Information des Betroffenen

Ist der zweitangegangene Sozialleistungsträger der Auffassung, dass er nicht zuständig ist, ist er verpflichtet, unverzüglich die Zuständigkeit mit dem seiner Meinung nach zuständigen Leistungsträger abzuklären, um zu gewährleisten, dass dem Betroffenen innerhalb der gesetzlichen Frist von 3 Wochen (ohne Gutachten) oder 2 Wochen nach Gutachteneingang eine Entscheidung zugeht. Darüber muss er den Betroffenen informieren.

Leitet der erstangegangene Leistungsträger den Antrag nicht weiter und lehnt er das Hilfsmittel lediglich ab, ist er zur Kostenerstattung verpflichtet, wenn der Betroffene ein notwendiges Hilfsmittel dann selbst beschafft. Führt der zweitangegangene Leistungsträger keine Abklärung der Zuständigkeit herbei, kann dann dieser bei Selbstbeschaffung erstattungspflichtig sein. Im Zweifelsfalle sollten sich die Sozialleistungsträger nach Auffassung der DVfR zur Abklärung der Servicestelle bedienen.

Es ist zur Zeit nicht geklärt, wer die Kosten der Hilfsmittelversorgung übernimmt, wenn sich kein Leistungsträger für zuständig hält und jeder angegangene Leistungsträger das Hilfsmittel ohne Zuständigkeitsklärung allein vom Bedarf her ablehnt.

Die DVfR empfiehlt für die Optimierung der Zusammenarbeit der Sozialleistungsträger bei der Versorgung mit Hilfsmitteln den Abschluss einer Gemeinsamen Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX.

Kommen die in der Servicestelle kooperierenden Sozialleistungsträger einschließlich des Trägers der Eingliederungshilfe nach § 54 SGB XII bei ihrer Prüfung zu dem Ergebnis, dass sie für ein Hilfsmittel nicht zuständig sind, dass dieses aber notwendig, zweckmäßig und ggf. auch wirtschaftlich ist, können Betroffene bei wirtschaftlicher Überforderung einen Antrag auf Hilfe zur Beschaffung im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt beim zuständigen Sozialamt stellen. Dieses muss entscheiden, ob es ein Darlehen gewähren, ggf. einen Mehrbedarf nach § 30 SGB XII anerkennen oder eine Lösung im Rahmen des § 73 SGB XII finden kann. Grundsätzlich kommt auch die Hilfestellung im Rahmen eines persönlichen Budgets in Betracht. Ist nämlich ein Hilfsmittel notwendig, wirtschaftlich und zweckmäßig und zugleich aus dem Leistungskatalog des SGB ausgegrenzt, fällt die Aufgabe der Beschaffung in den persönlichen Bereich des Patienten. Es hängt dann vom Einkommen und Vermögen ab, ob er dies selbst bezahlen kann und ob er, falls ihm das nicht möglich ist, dafür ggf. Ansprüche im Rahmen der Sicherung des Lebensunterhaltes geltend machen kann.

Bleiben die Sachverhalte im Hinblick auf Eingliederungshilfe unklar, hat das Gesundheitsamt die gesetzlich bestimmte Aufgabe, den Betroffenen zu beraten (§ 59 SGB XII).

5.3 Fristen

Die Entscheidungen über die Zuständigkeit sollen innerhalb angemessener Fristen erfolgen. Die Vorgaben nach § 14 SGB IX sind zu beachten. Ggf. kann der behandelnde Arzt Eilbedarf feststellen oder eine Abkürzung des Verfahrens anregen, wenn die Versorgung auf Grund eines akuten Behandlungsbedarfes erforderlich ist.

5.4 Hilfsmittelkonferenz

Ist absehbar, dass eine Entscheidung über die Zuständigkeit oder den Bedarf schwierig ist und dass für die Klärung der Zuständigkeit auch fachliche Aspekte relevant sind, sollte es möglich sein, eine Hilfsmittelkonferenz mit den Beteiligten durchzuführen, die sozialraumbezogen zu organisieren ist. Diese sollte vom verordnenden Arzt, einem Sozialleistungsträger, von der Servicestelle oder auf Anregung des Patienten einberufen werden können. Dafür sind noch Regularien zu entwickeln.

B 6 Optimierung des Herstellungs- und Anpassungsprozesses von Hilfsmitteln

Jedes Hilfsmittel muss bedarfsgerecht sein, und um es nutzen zu können, muss es vor allem passgerecht sein. Dazu ist häufig vor der Herstellung des Hilfsmittels ein Maßnehmen (Aufmaß) durch den LEHM erforderlich. Dies kann erfolgen, wenn der Betroffene den LEHM aufsucht. Ist dies nicht oder nicht mit vertretbarem Aufwand möglich oder müssen für die Nutzbarkeit des Hilfsmittels die Kontextfaktoren in häus-

licher Umgebung analysiert oder die Kenntnisse von relevanten Bezugspersonen einbezogen werden, ist der LEHM verpflichtet, den Betroffenen zu Hause (oder in seinem Umfeld) aufzusuchen, um die notwendigen Informationen zu sammeln. Sollte ein Hausbesuch notwendig sein, ist er bereits in der Versorgungskonzeption aufzuführen, da die Kosten in die Hilfsmittelversorgung eingehen. Der LEHM ist verantwortlich, alle Informationen, die für die Passgenauigkeit des Hilfsmittels von Bedeutung sind, zu beschaffen und sie bei der Erarbeitung der Versorgungskonzeption zu verwenden.

Dies gilt für alle LEHM unabhängig davon, ob sie auf Grund eines Vertrages mit der Krankenkasse die Versorgung durchführen können oder ob sie nach § 127 Abs. 3 SGB V eine Vereinbarung im Einzelfall treffen.

Die Fertigstellung des Hilfsmittels hat unverzüglich zu erfolgen. Falls Dringlichkeit der Versorgung vorliegt, ist die Einschätzung des behandelnden Arztes und /oder des Betroffenen einzuholen.

Der LEHM informiert den Betroffenen über den Stand der Versorgung bei längerer Dauer oder Verzögerungen. Für die einzelnen Hilfsmittel sollten Zeitkorridore festgelegt werden, innerhalb derer die Fertigstellung erfolgen muss. Dabei sind Regelungen für Lieferschwierigkeiten sowie für evtl. Überbrückungsmaßnahmen zu treffen.

Nach der endgültigen Fertigstellung ist das Hilfsmittel stets durch den LEHM gemeinsam mit dem Patienten auf Passgenauigkeit zu kontrollieren (dies ist auch bei Standardrollstühlen notwendig), und es ist die Funktionstüchtigkeit gemeinsam mit dem Patienten zu überprüfen.

Je nach Art des Hilfsmittels sind dafür ein oder mehrere Anpassungssitzungen mit dem Patienten und seinen Bezugspersonen erforderlich. Am Anpassungsprozess sind die Personen zu beteiligen, die in der Versorgungskonzeption dafür benannt sind; dafür ist der LEHM mitverantwortlich. Gemeinsame Termine sind von allen Beteiligten zu ermöglichen.

Eine Hilfsmittelversorgung soll auch bei komplizierten Anpassungsprozessen innerhalb von wenigen Monaten abgeschlossen werden können, sofern der Gesundheitszustand des Patienten dies gestattet. Bei prolongierter Dauer sollten Zwischenrechnungen möglich sein (ggf. mit Begründung), Entsprechendes ist in den Verträgen zwischen Leistungsträger und LEHM zu vereinbaren.

Die bedarfsgerechte und zeitnahe Ausführung sowie die Kooperationsfähigkeit des LEHM sollten ein wesentliches Auswahlkriterium für den LEHM sein. Durch den LEHM verursachte Verzögerungen sollten deshalb auch auf der Seite der Leistungsträger systematisch erfasst und berücksichtigt werden. Auch entsprechende Erfahrungen des Patienten und der Selbsthilfe sind in diesem Sinne zu berücksichtigen.

Die Erreichbarkeit des LEHM, z. B. in seiner Werkstatt, ist im Anpassungsprozess bei bestimmten Hilfsmitteln von großer Bedeutung. Dies ist bei der Vergabe des Versorgungsauftrags zu berücksichtigen, wenn dies lt. Versorgungskonzeption notwendig ist.

Die Auslieferung des Hilfsmittels ist stets mit einer Einweisung nach MPG (Medizinproduktegesetz) und der Übergabe der Garantiekarte, der Gebrauchsanleitung, Bekanntgabe vertraglicher Leistungen (vor allem bei Versorgungspauschalen) sowie

Hinweisen zu Reparatur- und Servicemöglichkeiten verbunden. Der Patient ist darüber zu informieren, an wen er sich bei Feststellung unzureichender Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels wenden kann, und dass er zur Beurteilung der Funktionsfähigkeit ggf. den verordnenden Arzt konsultieren kann. Die Auslieferung des Hilfsmittels mit Dokumentation dieser Komponenten sollte vom Patienten quittiert werden (siehe Kap. B 7 Ergebnisqualität).

B 7 Sicherung und Verbesserung der Ergebnisqualität der HMV

Für die Sicherung der Ergebnisqualität im Einzelfall sollte nach Abschluss der Versorgung in der Regel eine Ergebnisüberprüfung durch den verordnenden bzw. behandelnden Arzt erfolgen. Diese erstreckt sich auf die Zielerreichung im Hinblick auf die Behandlung, die Funktionen, die Aktivitäten und die Teilhabe. Der Arzt kann die Prüfung an andere Beteiligte, die in der Versorgungskonzeption benannt sind, delegieren. Bei Unklarheiten, offenen Fragen oder strittigen Einschätzungen ist der Arzt einzuschalten. Die Prüfung der Zielerreichung durch Abgleich mit der Bedarfserhebung gilt als Verpflichtung für den Patienten, den LEHM oder therapeutische Fachkräfte stets dann, wenn das Hilfsmittel nicht oder nicht wie vorgesehen genutzt werden kann. Der Arzt legt das weitere Vorgehen fest.

Alle am Versorgungsprozess Beteiligten sind verpflichtet, Probleme und mangelnde Bedarfsgerechtigkeit der Hilfsmittelversorgung dem Patienten, dem LEHM und dem Arzt mitzuteilen und sich an der Beseitigung der Mängel zu beteiligen. Dies sollte Bestandteil der Leistungsvereinbarungen sein, insbesondere auch in der Pflege.

Zur Mängelbeseitigung kann aus medizinischen Gründen ein Krankentransport für den Betroffenen zum behandelnden Arzt mit samt dem Hilfsmittel erforderlich sein. Der LEHM hat auf Wunsch des Arztes seine Anwesenheit in der Praxis /am Arbeitsort zu ermöglichen.

Nach angemessener Frist sollen der Patient, seine Bezugspersonen oder seine ihn betreuenden Pflegefachkräfte oder die LEHM dem Arzt von sich aus mitteilen, ob die Ziele der Hilfsmittelversorgung erreicht sind. Dieser hat die Rückäußerung zu dokumentieren.

Zur Überprüfung des Ergebnisses der Hilfsmittelverordnung kann der Leistungsträger Stichprobenprüfungen durchführen. Kann der LEHM innerhalb einer vom Arzt festzusetzenden Frist das Hilfsmittel nicht bedarfsgerecht liefern, hat der Patient den Leistungsträger davon zu informieren. Dieser klärt den Sachverhalt mit dem LEHM, ggf. unter Einbezug des MDK und des verordnenden Arztes.

Leistungsträger und LEHM sollten Vereinbarungen darüber treffen, an welche Voraussetzungen die vollständige Begleichung der Rechnung gebunden werden soll und wann ggf. Teilzahlungen vorzusehen sind. Dies kann bei bestimmten aufwändigen Hilfsmitteln an die Zielerreichung gebunden werden, soweit nicht patienten- oder bezugspersonenseitige Faktoren, die bei der Erstellung der Versorgungskonzeption nicht absehbar waren, dem entgegenstehen. Im Zweifelsfall kann ein Votum des behandelnden Arztes eingeholt werden.

Die Krankenkassen können in geeigneten Fällen durch den MDK eine Evaluation der durchgeführten Hilfsmittelversorgung durchführen lassen; diese kann als Prüfung von Einzelfällen oder als eine systematische Evaluation angelegt sein (§ 275 SGB V Abs.3).

Die einzelnen Sozialleistungsträger sollten auch selbst den Verlauf der Hilfsmittelversorgung und die Ergebnisse stichprobenartig prüfen und die Beschwerden der Klienten im Sinne eines systematischen Beschwerdemanagements bearbeiten. Sie haben die Ergebnisse in geeigneter Form mit den LEHM und den verordnenden Ärzten zu kommunizieren und ggf. bei der Beauftragung zu berücksichtigen. Hierbei muss die Patientenzufriedenheit ein wesentlicher Aspekt sein.

Ergebnisprüfungen sollten nicht zu restriktiver Bewilligungspraxis, sondern vielmehr zur Optimierung der Hilfsmittelversorgung für alle Beteiligten genutzt werden. Dazu könnte sich ein regionaler Qualitätsverbund anbieten.

Die Verfahren des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung sollten die Zielerreichung der Hilfsmittelversorgung stärker berücksichtigen.

Es ist dringend notwendig, die Hilfsmittelversorgung sowohl prozess- als auch ergebnisbezogen wissenschaftlich und zugleich firmenunabhängig verstärkt zu evaluieren. Dabei sollten nicht nur Hilfsmittel auf ihre Tauglichkeit hin untersucht werden, sondern auch der Prozess der Hilfsmittelversorgung selbst sowie das Versorgungsergebnis im Sinne der sog. Versorgungsforschung.

Die dauerhafte Verwendung der Hilfsmittel und damit die Nachhaltigkeit der Hilfsmittelversorgung ist oft an die Kooperation mit der Pflege und den Heilmittelerbringern gebunden. Deshalb ist in deren Leistungsvereinbarungen die Nutzung von Hilfsmitteln und die Förderung der Anwendung von Hilfsmitteln aufzunehmen. Daher ist es angebracht, die Hilfsmittelversorgung auch in der Pflege und bei den Heilmittelerbringern als Kernprozess in die Verfahren der Qualitätssicherung und Zertifizierung aufzunehmen sowie in die Aus- und Weiterbildung sowie Fortbildung zwingend zu integrieren. Damit Ärzte die Ergebnisse der Hilfsmittelversorgung besser beurteilen können, sollte die Hilfsmittelversorgung als sog. curriculare Fortbildung der BÄK etabliert werden.

Die Ergebnisevaluation sollte neben qualitativen Aspekten auch wirtschaftliche Aspekte umfassen. Dabei ist auf einen umfassenden ökonomischen Ansatz Wert zu legen (siehe Kap. A 8 Wirtschaftlichkeit), in dem nicht nur der Preis des Hilfsmittels, sondern eine umfassende Kosten-Nutzenanalyse im Sinne der Vorgaben des SGB und der Rechtsprechung des BSG im Einzelfall zugrunde gelegt wird. Wirtschaftliche Gesichtspunkte der Hilfsmittelversorgung sollten auch bis hin in eine volkswirtschaftliche Ebene betrachtet werden.

Kommt ein Leistungsträger bei der individuellen Überprüfung einer Hilfsmittelversorgung zu dem Ergebnis, dass diese nicht oder nicht mehr den Kriterien der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit entspricht, ist dieser nicht berechtigt, das Hilfsmittel einzuziehen. Er hat zunächst den Sachverhalt mit dem Patienten und dem verordnenden Arzt zu klären, ggf. im Rahmen einer erneuten Bedarfsabklärung. Nicht selten besteht der Grund für die Nichtnutzung darin, dass sich der Bedarf ge-

ändert hat, oft verursacht durch eine Veränderung der Kontextfaktoren. Insofern muss die Überprüfung einer Versorgung denselben Kriterien genügen wie die Erarbeitung einer Versorgungskonzeption, so dass sie ggf. auf der Basis eines erneuten Assessments durchgeführt werden muss.

B 8 Statt einer Zusammenfassung: Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für die Hilfsmittelversorgung

Eine Optimierung der Hilfsmittelversorgung kann nur gelingen, wenn die gesetzlichen und konzeptionellen Grundlagen sowie die Rahmenbedingungen angemessen gestaltet sind. Hierzu macht die DVfR folgende Vorschläge:

1. Klärung des Verhältnisses zwischen SGB V und IX im Hinblick auf Leistungsinhalte und Verfahrensfragen
2. Klärung der Finanzierung von im SGB V ausgeschlossenen Leistungen im Rahmen von SGB II und SGB XII (z. B. Sehhilfen)
3. Überarbeitung der Hilfsmittelrichtlinien im Sinne der vorstehenden Ausführungen
4. Berücksichtigung der Hilfsmittelversorgung in den Ausbildungs- und Weiterbildungsordnungen aller medizinischen Fachberufe
5. Unterstützung der Hilfsmittelversorgung durch Nutzung elektronischer Medien, u. a. in der EDV von Arztpraxen
6. Einführung eines Qualitätsmanagements im Bereich der Hilfsmittelversorgung bei allen Beteiligten

Die Umsetzung dieser Vorschläge bleibt den verantwortlichen Gremien bei den für die Hilfsmittelversorgung verantwortlichen Institutionen und Verbänden vorbehalten. Die DVfR bietet im Hinblick auf die Optimierung der Hilfsmittelversorgung ihre Mitwirkung an.

Die DVfR macht nachdrücklich darauf aufmerksam, dass die Hilfsmittelversorgung nicht als isoliertes Thema zu bearbeiten ist, sondern immer in Gesamtstrategien der Behandlung, der Prävention, der Rehabilitation und der Förderung der Inklusion und der Teilhabe einzubinden ist. Dies gilt auch für die Organisation der Hilfsmittelversorgung im Gesundheitswesen. Eine Fixierung der Regelwerke, wie z. B. der Hilfsmittelrichtlinien, des Hilfsmittelverzeichnisses und der Verträge zwischen Leistungsträgern und LEHM auf einzelne Hilfsmittel sowie auf ihre technische und preisliche Gestaltung sollte zugunsten einer bedarfs- und problemlösungsorientierten Sichtweise vermieden werden.

Die DVfR weist darauf hin, dass es bereits vielfach Kompetenzen in der Hilfsmittelversorgung gibt, sowohl bei einzelnen bestens informierten Patienten bzw. ihren Organisationen der Selbsthilfe, Fachexperten und Firmen als auch bei Verbänden sowie Einrichtungen und Diensten. Solche Einrichtungen und Dienste sind u. a. Sozialpädiatrische Zentren, Einrichtungen der Behindertenhilfe (Wohnheime, Werkstätten, Tagesstätten), Kindergärten, Schulen und weiterführende Bildungseinrichtungen wie Berufsbildungs- und -förderungswerke oder vergleichbare Einrichtungen, spezialisierte Rehabilitationskliniken, Abteilungen für Frührehabilitation, Geriatrie bzw. geriatrische Rehabilitation, ambulante Rehabilitationseinrichtungen und mobile Rehabilitationsdienste, Spezialambulanzen (z. B. an Unfallkliniken für Querschnittgelähmte sowie für die Versorgung mit Prothesen), Beratungsstellen für Kommunikation u. a. Es muss gelingen, diese Kompetenzen regional für all die Personen verfügbar zu machen, die diese spezialisierten und fachkompetenten Versorgungsleistungen benötigen.

Die DVfR sieht hier einen Reorganisierungsbedarf, da Einrichtungen wie z. B. die Orthopädischen Versorgungsstellen, Ambulanzen von Universitätskliniken oder Orthopädischen Fachabteilungen oder auch niedergelassene Fachärzte mit speziellen Erfahrungen, die sich bislang an der Versorgung beteiligen konnten, heute weder quantitativ noch qualitativ in der Lage sind, eine umfassend kompetente Versorgung mit Hilfsmitteln sicherzustellen.

Neu zu bestimmen ist in diesem Zusammenhang die Bedeutung der Hilfsmittelversorgung im Rahmen stationärer Rehabilitation, wenn sie nicht nur für die Rehabilitationsmaßnahme selbst Relevanz hat, sondern auf die Lebenswelt des Betroffenen am jeweiligen Wohnort und für den Alltag auszurichten ist.

Deshalb plädiert die DVfR dafür, die vorhandenen Kompetenzen so zu organisieren und ggf. auszubauen, dass daraus spezialisierte Kompetenzzentren für Hilfsmittelversorgung für definierte Versorgungsregionen entstehen können. Dabei sollte eine zwangsweise Vereinheitlichung und Uniformierung zugunsten der Nutzung vorhandener Strukturen vermieden werden:

Ein pluralistisches, regional orientiertes und transparentes System der Hilfsmittelversorgung sollte durch Kompetenzzentren getragen werden, die nach den Prinzipien der Sozialraumorientierung differenziert gestaltet sind, wobei es unterschiedliche Spezialisierungsebenen geben sollte. Nicht jede Versorgungsoption muss in jeder Kreisstadt verfügbar sein. Solche Kompetenzzentren sollten grundsätzlich leistungsträgerübergreifend tätig sein können und in der Regel auch in das System der Teilhabe- und Inklusionssicherung sowie der Pflege eingebunden sein. Ferner sollten alle Einrichtungen der Gesundheitsversorgung der jeweiligen Region zu diesen Kompetenzzentren Zugang haben können.

Die DVfR regt deshalb an, eine Konzeption für Kompetenzzentren der Hilfsmittelversorgung unter Nutzung vorhandener Kompetenzen und Strukturen zu erarbeiten. Eine besondere Rolle können dabei Medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung oder Ambulanzen nach § 119a SGB V übernehmen, wie sie der 112. Deutsche Ärztetag (Mai 2009) gefordert hat.

Schlussbemerkung

Die DVfR ruft alle Interessierten und Beteiligten dazu auf, sich an der Diskussion über die künftige Gestaltung der Hilfsmittelversorgung zu beteiligen. Sie stellt gern ihre Möglichkeiten in den Dienst der Weiterentwicklung der Hilfsmittelversorgung. Dabei insistiert sie darauf, dass die Hilfsmittelversorgung immer an den Bedarfen kranker und behinderter Menschen, an der Ermöglichung von Aktivitäten und Teilhabe und damit an der Inklusion ausgerichtet wird.

Die DVfR appelliert an alle an der Hilfsmittelversorgung Beteiligten, die in diesem Papier zusammengetragenen Fakten und Vorschläge zur Verbesserung der Hilfsmittelversorgung intensiv zu nutzen. Der befasste Ausschuss der DVfR ist gern bereit, die Ergebnisse im Detail und zielgruppenspezifisch zu erläutern und zu diskutieren.

An alle beteiligten und verantwortlichen Institutionen und Verbände ergeht außerdem die Bitte, die in diesem Papier zusammengetragenen Vorschläge zu kommentieren und ggf. kritische Rückmeldungen an die DVfR zu geben. Informationen über Weiterentwicklungen und Fortschritte, auch in Teilbereichen, oder über Erprobungen zu neuen Hilfsmittelversorgungsmodellen, sind erwünscht. Über diese Entwicklungen soll in geeigneter Form, u. a. über die Homepage der DVfR, berichtet werden.

Anhang 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 i. V. m. § 11 Abs. 2 SGB V und § 26 Abs. 2 Nr. 6 sowie § 31 SGB IX im Verhältnis zum Hilfsmittelanspruch im Rahmen der Krankenbehandlung nach § 27 Abs. 1 Nr. 3 i. V. m. § 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 der Qualität der jeweiligen Hilfsmittel*
- *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 Verordnungsverfahren im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung, Verantwortung der Rehabilitations-träger im Verhältnis zur Geltung des Hilfsmittelverzeichnis usw.).*

Der Ausschuss hat zu diesem Themenkomplex am 19.04.2007 ein Konsultationsgespräch mit zahlreichen Experten in Bergisch Gladbach durchgeführt. Dabei wurden verschiedene Sichtweisen zum Verhältnis zwischen SGB IX und SGB V deutlich; allerdings ist es auch im weiteren Verlauf der Beratungen nicht gelungen, die rechtssystematischen Konfliktlinien vollständig zu klären und darüber einen Konsens herzustellen.

In den letzten Jahren sind zudem eine Reihe von Publikationen erschienen, die sich mit dem Verhältnis von SGB V und SGB IX befassen. Auch diese führen noch nicht zu einer konsensfähigen Positionierung der DVfR, wenngleich jedoch für einige Aspekte ein Teilkonsens erzielt werden konnte. Insofern hat die Diskussion doch einige Erkenntnisse erbracht, die für die Gestaltung des Prozesses der Hilfsmittelversorgung relevant und hilfreich sein können. Entsprechend ihrem satzungsmäßigen Auftrag stellt sich die DVfR für die weitere Diskussion als Plattform zur Verfügung.

1. Hilfsmittel im Rahmen kurativer Versorgung als Bestandteil eines ärztlichen Behandlungsplanes

Der Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse auf ein Hilfsmittel ist dann eindeutig und einfach zu definieren, wenn das Hilfsmittel notwendig ist, um den Erfolg

der Krankenbehandlung im Rahmen der kurativen Versorgung zu sichern. Gleiches gilt für die Versorgung mit einem Hilfsmittel zur Krankheitsverhütung oder zur Vermeidung der Verschlimmerung einer Krankheit oder einer Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde. In diesen Fällen ist für das Hilfsmittel eine ärztliche Verordnung erforderlich, da es Bestandteil eines Behandlungsplanes ist.

Eine solche Verordnung ist ohne Zweifel Bestandteil der Krankenbehandlung nach § 27 Abs. 1 Nr. 3 SGB V und damit auch der vertragsärztlichen Versorgung im ambulanten Bereich nach § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V. Sie ist keine Maßnahme medizinischer Rehabilitation, sollte aber ggf. rehabilitative Zielsetzungen beachten. Allerdings schließt eine kurative Zielsetzung einer HMV eine Zuordnung zur medizinischen Rehabilitation nach § 31 SGB IX nicht aus.

2. Die Versorgung mit einem Hilfsmittel als Maßnahme zum Ausgleich einer Behinderung

Hilfsmittel können auch zum Ausgleich einer Behinderung erforderlich sein und sind dann ebenfalls Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung (vgl. § 73 Abs. 2 SGB V i. V. m. § 33 SGB V). Die ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), die sich im Wesentlichen auf Fälle aus der Zeit bezieht, als das SGB IX noch nicht existierte, stellte in Bezug auf den Leistungsanspruch nach dem SGB V bislang klar, dass sich die Hilfsmittelversorgung im Bereich der Krankenversicherung auf den Ausgleich der Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens im Sinne eines Basisausgleichs bezieht, also auf einen allgemeinen und nicht sektoralen Behinderungsausgleich. So können z. B. auch Hilfsmittel in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen, die dem besonderen Aktivitätsbedürfnis bei Kindern und Jugendlichen Rechnung tragen, da dies auch als Grundbedürfnis anerkannt worden ist (z. B. Therapiefahrrad, Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Erfüllung der Schulpflicht).

Im Ausschuss ist strittig, ob sich aus der Tatsache, dass ein Hilfsmittel dem Ausgleich einer Behinderung dient, automatisch ergibt, dass die Bestimmungen des SGB IX anzuwenden sind, oder ob es einen eigenen Raum innerhalb des SGB V gibt, der es den Krankenkassen gestattet, die Hilfsmittelversorgung zum Ausgleich der Behinderung ausschließlich nach den Regeln, die für die Krankenkassen im SGB V verbindlich festgelegt und in Richtlinien, z. B. den Hilfsmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, kodifiziert sind, zu gestalten (vgl. dazu Nr. 4).

3. Hilfsmittel im Rahmen medizinischer Rehabilitation

Nach § 26 SGB IX werden zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen auch Leistungen zur Beseitigung, Abwendung etc. von Behinderungen und chronischen Krankheiten erbracht. Sie können neben der Behandlung durch Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe auch ggf. die Versor-

gung mit Hilfsmitteln umfassen. In § 31 SGB IX wird die Zielsetzung der Hilfsmittelversorgung in Anlehnung an § 33 SGB V definiert.

Ob die Hilfsmittelversorgung im Rahmen des SGB IX lediglich im Rahmen einer Maßnahme der medizinischen Rehabilitation (Komplexleistung), also als deren Bestandteil, oder ob sie als eigenständige isolierte Maßnahme in Betracht kommen kann, ist im Ausschuss kontrovers diskutiert worden. Nach Auffassung einiger Mitglieder gibt es für eine Begrenzung der Hilfsmittelversorgung auf einen Bestandteil einer anderen Maßnahme medizinischer Rehabilitation keine gesetzliche Grundlage.

Die Rentenversicherung ist demgegenüber der Auffassung, dass die Versorgung mit Hilfsmitteln (einschließlich notwendiger Änderungen, Instandsetzungen und die Erstbeschaffung) durch die gesetzliche Rentenversicherung nur in Betracht kommt, wenn eine (stationäre oder ambulante) Leistung zur medizinischen Rehabilitation gewährt wird und die Ausstattung während der Durchführung dieser Leistung zur Erreichung des Rehabilitationsziels (§ 15 Abs. 1 SGB VI) erforderlich ist. Wird das Hilfsmittel erst nach Beendigung der Rehabilitation erforderlich, angepasst oder gefertigt, ist hierfür die gesetzliche Krankenversicherung zuständig. Eine isolierte Erbringung von Hilfsmitteln durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung als Leistung zur medizinischen Rehabilitation aufgrund eines entsprechenden Antrages ist somit nicht möglich.

Unstrittig ist, dass die Hilfsmittelversorgung im Sinne des § 31 SGB IX i. V. m. § 26 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX Bestandteil von Maßnahmen medizinischer Rehabilitation sein kann und insofern zum Aufgabenbereich von Einrichtungen und Diensten gehört, die medizinische Rehabilitation anbieten.

Kurative Maßnahmen im Rahmen vertragsärztlicher Versorgungsleistungen sind von solchen der medizinischen Rehabilitation allerdings oft schwer abgrenzbar.

4. Leistungsanspruch im Verhältnis SGB V zu SGB IX

Der Gesetzgeber hat in § 7 SGB IX klargestellt, dass die Vorschriften des SGB IX für Leistungen zur Teilhabe gelten, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. Sowohl das SGB IX als auch das SGB V als Leistungsgesetz für die gesetzliche Krankenversicherung sehen für die Versorgung mit Hilfsmitteln eigenständige Rechtsvorschriften vor. Im Ausschuss strittig ist allerdings, ob der Anspruch auf Hilfsmittelversorgung im SGB IX im Rahmen der Teilhabe (vgl. § 4 SGB IX) nicht einen weitergehenden Teilhabebegriff unterlegt, als dies im SGB V der Fall ist. Außerdem wurde diskutiert, ob nicht wegen der umfassenden Aufgabe der Rehabilitation, die über die Teilaufgabe der GKV hinausgeht und ggf. durch mehrere Träger zu erfüllen ist, zumindest die Verfahren des SGB IX auch bei der Prüfung der Zuständigkeit und des Bedarfes durch die Krankenkassen bei Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich Anwendung finden müssen.

Der Ausschuss vertritt allerdings die Auffassung, dass ein solcher gegenüber § 33 SGB V erweiterter Anspruch auf Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation gegenüber den Krankenkassen nicht aus § 31 SGB IX abgeleitet werden kann.

Im Vergleich zum SGB V ist im SGB IX nämlich in § 31 unmittelbar gesetzlich normiert, dass die Hilfsmittel eine Behinderung (nur) bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens ausgleichen sollen. Es ist deshalb nicht möglich, aus dem SGB IX einen umfassenderen Anspruch auf Hilfsmittel gegenüber der Krankenkasse, als er im SGB V selbst formuliert ist, abzuleiten.

In einem Diskussionsbeitrag zu Fragen der Hilfsmittelversorgung zur Sicherung der Grundbedürfnisse stellt Liebold¹ fest, dass die Rechtsprechung des BSG den Zielen der medizinischen Rehabilitation (Verwirklichung von Selbstbestimmung und Förderung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft) nicht gerecht wird. Er kritisiert zudem die Argumentation und damit zugleich die Beschränkung des Versorgungsanspruchs auf einen sog. Basisausgleich. Dies beschneide die Rechte behinderter Menschen willkürlich und stelle sich daher als rechtswidrig dar. Um ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens zu befriedigen, sei ein sog. Basisausgleich zu wenig. Entscheidendes Kriterium dürfe in diesem Zusammenhang allein die Wirtschaftlichkeit des Hilfsmittels sein.

Andererseits ist die Beschränkung der Hilfsmittelversorgung auf die sog. Grundbedürfnisse des täglichen Lebens langjährig gefestigte Rechtsprechung, eine Änderung und damit Ausweitung des Versorgungsanspruchs sehr unwahrscheinlich. Zu prüfen wäre allerdings, ob im Rahmen der Befriedigung der sog. Allgemeinen Grundbedürfnisse bereits ein Basisausgleich ausreichend ist, auch wenn dieser auf den Einzelfall bezogen offensichtlich nicht bedarfsgerecht ist.

Nach den §§ 1 und 4 SGB IX sind die Ziele des SGB IX weiter gefasst als die des SGB V. Das SGB IX ist als unmittelbar geltendes Recht jedoch nur dann anzuwenden, wenn die Einzelleistungsgesetze nichts anderes vorsehen. Im SGB V findet sich zwar bei der Hilfsmittelversorgung keine Festlegung auf Grundbedürfnisse geschweige denn eine Festlegung auf einen Basisausgleich. Allerdings konkretisiert die dazu ergangene Rechtsprechung insofern den Versorgungsanspruch. Strittig blieb innerhalb des Ausschusses, ob diese Rechtsprechung auch nach Inkrafttreten des SGB IX weiterhin Gültigkeit hat. Wenn nämlich die Ziele des SGB IX weiter gefasst sind, als dies im SGB V der Fall ist, ergibt sich daraus nach Auffassung einiger Mitglieder, dass das SGB IX selbst dann auch von dem Rehabilitationsträger GKV anzuwenden ist, wenn das Einzelgesetz eine engere Zieldefinition unterstellt. Der Hinweis auf die bisherige Rechtsprechung des BSG könne hier deshalb nicht überzeugen, da bislang lediglich Streitfragen entschieden worden sind, deren Entstehung vor der Verabschiedung des SGB IX lag. Dabei ist noch offen, ob sich aus diesen Überlegungen tatsächlich, wie dies Liebold nahelegt, weitergehende Ansprüche auf Hilfsmittel gegenüber den Krankenkassen ableiten lassen als dies der bisherigen Verwaltungspraxis entspricht. Dies wird einer gesetzlichen oder gerichtlichen Klärung überlassen bleiben müssen. Diese Klärung würde sich mit der Frage befassen müssen, wie die Grundbedürfnisse im Hinblick auf die umfassenden Zielsetzungen des SGB IX im Verhältnis zu denen des SGB V zu definieren sind, und ob die Ziele des SGB IX dann auch für die Krankenkassen gelten oder nur für andere Rehabilitations-

¹ Dirk Liebold: Auswirkungen des SGB IX auf die gesetzliche Krankenversicherung, 2007, NOMOS Verlag

träger. Dabei wird auch die Behindertenrechtskonvention zu beachten sein, die allerdings in den Ausschussberatungen nicht mehr bearbeitet werden konnte.

Mehrheitlich war der Ausschuss der Auffassung, dass aufgrund der Tatsache, dass bei der Hilfsmittelversorgung im Rahmen des SGB V inhaltlich die erweiterten Zielsetzungen des SGB IX zu beachten sind, zumindest die Verfahrensregelungen des SGB IX zur Anwendung kommen. Dies ergebe sich u. a. aus § 27 SGB IX, der lautet: „Die in § 26 Abs. 1 genannten Ziele sowie § 10 gelten auch bei Leistungen der Krankenbehandlung.“ Dies ist zumindest immer dann der Fall, wenn nicht von vornherein, z. B. durch eine ausschließlich kurative Zielsetzung der Hilfsmittelversorgung, feststeht, dass nur die Krankenkasse als Kostenträger in Betracht kommen kann. Immer dann, wenn die Hilfsmittelversorgung den umfassenden Zielen nach §§ 1 und 4 SGB IX dienen könnte, hat der Patient bzw. Klient das Recht, dass z. B. sein Bedarf umfassend geprüft, die Zuständigkeit eines Rehabilitationsträgers unverzüglich festgestellt, sein Antrag ggf. unverzüglich weitergeleitet wird etc. (vgl. dazu insbesondere § 14 SGB IX), so dass das SGB IX im Hinblick auf das Verfahren unmittelbar zur Anwendung kommt.

5. § 31 SGB IX im Verhältnis zu anderen gesetzlichen Ansprüchen auf Versorgung mit Hilfsmitteln

Neben der Hilfsmittelversorgung nach § 33 SGB V und im Rahmen der medizinischen Rehabilitation nach § 31 SGB IX gibt es eine Reihe weiterer gesetzlich geregelter Ansprüche auf Hilfsmittelversorgung, z. B. im Arbeitsleben (z. B. § 33 SGB IX, weitere Beispiele in SGB VI, VII etc.), in der Pflege (§ 40 SGB XI) und im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX i. V. m. §§ 53 ff SGB XII).

Für Leistungen nach § 55 SGB IX kommt als Träger nur der Betroffene selbst oder bei Bestehen bestimmter Voraussetzungen der Träger der sozialen Eingliederung in Betracht. Die Krankenkasse kommt für Hilfsmittel nach § 55 SGB IX nicht in Frage.

Grundsätzlich kann von dem Betroffenen bei Bedarf an einem Hilfsmittel ein Antrag auf Versorgung bei jedem Rehabilitationsträger nach § 6 SGB IX gestellt werden. Diese Regelung soll dazu führen, dass nicht der Betroffene den zuständigen Träger suchen muss und ggf. von einem an den anderen verwiesen wird, sondern dass die Rehabilitationsträger die Pflicht haben, eine Bedarfs- und Zuständigkeitsklärung von Amts wegen durchzuführen. Dies gilt für alle Hilfsmittelanträge an die Krankenkasse, die nicht allein oder im Wesentlichen der Krankenbehandlung, also einer kurativen Zielsetzung, dienen.

Der zuständige Träger oder der, an den der Antrag nach § 14 SGB IX weitergeleitet wurde, klärt den Bedarf (§ 10 SGB IX) und sichert durchgehend das Verfahren der Versorgung. Dabei können sich Antragsteller oder Rehabilitationsträger der gemeinsamen Servicestelle bedienen.

Im Rahmen der Leistungsgewährung nach dem SGB XII ist zu beachten, dass Hilfsmittel durchaus als notwendig anerkannt werden können, dennoch aber der Betroffene

ne selbst diese aus seinem Einkommen bezahlen muss. Einzelheiten zu Einkommensgrenzen und Vermögensheranziehung sind insbesondere in den §§ 85 und 92 SGB XII festgelegt.

Grenzen der Leistungspflicht des Sozialhilfeträgers ergeben sich auch durch § 54 Abs. 1 Satz 2 SGB XII, nach dem die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit entsprechen müssen. Dadurch kann der Fall eintreten, dass der Betroffene für bestimmte Leistungen keinen Leistungsträger findet, und zwar dann, wenn die Leistungen durch Gesetz ausgeschlossen sind – z. B. Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens, Sehhilfen u. a. im SGB V –, es sich aber auch nicht um Leistungen der Eingliederungshilfe oder der Teilhabe am Arbeitsleben handelt. In diesen Fällen muss er die notwendigen Hilfsmittel selbst bezahlen.

Problematisch wird dies für diejenigen Betroffenen, die im Bereich der Armutsgrenze leben, weil diese die notwendigen Beträge nicht aufbringen können. Hier kann es notwendig werden, dass diese Beträge dann vom Sozialhilfeträger zur Verfügung gestellt werden müssen, und zwar im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt. Auf die damit verbundenen Möglichkeiten und Problematiken z. B. von Darlehensregelungen, Anerkennung als Hilfsmittel im Rahmen der Eingliederungshilfe etc. kann hier nicht weiter eingegangen werden.

Unproblematisch ist hier hingegen der Leistungsfall nach SGB VII, da die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung alle Leistungen einschließlich der zur Teilhabe aus einer Hand und mit allen geeigneten Mitteln gewähren getreu dem Grundsatz: Reha vor Rente.

6. Praktische Bedeutung

Praktisch bedeutet dies, dass zumindest unter drei Gesichtspunkten eine Umorientierung in der Hilfsmittelversorgung erfolgen sollte:

- a) Die Krankenkasse hat bei jeder eingehenden Verordnung zu prüfen, ob es sich bei der Verordnung eines Hilfsmittels um ein Hilfsmittel im Sinne des § 31 SGB IX handeln kann, und ob die Verordnung insofern als Antrag auf Leistungen zur Teilhabe anzusehen ist. Ist dies der Fall, hat sie bei wahrscheinlicher eigener Zuständigkeit umgehend selbst den Bedarf abzuklären, ggf. durch Gutachten nach § 14 Abs. 2 i. V. m. Abs. 4-6 SGB IX. Ist die Krankenkasse nicht zuständiger Leistungsträger, hat sie den Antrag an den zuständigen Träger weiterzuleiten. Die Klärung der Zuständigkeit zwischen den betroffenen Rehabilitationsträgern soll nicht zu Lasten des Versicherten erfolgen. Insbesondere sind die Fristen des § 14 SGB IX zu beachten.
- b) Dieses Verfahren kann durch Abschluss einer gemeinsamen Empfehlung nach § 13 SGB IX zur Hilfsmittelversorgung näher geregelt werden. Dabei kann u. a. auch die Einbindung der behandelnden Ärzte beschrieben werden.

- c) Durch den Leistungsträger ist jeweils im Einzelfall zu entscheiden, ob die kurative oder die rehabilitative Zielsetzung im Vordergrund steht. Unabhängig davon kann der Patient selbst festlegen, ob er einen Antrag auf Hilfsmittelversorgung im Sinne des SGB IX stellen, und ob er dazu ggf. die ärztliche Verordnung als Begründung nutzen möchte. In diesem Falle kann vom Patienten eine ärztliche Verordnung nicht verlangt werden. Die Bedarfsabklärung folgt den Vorschriften des SGB IX.
- d) Wird ein Antrag an einen anderen Rehabilitationsträger weitergeleitet – wenn die Krankenkasse dies versäumt, kann dies auch der Patient übernehmen –, ist der zweitangegangene Rehabilitationsträger an die Vorschriften des SGB IX gebunden.

Anhang 2

Zur Erstellung einer Versorgungskonzeption

Eine umfassende und individuelle Versorgungskonzeption ist Voraussetzung für einen qualifizierten Versorgungsprozess, der alle Akteure mit ausreichenden Informationen für die Entscheidungsfindung ausstattet. Sie dürfte in Deutschland in ca. 10.000 Fällen pro Jahr als Grundlage für eine Leistungsentscheidung über eine Hilfsmittelversorgung notwendig sein. Für die Erstellung und Anwendung einer Versorgungskonzeption unterbreitet die DVfR folgende Vorschläge.

Bestandteile einer Versorgungskonzeption:

- Eine Versorgungskonzeption basiert auf einem ICF-orientierten Assessment, einer darauf aufbauenden **Problemanalyse** und **Bedarfsermittlung**, der Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten und einer **Prüfung von Alternativen** unter Beachtung der Vorgaben der in Frage kommenden Sozialleistungsträger.
- Eine Versorgungskonzeption sollte immer einen **Kostenvoranschlag** für das vorgesehene Hilfsmittel enthalten. Dieser wird von einem LEHM erstellt.
- Die **Dokumentation** einer Versorgungskonzeption kann anhand von Erhebungsbögen erfolgen und je nach Einzelfall inhaltlich unterschiedlich differenziert sein. Sie kann auch in Schriftform abgefasst sein. Dabei ist dem Freitext der Vorzug zu geben, da die Problemstellungen von einfachen Fragestellungen bis hin zu sehr komplizierten Problemen reichen können.
- Die Versorgungskonzeption setzt fast immer ein **ausführliches Assessment** voraus. Ein Assessment ist zu empfehlen, wenn mindestens eine der drei folgenden Voraussetzungen gegeben ist:
 - Es liegt eine schwere körperliche oder mehrfache Behinderung vor, und es handelt sich um ein kostenaufwändiges Hilfsmittel.
 - Es handelt sich um einen schwer zu erfassenden Hilfebedarf.
 - Durch ein Assessment und eine Versorgungskonzeption kann die Notwendigkeit, die Zweckmäßigkeit und die Wirtschaftlichkeit einer Versorgung begründet, besser geprüft im Hinblick auf Alternativen untersucht und zielgenauer realisiert werden.
- In Einzelfällen können auch **folgende weitere Maßnahmen** zur Informationsgewinnung erforderlich sein:
 - Umfangreiche Recherchen am Markt
 - Konstruktionspläne
 - aufwändige Kostenkalkulation
 - praktische Erprobung
 - Diskussion des Vorschlags im Team
 - Prüfung von Alternativen
 - Prüfung von Hilfsmittelpools der Kostenträger

- Informationen aus der Versorgungskonzeption dienen auch der Bewertung, ob eine Versorgung nach § 127 Abs. 1, Abs. 2 oder Abs. 3 zweckmäßig ist.
- Sind **Dienstleistungen** für die Erstellung einer VK notwendig, sind diese als Leistungsbestandteil zu beschreiben. Die Voraussetzungen für die Erbringung sowie die Vergütung dieser Dienstleistungen sind von den Vertragspartnern zu vereinbaren.

Inhalte einer Versorgungskonzeption:

1. Angaben aus dem Assessment:
 - Diagnose
 - das zu lösende Problem
 - das Ziel der Hilfsmittelversorgung
2. Versorgungsvorschlag:
 - Art und Ausstattung des Hilfsmittels
 - Erfahrungen aus der Erprobung oder andere Vorerfahrungen
 - Kriterien und Vorgaben für den Versorgungsvorschlag
 - Exakte Beschreibung
 - Ausführungen zu besonderen Ausstattungsmerkmalen
3. Angebot einschl. Hilfsmittelnummer etc. (Kostenvoranschlag)
4. ärztliche Verordnung, ggf. mit Begründung und Zuordnung zu den Zieldimensionen Krankenbehandlung oder Behinderungsausgleich
5. Angaben zum Versorgungsprozess
 - Notwendige Schritte bis zum Versorgungsvorschlag und Mitwirkende
 - Hinweise für den zeitlichen und organisatorischen Ablauf einschließlich begleitender Maßnahmen, u. a. zur Dringlichkeit
 - Zuständigkeit für die Koordination des Versorgungsprozesses
 - Ermittlung des wahrscheinlichen Kostenträgers
6. Benennung des Prozessverantwortlichen, wenn dies nicht der Patient ist.

Hinweis

Stets sollte in der Versorgungskonzeption deutlich gemacht werden, ob es sich um eine Erst- oder Folgeversorgung handelt, und ob die Versorgung nur zeitlich begrenzt oder dauerhaft notwendig ist.

Sofern es sich um eine dauerhafte Behinderung/chronische Krankheit mit langfristige Hilfsmittelbedarf handelt, sollte dies dokumentiert sein und dem Kostenträger als Basisinformation über Art und Umfang der Behinderung zur Verfügung stehen, damit Rückfragen entbehrlich werden. Hierfür sollten bei den Krankenkassen Möglichkeiten der längerfristigen Datenverfügbarkeit geschaffen werden.