

## **Stellungnahme**

### **Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Rehabilitation im Spannungsfeld zwischen Bedarf und Antikorruptions- und Wettbewerbsrecht**

#### **Forderungen für ein praxisgerechtes Vorgehen am Beispiel der Hilfsmittelversorgung**

##### **Notwendigkeit der interdisziplinären Kooperation bei der Hilfsmittelversorgung**

Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist eine Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung und Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen; hierüber sind sich Expertinnen und Experten weltweit einig. Nur durch das Zusammenwirken aller am therapeutischen Versorgungsprozess beteiligten Akteure<sup>1</sup> (Ärzte, Therapeuten, Gesundheitshandwerker, Hersteller, Leistungsträger) ist eine optimale Behandlung und Förderung von Teilhabe möglich.

Multidisziplinäres Handeln und koordiniertes Zusammenwirken wird auf internationaler Ebene von der WHO und der UN-Behindertenrechtskonvention als Wesensmerkmal der Rehabilitation herausgestellt (s. Definition der Rehabilitation im Technical Report 668/1981 der WHO sowie UN-BRK Artikel 26: Habilitation und Rehabilitation) und hat national im SGB IX seinen rechtlichen Niederschlag gefunden.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist auch im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 33 SGB V und § 47 SGB IX häufig erforderlich, um ein optimales Behandlungsergebnis zu erreichen und die Teilhabe umfassend zu fördern. In verschiedenen wissenschaftlichen Arbeiten konnte beispielsweise nachgewiesen werden, dass durch eine intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Medizin und Handwerk eine Reduktion von Beinamputationen (Majoramputation) erreicht werden kann.<sup>2</sup>

Allerdings sind bei der interdisziplinären Zusammenarbeit verschiedene Bedingungen und Vorschriften zu berücksichtigen, die dafür Sorge tragen, dass es im Versorgungsprozess nicht zu Rechtsverstößen kommt. Im Jahr 2016 wurde mit dem Antikorruptionsgesetz (s. unten) die Sanktionierbarkeit von Rechtsverstößen verschärft. Da der Gesetzgeber jedoch viel Spielraum zur Interpretation der gesetzlichen Regelungen gelassen hat, ist in der Ärzteschaft und bei den Leistungserbringern zunehmende Unsicherheit aufgekommen, welche Art der interdisziplinären Zusammenarbeit nun noch möglich ist.

Die vorliegende Stellungnahme der DVfR will über die gesetzlichen Regelungen aufklären und Möglichkeiten wie auch Grenzen einer interdisziplinären Zusammenarbeit (insbesondere in der Hilfsmittelversorgung) aufzeigen.

---

<sup>1</sup> Um den Lesefluss nicht zu beeinträchtigen, wird an manchen Stellen im Beitrag für die Bezeichnung von Berufsgruppen nur die männliche Form genannt; die weibliche Form ist jedoch gleichermaßen mitgemeint.

<sup>2</sup> Siehe z. B. Fuchs S, Henschke C, Blümel M et al. Disease management programs for type 2 diabetes in Germany: a systematic literature review evaluating effectiveness. Dt. Arztebl Int 2014; 111 (26): 453-63; van Battum P, Schaper N, Prompers L et al. Differences in minor amputation rate in diabetic foot disease throughout Europe are in part explained by differences in disease severity at presentation. Diabet Med 2011; 28 (2): 199-205.

## Das Antikorruptionsgesetz im Gesundheitswesen als Barriere?

Am 03.06.2016 ist das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen in Kraft getreten. Das Antikorruptionsgesetz wendet sich u. a. gegen Bestechlichkeit von Ärztinnen und Ärzten und Bestechung durch die Pharmaindustrie. Anders als ein Amtsträger, wie z. B. ein Arzt oder eine Ärztin beim Gesundheitsamt oder ein vom Sozialversicherungsträger beauftragter Mediziner, konnte ein niedergelassener Arzt oder eine niedergelassene Ärztin zuvor nicht rechtlich belastet werden, wenn er bzw. sie Patientinnen/Patienten oder Pharmareferentinnen/-referenten bevorteilte oder von diesen Geld oder andere Zuwendungen annahm. Durch das Gesetz ist dies nun verboten.

Das Antikorruptionsgesetz umfasst folgende Paragraphen des Strafgesetzbuches:

- § 299a Bestechlichkeit im Gesundheitswesen,
- § 299b Bestechung im Gesundheitswesen und
- § 300 Besonders schwere Fälle der Bestechlichkeit und Bestechung im geschäftlichen Verkehr und im Gesundheitswesen: Verstöße gegen diese Regelungen können mit einer Gefängnisstrafe von bis zu fünf Jahren geahndet werden.

Damit verschärft das Gesetz den Strafrahmen bei Verstößen gegen das Korruptionsverbot. Es schränkt jedoch nicht generell die Möglichkeiten einer interdisziplinären Zusammenarbeit ein, wenn dabei bestimmte Regelungen beachtet werden. Entscheidend ist, dass mit der Zusammenarbeit weder Vorteilsnahmen Beteiligter noch Einschränkungen der Wahlfreiheit des Versicherten verbunden sind.

## Weitere gesetzliche Regelungen für die Zusammenarbeit

Neben den allgemeinen Anforderungen des Wettbewerbsrechts für alle am Versorgungsprozess beteiligten Akteure (s. unten) sind Ärzte besonderen Regularien für die Berufsausübung unterworfen, die in der Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-1997) geregelt sind:

- § 30 Ärztliche Unabhängigkeit:  
„Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, in allen vertraglichen und sonstigen beruflichen Beziehungen zu Dritten ihre ärztliche Unabhängigkeit für die Behandlung der Patientinnen und Patienten zu wahren.“
- § 31 Unerlaubte Zuweisung:  
„(1) Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, (...) für die Verordnung (...) von (...) Hilfsmitteln (...) ein Entgelt oder andere Vorteile zu fordern, sich oder Dritten versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.  
(2) Sie dürfen ihren Patientinnen und Patienten nicht ohne hinreichenden Grund bestimmte (...) Heil- und Hilfsmittelerbringer (...) empfehlen oder an diese verweisen.“

Darüber hinaus finden sich in § 73 und § 128 SGB V wesentliche Regelungen für die Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten mit anderen Leistungserbringern im Leistungsbereich der GKV. Sie gelten sowohl für ambulant tätige Vertragsärztinnen und -ärzte als auch für Mediziner in Kliniken und Einrichtungen der Rehabilitation. Im Einzelnen gehören zu diesen Regeln:

- § 73 Abs. 7 / § 128 Abs. 5a SGB V: Verbot der Zuweisung gegen Entgelt
- § 128 Abs. 1 SGB V: Unzulässigkeit von Depots für Hilfsmittel (sofern es sich nicht um Hilfsmittel in der Versorgung von Notfällen handelt)

- § 128 Abs. 2 SGB V: Verbot einer Zusammenarbeit in Verbindung mit Zuwendungen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln einschließlich der unentgeltlichen Überlassung von Räumen, Geräten oder Materialien
- § 128 Abs. 4 SGB V: Vertragsärztinnen und -ärzte dürfen bei der Versorgung Versicherter über die vertragsärztliche Behandlung hinaus nur dann mitwirken, wenn dazu eine entsprechende Vereinbarung mit der Krankenkasse besteht.

Die mit diesen Regelungen aufgezeigten Grenzen der Zusammenarbeit beziehen sich ausschließlich auf wirtschaftliche Aspekte, auf die Grenzen der vertragsärztlichen Tätigkeit sowie auf die unzulässige Einschränkung der Wahlfreiheit der Versicherten und Bevorzugung einzelner Leistungserbringer, jedoch nicht auf jede Form der Zusammenarbeit.

In diesem Zusammenhang ist das Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) aus dem Jahr 2016 zu sehen, welches die wettbewerbs- und berufsrechtlichen Aspekte sogar vor die des Sozialversicherungsrechts gestellt hat. Auf Klage eines orthopädiotechnischen Wettbewerbers (Leistungserbringers) wurde entschieden, dass eine regelmäßige Sprechstunde nicht zugleich Außenbetrieb eines Leistungserbringers in einer Arztpraxis oder Klinik sein darf (vgl. BGH-Urteil vom 16.06.2016, Az. I ZR 46/15: Verbot der Raumnutzung in einer Facharztpraxis durch Orthopädietechniker). Die aus diesem Urteil entstandene Verunsicherung von Ärzten und Leistungserbringern rührt daher, dass unklar bleibt, wann genau eine solche unerlaubte Raumnutzung gegeben ist.

Die DVfR ist der Auffassung, dass sich die Bewertung als unerlaubte Raumnutzung auf selbständige Arbeiten des Leistungserbringers in diesen Räumen bezieht, nicht aber auf die bei der medizinisch-rehabilitativen Versorgung des Patienten erforderliche Zusammenarbeit von Leistungserbringern mit dem verordnenden Arzt, die sich in der gemeinsamen Beschäftigung mit einem Patienten bzw. im Gespräch vollzieht.

Denn Aufgabe des Vertragsarztes ist es nicht nur, ein Hilfsmittel zu verordnen, sondern auch zu prüfen, ob das Versorgungsziel mit dem verordneten Hilfsmittel erreichbar ist (§ 8 Hilfsmittel-Richtlinie – HilfsM-RL – des Gemeinsamen Bundesausschusses). Ferner soll er das Hilfsmittel abnehmen (§ 9 HilfsM-RL). Dies schließt eine Kommunikation über evtl. notwendige Modifikationen des Hilfsmittels mit Orthopädietechnikern ein, welche oft nur im gemeinsamen Gespräch und bei einem gemeinsamen Termin mit dem Patienten erfolgen kann. Nicht selten sind solche Modifikationen auch an Ort und Stelle auszuführen, um ihren Effekt sofort überprüfen zu können (z. B. Modifikationen an einer Orthese, Prothese oder einer Sitzschale).

Zwar sind aus Sicht der DVfR bei der interdisziplinären Zusammenarbeit auch wettbewerbsrechtliche Aspekte zu beachten. So darf durch das Verhalten der Ärztin oder des Arztes ein Leistungserbringer nicht von vornherein von der Möglichkeit der Leistungserbringung ausgeschlossen werden. Dies schließt jedoch eine Kooperation mit einem von der Ärztin oder dem Arzt vorgeschlagenen Leistungserbringer, der über einschlägige Erfahrungen verfügt, nicht aus.

Im der Verordnung vorgelagerten Beratungsprozess darf der behandelnde Arzt in einem interdisziplinären Team einschließlich eines von ihm gewählten Leistungserbringers fachlichen Rat einholen, wenn der Patient mit der Hinzuziehung dieses Leistungserbringers einverstanden ist.<sup>3</sup> Der Patient ist jeweils auf sein Recht hinzuweisen, einen Leistungserbringer seiner Wahl hinzuzuziehen, und er kann den von ihm gewählten Leistungserbringer zum Besprechungstermin beim Arzt mitbringen. Ein Leistungserbringer wiederum kann ein Recht auf Beteiligung an solchen Versorgungs-

---

<sup>3</sup> Dabei kann es sich auch um regelmäßige Sprechstunden handeln. Die Regelmäßigkeit der Zusammenarbeit im Team ist oft eine wesentliche Voraussetzung für die notwendige Qualität der Versorgung und für eine effiziente Arbeitsweise. Die dargestellten Einschränkungen sind jedoch strikt zu beachten.

gesprächen nur dann geltend machen, wenn ihn der Patient damit beauftragt (hat). Mit der Einbeziehung eines Leistungserbringers in die Beratung ist nicht die Zusage verbunden, dass ein anwesender Leistungserbringer nach Genehmigung durch die Krankenkasse auch den Auftrag erhält.

Ist eine Verordnung erfolgt, entscheidet die Krankenkasse bzw. der Leistungsträger, welcher Leistungserbringer den Auftrag erhält. Sie kann im Übrigen weitere Kostenvoranschläge anderer Leistungsanbieter anfordern. Das Wunsch- und Wahlrecht der Patienten (§ 8 SGB IX) ist dabei zu beachten.

Nach Kostenzusage an einen Leistungserbringer kann dieser mit dem verordnenden Arzt ohne wettbewerbsrechtliche Bedenken zusammenarbeiten. Ebenso kann der behandelnde Arzt dann mit dem Leistungserbringer kooperieren, der den Versorgungszuschlag erhalten hat, wenn dies aus seiner Sicht erforderlich ist.

### **Depotverbot für Hilfsmittel in ärztlichen und klinischen Einrichtungen**

Die Abgabe von Hilfsmitteln über Depots bei Vertragsärzten wird untersagt, es sei denn, es handelt sich um Versorgung in Notfällen (vgl. § 128 Abs. 1 SGB V). Ob es sich tatsächlich um Notfallversorgung handelt, d. h., ob eine unmittelbare Hilfsmittelversorgung durch einen Arzt medizinisch notwendig ist, richtet sich immer nach den Umständen des Einzelfalls. Das Depotverbot beschränkt die Auswahl der Hilfsmittel, die vom Arzt in Notfällen an Betroffene abgegeben werden dürfen. Als Orientierung für die Hilfsmittelauswahl dient die Produktübersicht des GKV-Spitzenverbands aus dem Jahr 2009, die aber nicht abschließend ist (Quelle: Hinweise des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen zur Umsetzung des § 128 Abs. 1 SGB V – Hilfsmittelabgabe über Depots – vom 31.03.2009). Für eine rechtssichere Hilfsmittelversorgung im Notfall ist zu empfehlen, dass im Hilfsmittelverzeichnis der GKV bereits erkennbar gemacht wird, welche Hilfsmittel dem Arzt im Rahmen der Notfallversorgung zur Abgabe an den Versicherten zur Verfügung stehen.

### **Wie gelingt die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Praxis?**

Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und Beratung ist insbesondere bei komplexen und schwierigen Versorgungsfällen erforderlich. Während in der Rehabilitation und der stationären Gesundheitsversorgung Teamarbeit aber als Qualitätsmerkmal des Versorgungsprozesses anerkannt ist, ist dies im Bereich der ambulanten Gesundheitsversorgung von schwerkranken und behinderten Menschen noch nicht immer der Fall (Ausnahmen sind die umfassenden Betreuungsmöglichkeiten durch Sozialpädiatrische Zentren (SPZ, § 119 i. V. m. § 43a SGB V) oder Medizinische Behandlungszentren (MZEB, § 119c i. V. m. § 43b SGB V). So wird die ambulante Hilfsmittelversorgung nur in begrenztem Maße teambasiert durchgeführt. Die Gründe wurden bereits in den 2009 veröffentlichten „Lösungsoptionen der DVfR zur Überwindung von Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln“ dargelegt. Bereits damals hatte die DVfR darauf hingewiesen, dass auch im ambulanten Hilfsmittelversorgungsprozess zur Sicherung einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung mit Hilfsmitteln Teamarbeit notwendig ist, insbesondere bei komplexen Versorgungsbedarfen.

Es hat sich bewährt, solche interdisziplinären Fallbesprechungen bzw. Beratungsgespräche mit allen beteiligten Fachdisziplinen in Form von gemeinsamen Sprechstunden zu realisieren, die in der Praxis

des Arztes, der Klinik oder auch in den Räumen des Hilfsmittelanbieters stattfinden können. Aufgrund des o. g. BGH-Urteils herrscht augenblicklich aber Unsicherheit, ob dies statthaft ist.<sup>4</sup>

Aus Sicht der DVfR ist eine gemeinsame interdisziplinäre Betreuung von Patienten zulässig und oft geboten.

Zur rechtssicheren Gestaltung einer erforderlichen und nachhaltigen interdisziplinären Zusammenarbeit sollten Ärztinnen, Ärzte und Leistungserbringer Folgendes beachten:

- Gemäß den gesetzlichen Regelungen dürfen aus der Zusammenarbeit keine Vergünstigungen und einseitigen Vorteile resultieren.
- Im Rahmen von Kooperationsverträgen dürfen keine verdeckten Vorteile – z. B. durch Mietminderung oder Stellung von Geräten (als Beispiele aus der Rechtspraxis) – gewährt werden.
- Die interdisziplinäre Zusammenarbeit darf keine einseitigen Vorteile für die beteiligten Personen mit sich bringen.
- Die Zusammenarbeit ist zu dokumentieren und die Finanzflüsse sind transparent zu gestalten.
- Der Patient muss die Möglichkeit haben, den Leistungserbringer frei zu wählen (dies ist zu dokumentieren!).

### **Patientenperspektive und Recht auf Selbstbestimmung**

Patientinnen und Patienten sowie die involvierten Leistungsträger profitieren von der verbesserten Prozess- und Ergebnisqualität durch die Hilfsmittelberatung im interdisziplinären Team, denn diese führt die Kompetenzen der verschiedenen Professionen und die Wünsche der Betroffenen lösungsorientiert zusammen. Mehrfachwege werden vermieden und die Versorgung kann zügiger erfolgen mit Zeit- und Kostenersparnis für alle Beteiligten, was gerade bei mobilitätseingeschränkten Patientinnen und Patienten eine große Rolle spielen kann. Deshalb ist es wichtig, dass insbesondere bei komplexen Versorgungsbedarfen eine gemeinsame Beratung und Bedarfsfeststellung mit dem Patienten, dem behandelnden Arzt und ggf. dem Therapeuten sowie einem Leistungserbringer des Gesundheitshandwerkes stattfindet.

Der Patient hat nach § 8 SGB IX ein Mitspracherecht bei der Wahl eines Leistungserbringers, der für ihn eine qualitäts- und bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung sicherstellen kann. Dabei sind die Vertragsbeziehungen zwischen dem Leistungsträger und dem Leistungserbringer (vgl. EU-Medizinprodukte-Verordnung, Medizinprodukte-Betreiberverordnung und EU-Verordnung zur persönlichen Schutzausrüstung) zu berücksichtigen.

In Beratungssituationen müssen das Wohl des Patienten und eine fachlich gute Versorgung an erster Stelle stehen. Zu den Pflichten des Arztes und anderer Leistungserbringer sowie des Leistungsträgers gehört es, Patienten bestmöglich zu beraten. Deshalb muss es in der interdisziplinären Beratung allen Beteiligten möglich sein, positive Erfahrungen mit Leistungsanbietern anzusprechen und Dienstleister der Gesundheitshandwerke zu empfehlen, die über einschlägige Kompetenzen für die bedarfsgerechte Versorgung verfügen. Die juristische Interpretation hierzu, dass eine Empfehlung nur auf Nachfrage des Patienten ausgesprochen werden darf, erscheint formal konstruiert und praxisfern. Der Patient ist allerdings ausdrücklich auf seine Wahlfreiheit hinzuweisen und dies ist zu doku-

---

<sup>4</sup> Demgegenüber hat der Beratungsausschuss der DGOOC für das Orthopädieschuhtechnikhandwerk in einer Veröffentlichung hierzu die Auffassung vertreten, dass zur Besprechung von schwierigen und komplexen Versorgungsfällen in der Arztpraxis oder Klinik eine regelmäßige Sprechstunde – z. B. wöchentlich – statthaft sein sollte (vgl. Orthopädieschuhtechnik 2018; 10: 14-17).

mentieren. Das Ergebnis der gemeinsamen Bedarfserhebung muss dem Patienten unmittelbar zugänglich sein.

### **Forderungen der DVfR zur Sicherstellung der interdisziplinären Zusammenarbeit**

1. Die DVfR ist der Auffassung, dass eine enge Zusammenarbeit zwischen den an der Leistungserbringung beteiligten Ärzten, Therapeuten und Gesundheitstechnikern/-handwerkern und dem Patienten dann zu gewährleisten ist, wenn diese auf Grund der Art und Schwere der Erkrankung, der Komplexität der Versorgung und im Hinblick auf die Erreichung der Ziele nach § 33 Abs. 1 SGB V sowie nach § 47 SGB IX erforderlich ist. Dabei darf diese Zusammenarbeit die Freiheit des Versicherten, einen Versorger seiner Wahl auszuwählen, nicht beeinträchtigen. Ferner ist jede Vorteilsnahme im Rahmen einer regelhaften Zusammenarbeit seitens des Arztes und seitens des Leistungserbringers auszuschließen.
2. Bei der Hilfsmittelversorgung darf im Interesse der Betroffenen die Zusammenarbeit im Team nicht durch Einschränkungen des Wettbewerbsrechts für alle beteiligten Akteure unzumutbar eingeschränkt werden. Gemeinsame, ggf. auch regelmäßige Sprechstunden (Fallbesprechungen) zur Beratung und optimalen Versorgung von schwierigen und komplexen Krankheitsbildern sind für die Erreichung größtmöglicher Teilhabe notwendig und müssen auch weiterhin in Praxen und Kliniken erlaubt sein.
3. Wettbewerbsrechtliche Verbote dürfen nicht dazu führen, dass fachliche Empfehlungen zur bedarfs- und qualitätsgerechten Hilfsmittelleistung für Betroffene, die in einer Teamberatung ausgesprochen wurden, einem unmittelbaren Wettbewerbsverstoß gleichgestellt werden.

Die DVfR appelliert an alle Sozialleistungsträger und Leistungserbringer, die dargestellten Grundsätze der interdisziplinären Zusammenarbeit bei der Versorgung von Menschen mit Behinderungen zu beachten. Sie geht davon aus, dass bei Einhaltung der genannten Bestimmungen die Notwendigkeit dieser interdisziplinären Zusammenarbeit zum Wohle der betroffenen Menschen auch von Vertreterinnen und Vertretern der Justiz anerkannt wird.

Heidelberg, Oktober 2019

Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann  
Vorsitzender der DVfR

Ralf Rensinghoff  
Leiter des Fachausschusses

Diese Stellungnahme wurde im Fachausschuss „Aktuelle Probleme der Versorgung mit Hilfsmitteln“ der DVfR erarbeitet.

---

### **Deutscher Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR)**

Maaßstr. 26, 69123 Heidelberg

Telefon: 06221 187 901-0

E-Mail: [sekretariat@dvfr.de](mailto:sekretariat@dvfr.de), Internet: [www.dvfr.de](http://www.dvfr.de)

## **Über die DVfR**

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR) ist in Deutschland die einzige Vereinigung, in der Vertreterinnen und Vertreter aller Akteure im Bereich Rehabilitation und Teilhabe gleichberechtigt zusammenwirken: Selbsthilfe- und Sozialverbände, Sozialleistungsträger, Rehabilitationseinrichtungen und -dienste, Reha-Experten sowie Berufs- und Fachverbände. Die Mitglieder der DVfR, ihre Partner in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter engagieren sich gemeinsam in einem interdisziplinären und sektorenübergreifenden, konsensorientierten Diskurs für die Weiterentwicklung von Rehabilitation, Teilhabe und Selbstbestimmung.