

Stellungnahme der DVfR¹ zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) vom 23.6.2016

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR)² begrüßt das Vorhaben, mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) die Qualität der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln zu stärken. Der vorliegende Entwurf enthält dazu wichtige Impulse.

Als interdisziplinärer Fachverband haben wir uns wiederholt mit Themen der Heil- und Hilfsmittelversorgung auseinandergesetzt und im Konsens aller beteiligten Experten Lösungen für bestehende Probleme der bedarfsgerechten Versorgung der Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und Behinderungen entwickelt und beschlossen (s. Hinweis auf Stellungnahmen letzte Seite). Aus unserer Sicht vermindert eine mangelnde Qualität der Versorgung Teilhabechancen und führt zu mehr Pflegebedürftigkeit und Belastungen für Betroffene, ihre Familien sowie zu ungenügender Nutzung von Ressourcen im Gesundheitssystem bei Ärzten, Therapeuten/Heilmittelerbringern und Kostenträgern. Deshalb möchten wir einige Punkte des Gesetzentwurfs ergänzen bzw. kommentieren.

Zunächst möchten wir folgende allgemeine Hinweise geben:

Der Gesetzentwurf stellt das Hilfsmittel als Produkt und nicht die bedarfsgerechte Versorgung mit Hilfsmitteln zur Erreichung der Versorgungsziele in den Vordergrund. Weitgehend unbeachtet bleibt auch die Tatsache, dass nur ein Teil der Hilfsmittel gebrauchsfähige Fertigprodukte (Handelsware) sind. Insbesondere Hilfsmittelversorgungen mit einem hohen individuellen Herstellungs-/Anpassungsbedarf des Hilfsmittels und weiteren erforderlichen Dienstleistungen stellen einen Prozess dar, der nicht auf die Verordnung und die Abgabe des Hilfsmittels (als Fertigprodukt) in Verantwortung des Hilfsmittel-Leistungserbringers reduziert werden kann. Für die hohe Qualität und Effizienz ist vielmehr die Gestaltung des Hilfsmittelversorgungsprozesses zur Erreichung der Versorgungsziele ausschlaggebend. Dazu tragen die strukturierte Zusammenarbeit kompetenter Leistungserbringer (Ärzte, Therapeuten, Hilfsmittelfachleute) mit dem Versicherten und der Krankenkasse ebenso bei wie die Hilfsmittelhersteller/-anbieter-unabhängige Beratung und teambasierte Bedarfsfeststellung im Hinblick auf die Teilhabeziele, zügige und sachgerechte Entscheidungen der zuständigen Leistungsträger sowie die Ergebniskontrolle nach Abschluss der Versorgung.

¹ Die GKV enthält sich der Stellungnahme und verweist auf entsprechende Stellungnahmen des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene.

² Die 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 und ihre Partner in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft engagieren sich gemeinsam in einem interdisziplinären und sektorenübergreifenden, konsensorientierten Diskurs zur Weiterentwicklung von Rehabilitation, Teilhabe und Selbstbestimmung.

An geeigneter Stelle im Gesetzentwurf sollten deshalb folgende wichtige Voraussetzungen zur Verbesserung der Prozessqualität der Hilfsmittelversorgung verankert werden:

- Auf Wunsch des Patienten oder auf Anregung des Vertragsarztes sollten die Heilmittelerbringer (Therapeuten) der Patienten auch an der Hilfsmittelversorgung beteiligt werden können. Dafür müsste im Rahmen der Heilmittel-Richtlinie eine Möglichkeit geschaffen werden, diese Zusammenarbeit durch Vermerk auf der Heilmittelverordnung anzubahnen.
- Die Hilfsmittelversorgung soll im Team aus Versichertem, Krankenkasse, Hilfsmittelerbringer, Therapeut und Ärzten erfolgen können.
- Als Qualitätsinstrumente für die störungsfreie Zusammenarbeit sollten u. a. die ärztliche Verordnung mit Begründung (qualifizierte Hilfsmittelverordnung) sowie die Abnahmedokumentation des verordnenden Arztes über die Hilfsmittelverordnung insbesondere bei individuell angepassten Hilfsmitteln bzw. einem hohen Dienstleistungsanteil verbindlich geregelt werden.

Aus Sicht der DVfR ist es notwendig, mit dem Gesetzentwurf noch mehr den „besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen“ (§ 2a SGB V). Insbesondere sind die Teilhabeansprüche der Menschen mit Behinderung nach SGB IX sowie UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) stärker zu berücksichtigen, zu deren Erfüllung eine stärkere Teilhabeorientierung der Heil- und Hilfsmittelversorgung in besonderem Maße beitragen kann. Maßgebliche Leitziele für Veränderungen im Gesundheitswesen sind insbesondere in Artikel 25 (Gesundheitsversorgung) sowie Artikel 26 (Habilitation und Rehabilitation) der UN-BRK enthalten, deren Inhalte im Gesetzentwurf noch deutlicher verankert werden sollten, z. B. im Hinblick auf die Zielorientierung der Hilfsmittelversorgung und deren Prozessgestaltung.

Auf der Grundlage unserer Arbeitsergebnisse unter Beteiligung der Selbsthilfeorganisationen, Leistungsträger und -erbringer sowie Fachverbände möchten wir im Folgenden zu ausgewählten Bereichen des Gesetzentwurfs Stellung nehmen:

Zu Ziffer 4 b: Neuaufnahme § 64 d

Im Bereich der Heilmittelversorgung vorgesehene Modellvorhaben sind ein zielführender Weg, um eine höhere Verantwortung der Heilmittelerbringer auf der Grundlage hoher Fachlichkeit zu erproben und die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe zu stärken. Die vorgesehenen Regelungen sollten um folgende Aspekte ergänzt werden:

Die Modellvorhaben, die in allen Bundesländern kassen- und berufsgruppenübergreifend durchgeführt werden können, sollen auch der Erprobung einer „stärkeren Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe“ dienen. Dieses Anliegen erscheint nur erreichbar, wenn dafür in den Modellvorhaben Instrumente der strukturierten Zusammenarbeit erprobt werden, z. B. zur Vereinbarung von Versorgungs-/Teilhabezielen, Dokumentation, Beratungsstrukturen/Teamkonferenzen u. a. Nicht nur die Zahl der am Modell beteiligten Leistungserbringer, sondern auch deren zielorientierte Zusammenarbeit sollte bei Entscheidungen zur Überführung solcher Versorgungsmodelle in die Regelversorgung herangezogen werden.

Die Modellvorhaben, die in allen Bundesländern und kassen- und berufsgruppenübergreifend durchgeführt werden können, sollen in der Ausgestaltung auch eine „stärkere Zusammenarbeit der

Gesundheitsberufe“ ermöglichen. Es wäre zu begrüßen, wenn neue Kooperationsformen zum Zwecke einer verbesserten Hilfsmittelversorgung bei der Gestaltung der Modellvorhaben berücksichtigt werden. Zum Beispiel könnten in den Modellvorhaben Instrumente der strukturierten Zusammenarbeit erprobt werden, wie Vereinbarungen von Versorgungs-/Teilhabezielen, Dokumentation, Beratungsstrukturen/Teamkonferenzen u. a. Bei Entscheidungen zur Überführung solcher Versorgungsmodelle in die Regelversorgung sollten Kriterien der zielorientierten Zusammenarbeit herangezogen werden.

Die vorgesehene „Blankverordnung“ für die Heilmittelerbringung im Rahmen der Modellvorhaben sollte nur mit dem Hinweis Gültigkeit erlangen, dass gesundheits- und teilhabebezogene Versorgungsziele in jedem Einzelfall festgelegt werden müssen. Dies kann durch den verordnenden Arzt, z. B. i. S. einer „ärztlich begründeten Blankverordnung“, oder durch den behandelnden Therapeuten erfolgen. Der verordnende Arzt sollte eine Mitteilung über das Therapieergebnis erhalten zur Überprüfung der Versorgungsstrategie.³

Zu Ziffer 10 a: Änderung zu § 127

Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen zur bedarfsgerechten Versorgung ohne Zuzahlungen begrüßen wir. Allerdings greifen die Festlegungen zu verbesserten Wahlmöglichkeiten und Beratung der Versicherten zu kurz.

Begründung:

Die Pflicht der Vertragspartner, für Versicherte Wahlmöglichkeiten zwischen mehreren mehrkostenfreien Hilfsmitteln einzuräumen, wird in der Praxis nur für ein sehr eingeschränktes Hilfsmittelsortiment (Verbrauchsartikel, Fertigprodukte u. a.) realisierbar sein. Für Hilfsmittel mit hohem Anpassungsbedarf wird es eher die Regel sein, dass (ggf. besser) geeignete Hilfsmittel anderer Anbieter nicht zur Auswahl stehen und damit Chancen auf eine bedarfsgerechte Versorgung vertan werden. Falls Auswahlmöglichkeiten für nicht standardisierte Hilfsmittel mit hohem Anpassungsbedarf (z. B. Rollstühle, Rollatoren) beim Vertragspartner (Leistungserbinger) nicht ausreichend vorhanden sind, sollten Versicherte an andere Anbieter oder ggf. andere Stellen verwiesen werden, wo eine Auswahl gegeben und ggf. ein Ausprobieren von Hilfsmitteln und Beratung möglich ist.

Zu Ziffer 10 b: Änderung zu § 127

Die mit Satz 1 b) vorgeschlagene Regelung zu zusätzlichen Zuschlagskriterien für Ausschreibungen ist im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung unzureichend.

Zusätzlich sollte in § 127 Absatz 1 der Einschub „in der Regel“ ersatzlos gestrichen wird, um damit klarzustellen, dass bei individuell angefertigten Hilfsmitteln oder Hilfsmitteln mit hohem Dienstleistungsanteil Ausschreibungen generell nicht durchgeführt werden können.

Begründung:

Der vorgelegte Gesetzentwurf konzentriert sich auf die Überwindung der Probleme, die durch die wettbewerblich ausgerichtete, vertragsbasierte Hilfsmittelerbringung entstanden sind. Unberück-

³ Dieser Vorschlag wurde intensiv diskutiert, aber nicht uneingeschränkt geteilt. Verwiesen wird auf die Stellungnahme des Spitzenverbandes der Heilmittelverbände (SHV.)

sichtigt bleibt, dass sich die Hilfsmittelversorgung an den Zielen der Krankenbehandlung und an den Zielen des § 4 SGB IX i. V. m. § 27 SGB IX orientieren muss und nicht ausschließlich an zusätzlichen Qualitätseigenschaften des Hilfsmittels bzw. des Hilfsmittel-Leistungserbringers. Eine nicht oder nur teilweise die Zielerreichung sicherstellende Versorgung kann auch bei einem günstigen Preis nicht wirtschaftlich und vernünftig sein.

Unter den gegebenen Umständen der Ausschreibung von Hilfsmitteln ist es ein Fortschritt, dass in den Versorgungsverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern nun Qualitätskriterien der Hilfsmittelversorgung (als zusätzlich zu erbringende, notwendige Leistungen wie Beratung, Dienstleistungen, zeit- und wohnortnahe Versorgung, Zugang) deutlich verankert werden und bei Ausschreibungen als Entscheidungskriterien einbezogen werden sollen. Auch die Veröffentlichung entsprechender Informationen im Hilfsmittelverzeichnis trägt zu mehr Transparenz bei. Erforderlich ist jedoch eine weitaus stärkere Berücksichtigung des individuellen Anspruchs der Versicherten auf eine bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung.

Mit Satz 1 b ist beabsichtigt, bei Ausschreibungen neben dem Preis auch andere „mit dem Auftragsgegenstand in Verbindung stehende Kriterien, wie etwa Qualität, technischer Wert, Zweckmäßigkeit ...“ als Zuschlagskriterien einzubeziehen. Durch diese Formulierung wird eine vordergründig auf das Hilfsmittel und nicht auf die anvisierten Versorgungsziele orientierte Sicht zementiert.

Die in Satz 1 b genannten zusätzlichen Zuschlagskriterien sind lediglich für Hilfsmittel mit geringem individuellen Anpassungsbedarf zielführend; insofern bedarf es einer differenzierten Betrachtung für unterschiedlich aufwändige Hilfsmittelversorgungen.

Auch nach Aufforderung des GKV-Spitzenverbands zur Umsetzung von § 127 Absatz 1 (letzter Satz) ist es noch immer gängige Praxis mancher Krankenkassen, auch solche Hilfsmittel auszuschreiben, die individuell angepasst werden müssen und/oder einen hohen Dienstleistungsanteil haben. Wir sehen deshalb die Notwendigkeit, die Formulierung im § 127 Absatz 1, wonach in der Regel Ausschreibungen bei individuell hergestellten Hilfsmitteln oder Hilfsmitteln mit hohem Beratungsbedarf nicht zweckmäßig sind, insoweit zu ändern, dass der Einschub „in der Regel“ ersatzlos gestrichen wird, um damit klarzustellen, dass bei individuellen Hilfsmitteln oder Hilfsmitteln mit hohem Beratungsbedarf Ausschreibungen generell nicht zielführend sind.

Die Problemanzeigen von Betroffenen weisen darauf hin, dass für solche Hilfsmittelversorgungen weitergehende Anforderungen an die Versorgungsprozess- und Ergebnisqualität zu stellen sind (vgl. dazu Lösungsvorschläge der DVfR zur Überwindung von Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, 2009). Insbesondere kann der Hilfsmittel-Leistungserbringer die bedarfsgerechte individuelle Versorgung nicht ohne Beteiligung medizinisch-therapeutischer Expertise (Team) sicherstellen. In den Gremien, die zusätzliche Zuschlagskriterien für Hilfsmittelversorgungsverträge erarbeiten und vereinbaren, müssen neben den Hilfsmittelleistungserbringern als Experten auch Vertreter der medizinischen Berufe (Ärzte, Therapeuten, wissenschaftliche Fachgesellschaften, MDK) und der Patienten-/Selbsthilfeorganisationen beteiligt werden. Diese Kriterien sollten auch die Bedürfnisse der Versicherten abbilden wie beispielsweise Zugang zu anbieterunabhängiger Beratung, Zugang zu Teamkompetenz, zügiger Versorgungsprozess, Auswahl/Erprobung, wohnortnahe Versorgung, Einweisung/Training im Gebrauch, Nutzbarkeit des Hilfsmittels im Alltag.

Die Prinzipien der im Gesetzentwurf vorgesehenen Gewichtung der qualitätsbezogenen Zuschlagskriterien in Bezug zum Preis des Hilfsmittels sind transparent zu gestalten. Unklar ist die Basis für

die vorgesehene Quantifizierung zur Gewichtung der Zuschlagskriterien. Insofern kann diese Bestimmung ins Leere laufen.

Zu Ziffer 10 c: Änderung zu § 127

Wir begrüßen grundsätzlich die Beratungspflicht des Leistungserbringers (gemeint ist der Hilfsmittel-Leistungserbringer). Dennoch ist die mit Satz 4 a) vorgeschlagene Regelung zur Beratungspflicht der Leistungserbringer unzureichend im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Beratung. Es ist klarzustellen, dass die Verantwortung des verordnenden Arztes für die Versorgung nicht unterlaufen wird, damit Probleme und Auswirkungen frühzeitig erkannt und gelöst werden können.

Wir schlagen vor, die Leistungserbringer zu verpflichten, im Beratungsgespräch bei komplexen/schwierigen Hilfsmittelversorgungen mit hohem individuellen Anpassungsbedarf auf Möglichkeiten der anbieterunabhängigen und teambasierten Hilfsmittelberatung hinzuweisen.

Begründung:

Es ist zu bezweifeln, dass der Hilfsmittelerbringer im Rahmen bestehender Hilfsmittelverträge allein eine bedarfsgerechte Beratung auch bei komplexen/schwierigen Versorgungsansprüchen sicherstellen kann. Problematisch erscheint auch die damit einhergehende Stärkung der angebotsorientierten Beratung, die nicht in jedem Fall die Versorgungsinteressen der Betroffenen abdecken wird.

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 anbieterunabhängige Beratung sichergestellt werden. Bei komplexen Versorgungsbedarfen ist eine teambasierte Beratung (Arzt, Therapeut, Hilfsmittelexperte) zugänglich zu machen. Dafür sollten vorhandene Angebote bei Beratungsstellen für Kommunikationshilfen, Sinnesbehinderungen, Pflegestützpunkten, Hilfsmittelkompetenzzentren der Krankenkassen oder in medizinischen Einrichtungen, die auf die Versorgung von Menschen mit Behinderung spezialisiert sind (u. a. SPZ, MZEB, Rehabilitationskliniken/-einrichtungen) genutzt werden.

Zielführend wäre es in diesem Zusammenhang, wenn Beratungsleistungen für komplexe/schwierige Versorgungen durch dafür qualifizierte Personen bzw. Einrichtungen als Dienstleistung auch separat (außerhalb der eigentlichen Verordnung) finanziert werden können. Dadurch wäre es Versicherten beispielsweise möglich, eine Beratung auch im Vorfeld einer Verordnung zur Erstellung einer qualifizierten Verordnungskonzeption in Anspruch zu nehmen, auch um teure Fehlversorgungen zu verhindern.

Der Hilfsmittelberatung im Rahmen des Klinikentlassmanagements kommt bei der bedarfsgerechten und qualitätsgesicherten Hilfsmittelversorgung eine besondere Bedeutung zu.

Zu Ziffer 10 d: Änderung zu § 127

In Absatz 5 Satz 2 sollte die Kann-Bestimmung in eine Verpflichtung der Krankenkassen wie folgt geändert werden: „Sie stellen auch den Vertragsärzten entsprechende Informationen zur Verfügung“.

Begründung:

Ohne Kenntnis der Vertragsinhalte und Vertragspartner in Wohnortnähe des Versicherten kann der Arzt eine optimale Hilfsmittelversorgung nicht verordnen, organisieren und kontrollieren.

Zu Ziffer 10 e: Änderung zu § 127

Die mit Satz 5 a) und 5 b) vorgeschlagenen Regelungen zur Überwachung der Einhaltung vertraglicher und gesetzlicher Pflichten der Leistungserbringer durch die Krankenkassen sind unzureichend im Hinblick auf die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Hilfsmittelversorgung.

Ärzte sind lt. Hilfsmittel-Richtlinie verpflichtet, das Ergebnis der Hilfsmittelversorgung im Hinblick auf die Erreichung der therapeutischen Ziele zu beurteilen. Die Dokumentation der ärztlichen Ergebnisbeurteilung sollte den Krankenkassen zu Evaluationszwecken zur Verfügung gestellt werden können.

In Satz 5 b) sollte der GKV-Spitzenverband verpflichtet werden, in die geplanten Rahmenempfehlungen zur Qualitätssicherung in der Hilfsmittelversorgung auch die Evaluation der kasseninternen Hilfsmittelversorgung zur Sicherstellung einer zielorientierten und zeitnahen Hilfsmittelversorgung aufzunehmen. Insbesondere sind auch die Entscheidungen innerhalb der Krankenkassen zur Hilfsmittelversorgung für den Patienten und die weiteren an der Versorgung Beteiligten deutlicher darzustellen.

Begründung:

Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durch die Krankenkassen können lediglich im Nachhinein Informationen über die Einhaltung von Versorgungsverträgen bereitstellen. Um zeitnah Unter-, Über- oder Fehlversorgung zu erkennen und entsprechend Einfluss auf die bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung nehmen zu können, reichen diese Informationen allein nicht aus.

Vielmehr ist es erforderlich, dass nach Abschluss jeder Hilfsmittelversorgung die Erreichung der Versorgungsziele überprüft wird. Dafür sollte der Hilfsmittel verordnende Arzt die Versorgung gemeinsam mit dem Patienten überprüfen und dokumentieren, ggf. Nachbesserungen veranlassen und diese Informationen zeitnah der Krankenkasse zur Verfügung stellen.

Die Krankenkassen sollten auch zu Stichprobenprüfungen verpflichtet werden, inwieweit der Gesamtprozess der Hilfsmittelversorgung von Seiten der Krankenkassen bedarfsgerecht unterstützt wird, z. B. durch zeitnahe interne Prüfung und Genehmigung der Hilfsmittelversorgung. Verzögerungen bei der Genehmigung durch die Krankenkassen führen immer wieder zu erheblichen Problemen für die zeitnahe Versorgung der Versicherten. (Vergl. auch Seite 8 Evaluation und Forschung).

An den Beratungen beim GKV-Spitzenverband über Rahmenempfehlungen zur Qualitätssicherung in der Hilfsmittelversorgung müssen neben Hilfsmittel-Leistungserbringern auch Vertreter von medizinischen Fachgesellschaften und Patienten-/Selbsthilfeorganisationen sowie des MDK beteiligt werden.

Zu Ziffer 14: Änderung zu § 139

Die vorgesehenen Maßnahmen zur kontinuierlichen Aktualisierung des Hilfsmittelverzeichnis und zur damit verbundenen verbesserten Transparenz über den Hilfsmittelmarkt werden begrüßt, sind aber noch weiter auszubauen.

Begründung:

Die „Funktion des Hilfsmittelverzeichnisses als Auslegungs- und Orientierungshilfe für die Praxis“ sollte direkt im Gesetzentwurf und nicht nur in der Begründung deutlich gemacht werden. In der Versorgungspraxis, auch bei Sachbearbeitern der Krankenkassen, besteht häufig Unkenntnis darüber, dass im Hilfsmittelverzeichnis nicht gelistete Hilfsmittel nicht grundsätzlich von der Erstattung durch die Krankenkassen ausgeschlossen werden können.

Im Hilfsmittelverzeichnis müssen Qualitätsaspekte für jede Produktgruppe nach Indikationen-/Bedarfsgruppen differenziert beschrieben werden. Diese sollten insbesondere auch die Bedürfnisse der Versicherten abbilden wie z. B. Empfehlungen zur Inanspruchnahme von anbieterunabhängiger Beratung bzw. Teamkompetenz, Auswahl/Erprobung, Einweisung/Training im Gebrauch oder Nutzbarkeit des Hilfsmittels im Alltag).

Ergänzende Hinweise zu Leistungseinschränkungen für die Kostenübernahme eines Hilfsmittels durch die Krankenkassen sollten nicht Bestandteil des Hilfsmittelverzeichnisses sein, insbesondere wenn diese nur auf richterlichen Einzelfallentscheidungen oder speziellen Fallgestaltungen beruhen. Entsprechende Hinweise führen stets zu Irritationen bei der Bedarfserhebung. Dieses gilt insbesondere wenn der Hilfsmittelbedarf des Betroffenen kostenträgerübergreifend festzustellen ist und Leistungsgesetzte außerhalb des SGB V betroffen sind.

Bei der Erstellung einer Verfahrensordnung über die Aufnahme eines Hilfsmittels und Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses sollte der GKV-Spitzenverband Bund zwingend verpflichtet werden, die fachliche Expertise von medizinischen Fachgesellschaften, Sachverständigen und der Patienten-/Selbsthilfeorganisationen einzubeziehen. Damit kann der im Gesetz deutlich erkennbaren Tendenz zu einem anbiestergesteuerten Hilfsmittelverzeichnis entgegengewirkt werden und Fragen der Prozessgestaltung, der Sicherung des individuellen Anspruchs auf Bedarfsdeckung, der Ergebnisqualität u. a. können berücksichtigt werden.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass hohe Hürden für die Aufnahme von neuen, innovativen Hilfsmitteln kleinerer Hersteller mit geringerer Marktmacht in das Hilfsmittelverzeichnis bestehen, vor allem, wenn diese in nur geringer Stückzahl hergestellt werden. Dies kann die Bereitstellung des Hilfsmittels behindern. Unter Berücksichtigung von Aspekten der Produktsicherheit, des Patientenschutzes und der therapeutischen Wirksamkeit ist sicherzustellen, dass Versicherte solche neuen Hilfsmittel erhalten können. Hier ist eine individuelle Lösungsmöglichkeit für den Einzelfall, z. B. im Sinne einer individuellen Begründung, vorzusehen.

Zu Ziffer 16: Änderung zu § 217 f

Die beabsichtigte Regelung zu Maßnahmen zum Schutz von Sozialdaten der Versicherten vor unbefugter Kenntnisnahme ist ungenügend bzw. nicht plausibel.

Begründung:

Mit der Regelung könnte „durch die Hintertür“ erreicht werden, dass der Einsatz sog. unabhängiger Hilfsmittelberater von den Krankenkassen legitimiert wird, deren rechtmäßiger Einsatz bislang u. a. durch Datenschutzbestimmungen verhindert wird. Die DVfR lehnt die Beauftragung von externen Hilfsmittelberatern ab, weil sie eben nicht unabhängig sind und weil dadurch keines der oben beschriebenen Probleme gelöst wird. Erfolgsfaktoren der Hilfsmittelversorgung sind teambasierte Kompetenz und Zusammenarbeit. Die vorgesehene Regelung ist so zu gestalten, dass nicht etwa

von den Krankenkassen beauftragte unqualifizierte Hilfsmittelberater anstelle des MDK oder der Sachbearbeiter der Krankenkassen über Hilfsmittelverordnungen entscheiden (vgl. dazu die Stellungnahme der DVfR).

Weitere Forderungen zur Überarbeitung des Gesetzentwurfs

Evaluation, Forschung

Im Gesetzentwurf fehlen über die kontinuierliche Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbands gegenüber dem BMG hinausgehende verbindliche Regelungen zur Evaluation der Hilfsmittelversorgung. Die DVfR mahnt an, Leitlinien und Qualitätsstandards für die Hilfsmittelversorgung (einschließlich der erforderlichen zusätzlichen Leistungen) zu entwickeln und diese zu evaluieren. Nur auf der Basis gesicherter Daten und Informationen kann die Versorgungssituation mit Hilfsmitteln kontinuierlich verbessert werden. Solange diese nicht zur Verfügung stehen, sind die Erfahrungen und Einschätzungen der Patienten und der Ärzte sowie der Hilfsmittelleistungserbringer in besonderem Maße zu berücksichtigen.

Darüber hinaus ist für Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen bei den Krankenkassen auch eine sektorenübergreifende Evaluation der Hilfsmittelversorgung sinnvoll, z. B. zu Folgekosten im Bereich der Heilmittel, weitere Erkrankungen, Klinikaufenthalte.

Die Krankenkassen und das Bundesministerium für Gesundheit sind zur Förderung der Forschung im Hilfsmittelbereich zu verpflichten und deren Ergebnisse sind transparent zu machen. Dabei sind die Wettbewerbsinteressen der Krankenkassen zugunsten der Weiterentwicklung der Versorgungsqualität zu überwinden. In diesem Bereich sind Forschungsförderstrukturen zu etablieren.

In diesem Zusammenhang warnen wir davor, den jährlich erscheinenden „Barmer GEK Heil- und Hilfsmittelreport“ als einzigen öffentlich verfügbaren Überblick über das Versorgungsgeschehen im Heil- und Hilfsmittelbereich künftig aus Kostengründen einzustellen.

Qualifikation

Deutlicher sollten im Gesetz die Anforderungen an die Qualifizierung der Leistungserbringer, einschl. Ärzten und Therapeuten verankert werden. Die Aus- und Fortbildung im Bereich Hilfsmittelversorgung ist zu verbessern.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung sollte verpflichtet werden, die Vertragsärzte bei der Hilfsmittelversorgung durch entsprechende Informationen und Regelungen zu Fortbildungen zu unterstützen.

Abschließend weisen wir noch auf wichtige **Stellungnahmen der DVfR** hin, die in den vergangenen Jahren in interdisziplinären Arbeitsgruppen erarbeitet und konsentiert wurden (abrufbar unter www.dvfr.de). In diesen werden Probleme der Heil- und Hilfsmittelversorgung differenziert beschrieben und Lösungsvorschläge für die erforderliche Teilhabeorientierung der Heil- und Hilfsmittelversorgung erörtert:

- Für eine optimierte Versorgung mit Hilfsmitteln – Eine Expertise der DVfR zu aktuellen Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, 2006
- Lösungsoptionen der DVfR zur Überwindung von Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, 2009
- Stellungnahme zum Entwurf einer Änderung der Heilmittel-Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses, 2010
- Stellungnahme zur Neufassung der Heilmittel-Richtlinie des G-BA, 2011
- Stellungnahme zum Vorschlag des Bundesrates zur Einführung von externen Hilfsmittelberatern im GKV-VSG durch Änderungen der §§ 284a SGB V, 2015
- Positionspapier der DVfR: Heilmittel fördern selbstbestimmte Teilhabe, 2016
- Zur Bedeutung der Heilmittel für die Förderung der Teilhabe unter Berücksichtigung des Auftrags therapeutischer Fachberufe – ein Beitrag zur aktuellen Diskussion, Expertise der DVfR, 2016

Wir würden es sehr begrüßen, wenn unsere Anregungen zur bedarfsgerechten Versorgung und Teilhabeorientierung (i. S. der Erreichung von Versorgungszielen) im Gesetzentwurf aufgegriffen werden. Bei Gesprächsbedarf stehen wir gerne zur Verfügung.

Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann
– Vorsitzender der DVfR –

Ralf Rensinghoff
– Leiter Ausschuss Hilfsmittelversorgung –

Kontakt:

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

Tel.: 06221 / 18 79 01-0

E-Mail: info@dvfr.de

www.dvfr.de, www.reha-recht.de