



Qualität in der Hilfsmittelversorgung sichern – Strukturen nachbessern

I. Ausschreibungen

A. Aktuelle gesetzliche Grundlage und Ziele der Gestaltung von Versorgungsverträgen

Im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurden die Voraussetzungen der Versorgungsverträge zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern neu geregelt. Unter anderem können seitdem Verträge zur Versorgung mit Hilfsmitteln über öffentliche Ausschreibungen geschlossen werden. Diese Möglichkeit soll den Wettbewerb im Hilfsmittelmarkt stärken und vorhandene Wirtschaftlichkeitspotenziale erschließen.

Die Neuregelungen führen dazu, dass die Krankenkassen Kosten einsparen können. Dies soll jedoch nicht zulasten der Versorgungsqualität gehen, sondern es soll weiterhin eine **„ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel“** gewährleistet sein (**§ 126 Absatz 1 Satz 2 SGB V**).

Die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln muss daher stets die Qualität aufweisen, die aktuell als Standard angesehen wird. Auch die mit dem Hilfsmittel verbundene notwendige Beratungs- und Dienstleistung muss sichergestellt sein. Außerdem müssen die Krankenkassen prüfen, ob die vertraglich vereinbarte Versorgung für die Patienten zumutbar ist und ob sie in jedem Fall dem Grundsatz des Sachleistungsprinzips (**§ 2 SGB V**) entspricht. Für diese Versorgung ist der im Einzelfall festgestellte Bedarf maßgeblich.

B. Ausschreibungen der Krankenkassen führen zu schlechterer Versorgungsqualität

Die angespannte Finanzsituation einiger gesetzlicher Krankenkassen hat in den letzten Monaten dazu geführt, dass bestimmte Versorgungsverträge, die gemäß **§ 127 Absatz 1 SGB V** mit Leistungserbringern abgeschlossen werden, die geforderte Versorgungsqualität nicht mehr gewährleisten können.

Bei einigen Ausschreibungen werden Angebote über Versorgungspauschalen abgegeben, welche sich letztlich für den Gewinner der Ausschreibung kaum mehr rentieren. Besonders aber wird es unmöglich, die betroffenen Versicherten ausreichend und zweckmäßig zu versorgen.

Darüber hinaus können Pauschalen die individuellen Versorgungsbedarfe der Versicherten nicht berücksichtigen. Unterschiedliche Schweregrade, beispielsweise bei einer Inkontinenzversorgung, können folglich nicht bedarfsgerecht versorgt werden.

Die niedrigen Vergütungen für die Gewinner der Ausschreibung führen darüber hinaus zu einer verminderten Produktqualität, da sich die Leistungserbringer an den veralteten Mindeststandards (Inkontinenzversorgung, Stand 1993) im Hilfsmittelverzeichnis orientieren können.

Unter diesen Entwicklungen leiden in erster Linie die Versicherten:

- Die verminderte Qualität der Hilfsmittel und die nicht bedarfsgerechte Versorgung können zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen
- Die Versicherten haben keine Möglichkeit, eine Auswahl aus mehreren zuzahlungsfreien Produkten zu treffen; sie bleiben auf ein Produkt beschränkt
- Teure, private Zuzahlungen der Versicherten sind in vielen Fällen der einzige Weg, die gewohnte Versorgungsqualität sicherzustellen
- Das Sachleistungsprinzip wird damit nicht mehr erfüllt



Daneben werden negative Auswirkungen für den Hilfsmittelmarkt deutlich:

- Die notwendigen Beratungs- und Dienstleistungen wie Einweisung, Service oder Reparatur können aufgrund der niedrigen Versorgungspauschalen nicht mehr gewährleistet werden
- Die Gewinner der Ausschreibung sind oft nicht regional ansässig; die Versicherten haben somit keinen direkten Ansprechpartner vor Ort
- Regionale Leistungserbringer können oft mit den Ausschreibungsgeboten der großen Anbieter nicht konkurrieren und müssen die Versorgung vor Ort aufgeben

Folglich bedarf es weiterer Präzisierungen der Vorschriften zum Patienten- und Anbieterschutz im Hilfsmittelbereich.

C. Vorschläge zur Präzisierung der Ausschreibungskriterien für Hilfsmittel

1. Wirtschaftlichkeit und Qualität müssen bei Ausschreibungen in den Mittelpunkt rücken

Der Preis darf nicht das einzige Kriterium für die Versorgung mit Hilfsmitteln werden. Ausschreibungen von Verträgen, die für den Leistungserbringer unwirtschaftlich sind und die zu einer unterdurchschnittlichen Versorgung der Versicherten führen, können nicht das Ziel des Gesetzgebers sein. Preise, welche offensichtlich in einem Missverhältnis zu den im Vertrag vereinbarten Leistungen stehen, sind von den Krankenkassen abzulehnen. Die Krankenkassen müssen die Einhaltung der Vertragskriterien durch die Leistungserbringer überprüfen. (**§ 127 SGB V, Absatz 1**)

2. Dienstleistungen als festen Bestandteil in der Hilfsmittelversorgung verankern

Es muss gewährleistet sein, dass die Versicherten eine fachgerechte Einweisung in das Produkt erhalten und der Leistungserbringer alle vertraglich festgelegten Serviceleistungen erbringt. Diese Präzisierung kann ebenfalls zu einer stärkeren regionalen Bindung der Ausschreibung führen. Darüber hinaus müsste der Leistungserbringer die verbindliche Erbringung der Dienstleistung, die für das Hilfsmittel notwendig ist, bei seiner Preisgestaltung berücksichtigen. (**§ 33 SGB V, Absatz 1** und **§ 139 SGB V, Absatz 2**)

3. Bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten und die Orientierung an Schweregraden anstreben

Damit die Versorgung der Versicherten, insbesondere bei „zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln“ bedarfsgerecht erfolgen kann, sollten sich die Ausschreibungen an den diagnostizierten Schweregraden der Erkrankung orientieren. Die Versorgungspauschalen müssen sich an den Schweregraden orientieren und sind in separaten Fachlosen auszuschreiben. Die Ärzte werden somit verantwortlich für Art und Umfang der Hilfsmittelversorgung. Dadurch ist eine Interpretation dieser Versorgung durch den Leistungserbringer und damit eine nicht bedarfsgerechte Versorgungspauschale ausgeschlossen. (**§ 127 SGB V, Absatz 1**)

4. Aktualisierung und Neustrukturierung des Hilfsmittelverzeichnisses ist dringend notwendig

Um die notwendige Produktqualität der Hilfsmittel nachhaltig sicherzustellen und einen hohen Versorgungsstandard zu gewährleisten, ist es notwendig, dass der GKV-Spitzenverband das Hilfsmittelverzeichnis grundlegend überarbeitet. Die oben genannten Präzisierungen im Rahmen des SGB V müssen mit der Aktualisierung und Neustrukturierung des Hilfsmittelverzeichnisses einhergehen. Produktanforderungen, Dienstleistungen und Behandlungspfade müssen hinterlegt und regelmäßig überprüft werden. Der alleinige Nachweis zur Sicherstellung der Produktqualität durch die CE-Kennzeichnung ist unzureichend und muss gestrichen werden. (**§ 139 SGB V**)

Vertragliche Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, die über die im Hilfsmittel verankerten Mindeststandards hinausgehen, sind zu ermöglichen.



Der dadurch entstehende Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenkassen, kann bis zur abschließenden Neustrukturierung des Hilfsmittelverzeichnisses die Produkt- und Dienstleistungsqualität in der Versorgung erhöhen. (**§ 127 SGB V, Absatz 1**)

5. Patienten besser informieren und Ergebniskontrollen ermöglichen

Zu Beginn einer jeden Hilfsmittelversorgung müssen sowohl die Krankenkassen als auch die Leistungserbringer die Patienten über ihre Rechte und ihre Ansprüche aufklären.

Stichprobenartige Ergebniskontrollen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sollten ermöglicht werden. Die Krankenkassen werden damit aufgefordert, die Einhaltung der vertraglich vereinbarten Versorgungsqualität regelmäßig und unabhängig überprüfen zu lassen.

II. Externe Hilfsmittelberatung

A. Gesetzliche Grundlage zur Vergabe von Hilfsmittelgutachten an externe Dienstleister

Die Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger des Bundes und der Länder nennen in ihrem Arbeitspapier von April 2011 Kriterien für den Einsatz der externen Hilfsmittelberatung. Grundlage für die Übertragung dieser Dienstleistung an externe Dienstleister, dass die Voraussetzungen gemäß **§ 197b SGB V „Aufgabenerledigung durch Dritte“** eingehalten werden. Der Einsatz externer Gutachter zur Überprüfung einer Hilfsmittelversorgung ist dann zulässig, wenn „[...] die Aufgabenwahrnehmung durch die Arbeitsgemeinschaft oder den Dritten **wirtschaftlicher** ist, es im **wohlverstandenen Interesse des Betroffenen** liegt und **Rechte der Versicherten nicht beeinträchtigt** werden.“

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) eingeschaltet werden kann, um den Kostenvoranschlag zur Hilfsmittelversorgung von Versicherten zu prüfen (**§ 275 Absatz 3 Nummer 1 SGB V**).

B. Aktuelle Regelungen bedürfen gesetzlicher Klarstellung

Die Prüfung einer Hilfsmittelversorgung bedarf neben der Feststellung ihrer sozialmedizinischen Notwendigkeit in bestimmten Fällen ebenfalls einer technischen Begutachtung, um zu einer bedarfsgerechten Leistungsentscheidung zu gelangen. Die technische Begutachtung setzt eine entsprechende Fachkenntnis voraus, um die angebotene Versorgung auf deren Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und einen bedarfsgerechten Einsatz im Wohnumfeld, ggf. auch vor Ort, prüfen zu können.

Es scheint weder den gesetzlichen Krankenkassen noch dem MDK möglich zu sein, diese spezifischen Kapazitäten flächendeckend bereitzustellen. Die gegebenen strukturellen Voraussetzungen führen dazu, dass es in Deutschland in der Hilfsmittelversorgung gängige Praxis ist, externe Hilfsmittelberater zu beauftragen.

Folglich sind verbindliche Kriterien für die Qualifikation, die Vergütung und die Datenschutzerfordernisse zum rechtssicheren Einsatz der externen Hilfsmittelberater dringend erforderlich. Diese tragen einerseits zu einer zeitnahen und qualitativ hochwertigen Hilfsmittelversorgung bei, andererseits stärken sie die Patientensicherheit und helfen die Patentrechte zu wahren.

Möglicher Änderungsbedarf in:

§ 139 SGB V (Hilfsmittelverzeichnis, Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln)

§ 197b SGB V (Aufgabenerledigung durch Dritte)

§ 275 SGB V (MDK – Begutachtung und Beratung)

§ 284 SGB V (Grundsätze der Datenverwendung)