

Bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung für Kinder und Jugendliche – Probleme und Handlungsoptionen.

Eine Expertise des Landesarztes für Körperbehinderte in Rheinland-Pfalz

Matthias Schmidt-Ohlemann

Im April 2022

Gliederung

Zusammenfassung	2
1. Vorbemerkung	2
2. Einleitung: Problemlage	3
3. Zum Sachstand: Der Versorgungsprozess.....	5
3.1 Rechtliche Grundlagen.....	6
3.2 Zum Versorgungsgeschehen – Der Prozess der Hilfsmittelversorgung: Hier: Beschreibung des spezifischen Versorgungssegmentes.....	8
3.3 Indikationsstellung, Bedarfserkennung und -ermittlung – vor der Verordnung	9
3.4 Verordnung	13
3.5 Kooperation mit Sanitätshäusern, Kostenvoranschlag	15
3.6 Die Krankenkassen im HMV-Prozess	17
3.7 Der Medizinische Dienst im HMV-Prozess	20
3.8 Widerspruchsverfahren	22
4. Zusammenfassung und Lösungsoptionen.....	23
4.1 Lösungsoptionen.....	24
5. Quellen	25

Zusammenfassung

Kinder und Jugendliche mit (schweren) Behinderungen benötigen häufig Hilfsmittel zur Behandlung und zum Behinderungsausgleich. Am Versorgungsprozess mit einigen Hilfsmitteln wird kritisiert, dass dieser oft nicht sachgerecht verläuft, erhebliche Verzögerungen auftreten und das Verfahren die Familien, Verordner, Leistungserbringer und die Krankenkassen unverhältnismäßig stark beansprucht. Er ist nicht durchgängig SGB IX konform ausgestaltet. Dies führt zu z. T. erheblichen Beeinträchtigungen der Behandlung, der Teilhabe und zur Entwicklungsverzögerung der betroffenen Kinder und Jugendlichen sowie zur übermäßigen Belastung v. a. der Familien aber auch der anderen beteiligten Akteure.

Die Expertise versucht, die auftretenden Probleme bei der Versorgung von schwer beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen mit verschiedenen Hilfsmitteln zu beschreiben, ihre Ursachen zu analysieren und Hinweise zur gesetzeskonformen Ausgestaltung sowie zur Prozessoptimierung zu geben. Es wird ein dringlicher Handlungsbedarf deutlich, und zwar vorrangig im Rahmen der Selbstverwaltung. Es erscheint möglich, dass auch der Gesetzgeber gefordert ist, einen Beitrag zur Verbesserung der bedarfsgerechten Hilfsmittelversorgung und des Versorgungsprozesses zu leisten, auch im Hinblick auf die Umsetzung der UN-BRK. Lösungsoptionen werden aufgezeigt.

1. Vorbemerkung

Die Expertise wurde auf Anregung von Personen mit Behinderungen und ihren Angehörigen, Ärztinnen und Ärzten und anderen betroffenen Akteuren aus Rheinland-Pfalz sowie Mitgliedern des Aktionsbündnisses für bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung erarbeitet. Sie wurde ausschließlich in meiner persönlichen Verantwortung und Eigenschaft als Landesarzt für Körperbehinderte in Rheinland-Pfalz erstellt.¹

Die Expertise stützt sich auf eine Reihe von Quellen (s. Fußnoten, Quellenverzeichnis²), auf Erfahrungen aus der mehr als 30-jährigen Tätigkeit als Leitender Arzt in der Stiftung kreuznacher diakonie mit dem Schwerpunkt Medizin für Menschen mit Behinderungen³, aus Gutachtertätigkeiten für Behörden und Sozialgerichte und insbesondere auch aus der Beratungs- und gutachterlichen Tätigkeit als Landesarzt für Körperbehinderte seit 1994.⁴

¹ Der Autor ist u. a. Vorsitzender der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR). Er legt Wert auf die Feststellung, dass die hier vertretenen Positionen nicht verabschiedete Positionen der DVfR oder ihres Fachausschusses zur Hilfsmittelversorgung sind. Gleichwohl gehen Arbeitsergebnisse aus der Arbeit der DVfR, insbesondere aus den Positionspapieren zur Hilfsmittelversorgung (2006, 2009) und aus dem Kongress der DVfR „Hilfsmittel sichern Teilhabe – Technik für Inklusion in Alltag und Beruf“ 2021 mit ein. (Nähere Angaben im Quellenverzeichnis).

² Diese Expertise erhebt nicht Anspruch, eine im wissenschaftlichen Sinne umfassende Literaturanalyse vorzulegen.

³ Diese Tätigkeit umfasste als Leitender Arzt die Verantwortung und Durchführung vertragsärztlicher und teilhabebezogener rehabilitations- und sozialmedizinischer Aufgaben mit einem Schwerpunkt in der Hilfsmittelversorgung in den Rehabilitationsfachdiensten (Ärztlicher Rehabilitationsmedizinischer Dienst, Ambulantes Fachzentrum (Heilmittel), Mobiler Rehabilitationsdienst, Beratungsstelle für Unterstützte Kommunikation und Assistive Technologien, MZEB skd) sowie die konsiliarische orthopädische und rehabilitationsmedizinische Versorgung mehrerer sozialpädiatrischer Zentren (SPZ), mehrerer Förderschulen und Förderkindertagesstätten in Rheinland-Pfalz.

⁴ Der Autor dankt folgenden Personen ausdrücklich für zahlreiche Berichte, Hinweise und Diskussionsbeiträge: Dr. C. Lechleuthner, Prof. Dr. R. Krauspe, Dr. M. Dreesmann, B. Bührlen, J. Hackstein, C. Hennemann.

Die Ausführungen beziehen sich vorrangig auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen mit einzelnen speziellen Hilfsmitteln (vorrangig Motorik und Mobilität sowie Kommunikation betreffend, s. Kap. 2). Insofern wird hier lediglich ein bestimmtes Versorgungssegment, nicht aber die Gesamtheit der Hilfsmittelversorgung angesprochen. Ähnliche Probleme bestehen für einige andere Hilfsmittel sowie für zahlreiche erwachsene Menschen mit schweren Behinderungen, die jedoch nicht explizit Gegenstand dieser Expertise sind.

Die Expertise richtet sich zunächst an den Beauftragten der Landesregierung Rheinland-Pfalz für die Belange von Menschen mit Behinderungen, Herrn Matthias Rösch und den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, Herrn Jürgen Dusel, steht jedoch allen Interessierten über das Diskussionsforum www.reha-recht.de barrierefrei zur Verfügung und wird dort auch zur Diskussion gestellt.

2. Einleitung: Problemlage

Kinder und Jugendliche (KJ) mit Behinderungen können Hilfsmittel benötigen, wenn sie erforderlich sind, den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern (therapeutische Zielsetzung) oder eine Behinderung auszugleichen (Behinderungsausgleich). Hilfsmittel können für die Behandlung und/oder die Teilhabe sowie die Entwicklung des Kindes eine hohe Bedeutung haben und können dann Teil des Behandlungskonzeptes oder der Teilhabeplanung sein.⁵

Langjährige Erfahrungen zeigen aber, dass die Versorgung mit Hilfsmitteln bei Kindern- und Jugendlichen häufig nicht bedarfsgerecht funktioniert⁶. Diese Aussage bezieht sich vorwiegend auf Kinder und Jugendliche mit schweren Beeinträchtigungen und Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich. Zwar gibt es Probleme auch bei Kindern und Jugendlichen ohne solche schweren und dauerhaften Beeinträchtigungen: Diese werden aber hier nicht thematisiert.⁷

Der komplexe Hilfsmittelversorgungsprozess (hier nur bezogen auf Kinder- und Jugendliche bei bestimmten Hilfsmitteln, s. u.) ist u. a. durch folgende Probleme gekennzeichnet: Er

- dauert häufig zu lange, insbesondere durch lange Prüf- und Genehmigungsverfahren seitens der Krankenkassen,
- erfordert häufig erhebliche Aufwendungen der Eltern, um das Hilfsmittel überhaupt zu erhalten,
- wird häufig u. a. durch Leistungsentscheidungen seitens der Krankenkassen oder der Eingliederungshilfeträger durch Gewährung nicht (hinreichend) geeigneter Hilfsmittel verzögert oder gar verhindert,

⁵ Im Rahmen der Eingliederungshilfe wird ein Gesamtplan erstellt. Ist ein Teilhabeplan zu erstellen, gehen die Ergebnisse des Gesamtplanes in den Teilhabeplan ein (§ 15 Abs. 2 SGB IX). Im weiteren Text wird vereinfachend nur von Teilhabeplan bzw. Teilhabeplanung gesprochen, es sei denn, es ist ausschließlich die Gesamtplanung nach § 117 ff SGB IX gemeint.

⁶ S. Quellenverzeichnis.

⁷ Belastbare bevölkerungsepidemiologische Daten zum Vorliegen von schweren und regelhaft Hilfsmittel erfordernden Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen, liegen nicht vor. Eine ungefähre Abschätzung ist wahrscheinlich sekundärstatistisch möglich, kann hier aber nicht geleistet werden. Einige Anhaltspunkte für die Größenordnungen finden sich im Kap. Versorgungsgeschehen

- erfordert erhebliche Ressourcen bei den verordnenden Ärzten, den Medizinischen Diensten, den Sanitätshäusern⁸, den Krankenkassen und ggf. weiteren Leistungsträgern (Eingliederungshilfe).

Folgende Probleme können hinzu kommen, z. B.:

- inhaltlich unzureichend ausgefüllte Verordnungen der verordnenden (Vertrags-)Ärzte,
- überhöhte oder intransparente Kostenvoranschläge seitens der Hilfsmittelerbringer,
- Verzögerungen durch Lieferfristen,
- Begrenzung der Leistungserbringer z. B. auf überregionale Leistungserbringer durch vertragliche Vereinbarungen mit den Krankenkassen,
- unzureichende Beachtung der Bestimmungen für die medizinische Rehabilitation nach dem SGB IX 1. Teil bei Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich, u. a. im Hinblick auf die Bedarfsermittlung, Teilhabeplanung, Teilhabekonferenz, Fristen, Weiterleitung u. a.
- Der gesamte Hilfsmittelversorgungsprozess ist z. T. hochkomplex, insbesondere bei Beteiligung mehrerer Rehabilitationsträger und selbst für Fachleute kaum überschaubar.

Aus Verzögerungen oder qualitativ unzureichender Hilfsmittelversorgung können bei Kindern und Jugendlichen Befundverschlechterungen, Therapie- oder Entwicklungsverzögerungen und Einschränkungen der Teilhabemöglichkeiten entstehen. Das Gesamtverfahren bedeutet oft einen erheblichen Aufwand für alle Beteiligten und zudem häufig eine extreme Belastung oder Überforderung der Erziehungsberechtigten, die sich zudem in intensiver Auseinandersetzung mit der Tatsache, ein Kind mit Behinderung zu haben, befinden und dessen Versorgung nur mit größter Beanspruchung sicherzustellen versuchen. Sie empfinden den Umgang mit den Bedarfen ihrer Kinder als durch mangelnden Respekt gekennzeichnet und als diskriminierend. Auch bei den Verordnern stellen sich Frustration und Resignation ein, wenn sie auf hohe Barrieren im Versorgungsprozess treffen.

Aus juristischer Perspektive werden damit die gesetzlichen Ansprüche auf eine zielgerichtete und zweckmäßige Versorgung mit Hilfsmitteln sowie auf ein effektives Verwaltungsverfahren (SGB I) verletzt. Indem die Selbstbestimmung und volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben der Gesellschaft nicht hinreichend gefördert oder Benachteiligungen sowie Barrieren nicht vermieden werden (§ 1 SGB IX) und zugleich den besonderen Belangen von Menschen mit Behinderungen und chronisch kranken Menschen im Geltungsbereich des SGB V nach § 2a SGB V nicht Rechnung getragen wird, fehlt es an einer grundrechtsorientierten Auslegung und Umsetzung des Anspruches auf Hilfsmittelversorgung. Diesen hat das Bundessozialgericht unter Hinweis auf die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes bestätigt. (z. B. BSG, Urteil vom 10.09.2020, B3 KR 15/19 R unter Hinweis auf BVerfG vom 30.01.2020, 2 BvR 1005/18 – juris = NJW 2020, 1282). Einher geht dies mit Verstößen gegen die UN-BRK, wie z. B. gegen Art. 20, 25 und 26 UN-BRK.

Die Versorgungsprobleme liegen nicht in allen Bereichen der Hilfsmittelversorgung gleichermaßen vor. Zahlreiche Versorgungsbereiche funktionieren mehr oder weniger störungsfrei.

⁸ Mit Sanitätshäusern sind im Text der Einfachheit halber alle Leistungserbringer im Rahmen der Hilfsmittelversorgung gemeint

Die negativen Erfahrungen mit dem Hilfsmittelversorgungsprozess beziehen sich vor allem auf folgende Hilfsmittel bei Kindern- und Jugendlichen:

- Kinderrollstühle
- Sitzschalen
- Rehawagen/-buggies und ähnliche Hilfsmittel
- Elektrorollstühle
- Autositze
- Therapiestühle/-sitze
- Therapedreiräder
- Orthesen
- Stehtrainer und Gehhilfen
- Kommunikationshilfsmittel

Gerade diese Hilfsmittel sind jedoch für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen, die in ihrer Motorik oder ihrer Kommunikation erheblich eingeschränkt sind, oft von entscheidender Bedeutung sowohl für die Krankenbehandlung als auch für die Entwicklungsförderung und für die Teilhabe (Familie, KiTa, Schule etc.) und damit auch für Bildung und Erziehung. Besondere Probleme bestehen im Hinblick auf sog. Mehrfachversorgungen für KiTa, Schule und andere Einrichtungen.

Verschiedene gesetzliche Änderungen, Lösungsvorschläge diverser Verbände und auch ein direkter Austausch zwischen den beteiligten Kostenträgern, Verordnern, Medizinischem Dienst (MD) vor Ort haben bislang keine nachhaltigen Verbesserungen bewirkt. Das gilt insbesondere auch für das Zusammenwirken verschiedener Leistungsträger. Auch haben die Urteile des BSG (vgl. Urteile des BSG vom 15.03.2018, B3 KR 18/17 R; vom 07.05.2020, B3 KR 7/19 R und zuletzt vom 10.09.2020, B3 KR 15/19 R) zur Relevanz des SGB IX für Hilfsmittelversorgungen im Rahmen des § 33 SGB V als Leistungen der medizinischen Rehabilitation noch keinen Eingang in die Versorgungspraxis gefunden.

Aus dieser Situation können sich schwerwiegende Folgen für die betroffenen Kinder, Jugendlichen und Familien ergeben, denn Verzögerungen oder unsachgemäße Hilfsmittelversorgungen haben bei Kindern besondere Wirkungen, da sie auf die sensomotorische, kognitive sowie die sozioemotionale Entwicklung einen erheblichen negativen Einfluss nehmen können. Auch das Wachstum erfordert zeitnahe Versorgungsprozesse.

Aus Sicht eines Landesarztes für Körperbehinderte besteht deshalb dringlicher Handlungsbedarf.

3. Zum Sachstand: Der Versorgungsprozess

Im Folgenden wird untersucht, wie derzeit der Versorgungsprozess mit Hilfsmitteln abläuft. Dazu werden v. a. zahlreiche Erfahrungsberichte und eigene Erfahrungen aus der Versorgungspraxis sowie der Begutachtung ausgewertet. Vor einer allgemeinen Beurteilung ist zu prüfen, ob es sich nicht nur um wenige Einzelbeispiele handelt, wie sie in der Verwaltungspraxis vorkommen können, ohne dass sich daraus ein systematischer Handlungsbedarf auf der Systemebene ergibt, abgesehen von der Qualitätssicherung in der alltäglichen Praxis. Dies ist hier eindeutig zu verneinen: Es handelt sich bei den beispielhaft aufgeführten Problemen eindeutig nicht um Einzelbeispiele. Es wird deshalb versucht, jeweils auch

mögliche systematische Ursachen zu benennen und zu prüfen, ob die jeweiligen Verfahrensschritte rechtskonform durchgeführt werden. Soweit möglich werden auch Handlungsoptionen erörtert.⁹

3.1 Rechtliche Grundlagen

Die Hilfsmittelversorgung ist von den gesetzlichen Krankenkassen als Bestandteil des Anspruchs auf Krankenbehandlung und medizinische Rehabilitation nach dem SGB V sicherzustellen. Sie kommt ferner als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Teilhabe an Bildung sowie zur sozialen Teilhabe durch weitere Rehabilitationsträger in Betracht. Bisweilen kommen mehrere Zielsetzungen gleichzeitig zum Tragen. Dementsprechend sind die Regelungen des SGB V sowie des SGB IX¹⁰ zu beachten. Die Notwendigkeit der Berücksichtigung des SGB IX bei Hilfsmitteln, die dem Behinderungsausgleich dienen, ergibt sich einerseits aus der parallelen Gültigkeit von § 33 SGB V und § 47 SGB IX (Hilfsmittel als Leistung der medizinischen Rehabilitation) und andererseits aus der Tatsache, dass Hilfsmittel auch für andere Teilhabebereiche gesetzlich vorgesehen sind, so dass stets auch das Vorliegen eines entsprechenden Leistungsanspruches geprüft werden muss. Das ergibt sich zwingend aus § 14 ff SGB IX i. V. m. § 13 SGB IX.¹¹ Zudem ist § 43 SGB IX zu berücksichtigen, wonach die in § 42 Abs. 1 genannten Ziele und § 12 Abs. 1 und 3 sowie § 19 SGB IX auch bei Leistungen der Krankenbehandlung gelten.

Die Hilfsmittelrichtlinie (HMR) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) regelt die Verordnung von Hilfsmitteln im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung für die an der Versorgung Beteiligten verbindlich, vgl. § 1 Abs. 2 HMR. Demnach erfolgt die Verordnung auf den dafür vorgesehenen Formularen, hier ist es das Muster 16 (anders Seh- und Hörhilfen.)

Maßstab ist vor allem § 6 Abs. 3 HMR. Bei der Verordnung ist danach nicht allein von der Diagnose auszugehen, sondern eine Gesamtbetrachtung unter Beachtung des biopsychosozialen Modells vorzunehmen. Kontextfaktoren sowie die in § 4 und § 42 Abs. 1 SGB IX genannten Rehabilitationsziele sind zu berücksichtigen. Ein Bezug zu den für Leistungen zur Rehabilitation zwingenden, abweichungsfest festgelegten Verfahrensvorschriften des 1. Teils des SGB IX insbesondere nach § 13, § 14 ff., § 19f und zu § 43 SGB IX wird in der HMR nicht hergestellt.

Die Vorschriften des SGB IX legen u. a. Folgendes fest: Der angegangene Rehaträger ist zur Zuständigkeitsprüfung verpflichtet. Ist die Krankenkasse nicht zuständig, hat sie den Antrag (die Verordnung) an den ihrer Auffassung nach zuständigen Rehaträger weiterzuleiten (§ 14 SGB IX). Dies können sein die Träger der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder zur sozialen Teilhabe. Der zuständige (leistende) Rehaträger ist zur umfassenden Bedarfsermittlung verpflichtet. Bei geteilter Zuständigkeit ist die Krankenkasse verpflichtet (§ 15 Abs. 2), weitere Feststellungen der anderen Rehaträger einzuholen und einen Teilhabeplan nach § 19 SGB IX zu erstellen.

Ist für die Entscheidung ein Gutachten erforderlich, ist dieses durch eigens benannte Gutachter (Wahlrecht des Versicherten, vgl. § 17 SGB IX) innerhalb von 2 Wochen nach Auftragseingang zu erstellen, soweit nicht gesetzlich die Begutachtung durch einen

⁹ Dabei wird nicht in Abrede gestellt, dass manche Versorgungsprozesse bedarfsgerecht ablaufen und sich Leistungserbringer, Krankenkassen und Medizinische Dienste durchaus für die Interessen der Betroffenen engagieren.

¹⁰ S. die inzwischen verstetigte Rechtsprechung des BSG, auf die oben schon hingewiesen wurde.

¹¹ Vgl. Rechtsprechung des BSG.

sozialmedizinischen Dienst vorgesehen ist (hier überwiegend der Medizinische Dienst, vgl. § 17 Abs. 1 S. 2 i. V. m. § 17 Abs. 2 Satz 4 SGB IX). Nach Erstellung des Gutachtens erfolgt die Entscheidung der Krankenkasse innerhalb von 2 Wochen. Insofern bleiben die gesetzlichen Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MD) nach § 275 SGB V unberührt. Das bedeutet, dass in der Regel der MD mit der Begutachtung beauftragt wird und nicht ein externer Gutachter.

Bei der Auswahl, der Begutachtung sowie bei der Leistungsentscheidung ist das Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V als Orientierungshilfe zugrunde zu legen. Da dieses nicht abschließend ist, kommen auch nicht gelistete Hilfsmittel für eine Verordnung in Betracht.

Die Krankenkassen können, müssen aber nicht, vor Bewilligung eines Hilfsmittels durch den MD prüfen lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist. Der MD hat hierbei den Versicherten zu beraten (§ 275 Abs. 3 Nr. 1 SGB V).

Lehnt die Krankenkasse (KK) die Versorgung ohne vorherige Prüfung durch den MD wegen fehlender medizinischer Erforderlichkeit ab, hat sie vor dem Erlass eines Widerspruchsbescheids eine Prüfung durch den MD zu veranlassen.

§ 275 Abs. 3c SGB V: „Lehnt die Krankenkasse einen Leistungsantrag einer oder eines Versicherten ab und liegt dieser Ablehnung eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes nach den Absätzen 1 bis 3 zugrunde, ist die Krankenkasse verpflichtet, in ihrem Bescheid der oder dem Versicherten das Ergebnis der gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis in einer verständlichen und nachvollziehbaren Form mitzuteilen sowie auf die Möglichkeit hinzuweisen, sich bei Beschwerden vertraulich an die Ombudsperson nach § 278 Absatz 3 zu wenden.“¹²

„(5) Die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer fachlichen Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen. Sie sind nicht berechtigt, in die Behandlung und pflegerische Versorgung der Versicherten einzugreifen.

(6) Jede fallabschließende gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes ist in schriftlicher oder elektronischer Form zu verfassen und muss zumindest eine kurze Darlegung der Fragestellung und des Sachverhalts, das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis umfassen.“

Sofern andere Rehaträger, hier insbesondere relevant die Eingliederungshilfe (EH), zuständig sind, führen sie die Bedarfsermittlung und die anderen Schritte des Rehaprozesses nach Teil 1 SGB IX, in der EH nach Teil 2 des SGB IX durch.

Die Beteiligung der Sanitätshäuser¹³ ist gesetzlich in § 126 ff. SGB V geregelt, u. a. durch Verträge:

§ 126 Abs. 1 SGB V: „1) Hilfsmittel dürfen an Versicherte nur auf der Grundlage von Verträgen nach § 127 Absatz 1 und 3 abgegeben werden. Vertragspartner der Krankenkassen können nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen.“

§ 127 Abs. 1 S. 4 SGB V: „... In den Verträgen nach Satz 1 sind eine hinreichende Anzahl an mehrkostenfreien Hilfsmitteln, die Qualität der Hilfsmittel, die notwendige Beratung der

¹² Die Regelung bzgl. einer Ombudsperson ist neu. Hierzu liegen noch keine Erfahrungen vor.

¹³ S. Anmerkung 8

Versicherten und die sonstigen zusätzlichen Leistungen im Sinne des § 33 Absatz 1 Satz 5 sicherzustellen und ist für eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu sorgen ...“

§ 127 Abs.3 SGB V: „(3) Soweit für ein erforderliches Hilfsmittel keine Verträge der Krankenkasse nach Absatz 1 mit Leistungserbringern bestehen oder durch Vertragspartner eine Versorgung der Versicherten in einer für sie zumutbaren Weise nicht möglich ist, trifft die Krankenkasse eine Vereinbarung im Einzelfall mit einem Leistungserbringer; Absatz 1 Satz 2, 4 und 5 gilt entsprechend. Sie kann vorher auch bei anderen Leistungserbringern in pseudonymisierter Form Preisangebote einholen. In den Fällen des § 33 Abs. 1 Satz 5 gilt Satz 1 entsprechend.“

In der Praxis der Hilfsmittelversorgung werden diese gesetzlichen Regelungen insbesondere im Hinblick auf den Einbezug des SGB IX vielfach nicht beachtet. Dies wird in den folgenden Passagen näher ausgeführt.

3.2 Zum Versorgungsgeschehen – Der Prozess der Hilfsmittelversorgung: Hier: Beschreibung des spezifischen Versorgungssegmentes

Wie eingangs beschrieben gibt es aus Sicht vieler Patientinnen und Patienten und einer Reihe von Expertinnen und Experten (z. B. aus den SPZ, dem MD, aus Förder-Kitas und -schulen, Wohneinrichtungen, Sanitätshäusern u. a.) sowie medizinischen Fachgesellschaften erhebliche Probleme bei der Hilfsmittelversorgung zumindest für die genannten Hilfsmittel.¹⁴ Diese wurden u. a. auch durch die DVfR in 2 umfangreichen Expertisen 2006 und 2009 analysiert, wobei sich an den dort aufgearbeiteten Problemlagen trotz oder wegen der gesetzlichen Änderungen kaum etwas verändert hat.¹⁵

Ausgehend von Schilderungen der Probleme durch die beteiligten Akteure werden nun die auftretenden Probleme entlang des Versorgungsprozesses beschrieben. Jeweils im Anschluss daran erfolgt eine sozialmedizinische bzw. rechtliche Bewertung. Zum Teil werden auch Lösungsvorschläge unterbreitet.

Dabei geht es zum einen um Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr mit schweren oder mehrfachen Behinderungen und um folgende Hilfsmittelgruppen:

- Kinderrollstühle
- Sitzschalen
- Rehawagen/-buggies und ähnliche HM
- Elektrorollstühle
- Autositze
- Therapiestühle/-sitze
- Therapedreiräder
- Orthesen
- Stehtrainer und Gehhilfen
- Kommunikationshilfsmittel

Es handelt sich also um ein relativ kleines Versorgungssegment.

¹⁴ Vgl. Zusammenstellung von Stellungnahmen unter Lechleitner 2021: <https://www.openpetition.de/petition/online/stoppt-die-blockade-der-krankenkassen-bei-der-versorgung-schwerst-behinderter-kinder-erwachsene-3>.

¹⁵ DVfR, vgl. auch Schmidt-Ohlemann 2021 Vortrag Kongress WS 2 erscheint demnächst, beim Verfasser erhältlich.

Eine exakte Einschätzung der quantitativen Dimension des Versorgungsgeschehens für dieses Versorgungssegment ist auf Grund mangelnder Daten nicht möglich.

Lediglich für Kinderrollstühle und Therapiestühle/Sitzhilfen liegen ausgewertete Abrechnungsdaten vor¹⁶:

	2018	2019	2020
Kinderrollstühle			
Verordnungsfälle	3772	3732	5340
Ausgaben in Tsd. €	9.360	9.509	11.278
Therapiestühle/Sitzhilfen			
Verordnungsfälle	4362	5025	4348
Ausgaben in Tsd. €	8.389	9.578	8.350

Demnach handelt es sich um eine relativ kleine Personengruppe, die ca. 10.000 Kinder und Jugendliche nicht überschreiten dürfte, und damit um ein verhältnismäßig geringes Ausgabenvolumen. Dies ist plausibel, da es sich bei der hier betrachteten Personengruppe um Kinder und Jugendliche mit erheblichen Behinderungen handelt.¹⁷

Deshalb stellt sich angesichts des relativ kleinen Personenkreises und des wahrscheinlich verhältnismäßig geringen Ausgabenvolumens die Frage der Angemessenheit eines aufwändigen und problembehafteten Prüfungs- und Genehmigungsverfahrens.

Es folgt nun die Analyse der einzelnen Komponenten des Hilfsmittelversorgungsprozesses.

3.3 Indikationsstellung, Bedarfserkennung und -ermittlung – vor der Verordnung

Vor einer ärztlichen Verordnung stehen Diagnostik und Befundung, aus denen sich die Notwendigkeit einer Hilfsmittelversorgung (HMV) ergeben kann. Welche Aspekte und Kriterien dabei zu berücksichtigen sind, wird in der Hilfsmittelrichtlinie (HMR) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) näher konkretisiert, u. a. die Berücksichtigung des biopsychosozialen Modells.

Die Indikationsstellung ist bei dem benannten Personenkreis und den Hilfsmittelgruppen oft schwierig und komplex, da neben Teilhabeaspekten auch therapeutische Zielsetzungen zu beachten sind, zumal wenn mehrere Hilfsmittel mit ähnlicher Funktion oder sehr spezielle, oft individuell angepasste HM erforderlich sind. Hier sind umfangreiche Überlegungen, auch zu Kontextfaktoren und oft auch schon eine erste Beratung mit Therapeuten oder dem Sanitätshaus, heilpädagogischen Fachkräften aus der Frühförderung oder auch Lehr- und Assistenzkräften (Kinder im Heim oder Fördereinrichtung) erforderlich. Dient das Hilfsmittel dem Behinderungsausgleich, müsste die Befundung und Indikationsstellung nach den Kriterien erfolgen, die den Vorschriften zur Bedarfsermittlung nach dem SGB IX entsprechen.

¹⁶ Kötte, B. (2022): Hilfsmittelversorgungen in der Kinderreha. Die interne Aufstellung wurde von Rehakind e. V. zur Verfügung gestellt.

¹⁷ BT-Drucksache 18/7662 (2016): Mikrozensus 2013, Sonderauswertung: „Demnach wurden 10 677 000 Familien mit Kindern unter 30 Jahren erfasst. In 55 000 Familien lebten ein oder mehrere Kinder mit Behinderungen. In 39 000 Familien lebte ein schwerbehindertes Kind, in 7 000 Familien zwei oder mehr schwerbehinderte Kinder. 14 000 waren Familien mit einem alleinerziehenden Elternteil mit ein oder mehreren behinderten Kindern, darunter 12 000 Familien mit einem weiblichen und 2 000 mit einem männlichen alleinerziehenden Elternteil. In 9 000 Familien mit einem weiblichen alleinerziehenden Elternteil befand sich ein schwerbehindertes Kind.“
<https://dserver.bundestag.de/btd/18/076/1807662.pdf>.

Hier sehen sich Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte und auch andere Fachärzte häufig v. a. im Hinblick auf die sozial- bzw. rehabilitationsmedizinische sowie die leistungsrechtliche Beurteilung zeitlich und oft auch fachlich überfordert, so dass eine umfassende Ermittlung des Sachverhaltes nicht oder nicht hinreichend erfolgt bzw. erfolgen kann. Auch wird der deutlich erhöhte zeitliche und organisatorische Aufwand dafür im EBM nicht eigens vergütet. Ungeachtet dessen bemühen sich viele Verordner mit hohem Engagement um die Versorgung der schwer behinderten Kinder und Jugendlichen.

Deshalb wird in der Praxis vielfach angestrebt, auch im Interesse der Fachlichkeit, dass die Indikationsstellung bzw. Bedarfsermittlung für spezielle Hilfsmittel bei schwer- oder mehrfach-behinderten Kindern und Jugendlichen nach Möglichkeit durch spezialisierte und kompetente Dienste und Einrichtungen erarbeitet wird, z. B. die Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), in denen diese Kinder meist mitbehandelt werden, durch Teams in Förder-Kitas oder Förderschulen oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Allerdings funktioniert dies nicht immer: Manche Familien suchen z. B. kein SPZ auf, weil ihr Kind in einer Ambulanz, die die H MV jedoch nicht durchführt, behandelt wird. Auch können SPZ nicht immer zeitgerecht in Anspruch genommen werden (Terminprobleme, weite Entfernung). Nicht alle Fördereinrichtungen widmen sich der Hilfsmittelversorgung. So kommt es immer wieder vor, dass Verordnungen durch Vertragsärztinnen und -ärzte erstellt werden, bei denen umfangreiche Vorarbeiten der Bedarfsermittlung fehlen oder auch, dass deren Ergebnisse nicht in geeigneter Form den Krankenkassen übermittelt werden.

Diese Probleme sind bekannt. Zur Lösung hat es sich bewährt, dass regelhaft spezialisierte Einrichtungen und Dienste mit interdisziplinären Teams die Bedarfsermittlung und damit die Grundlagen für eine Indikationsstellung und somit eine Verordnung erarbeiten und dann die Verordnung vornehmen und begründen oder die erarbeiteten schriftlichen Unterlagen einem anderen Verordner zur Verfügung stellen.

Soweit sich die Kinder in einem SPZ (SPZ steht hier beispielhaft auch für weitere spezialisierte Einrichtungen wie z. B. Spezialambulanzen an universitären Polikliniken oder anderen Maximalversorgern oder Spezialkliniken) oder in der Betreuung von interdisziplinären Teams, z. B. in Förder-Kitas oder -schulen befinden, wird in einem interdisziplinären Team (Arzt, Therapeuten, pädagogische Fachkräfte, Pflegekräfte und ggf. schon dem Sanitätshaus etc.) mit den Patienten und den Erziehungsberechtigten eine umfassende Befundung durchgeführt, in der die therapeutischen Maßnahmen, die Beeinträchtigungen entsprechend des psychosozialen Modells, die Therapie- und die Teilhabeziele ermittelt werden und überlegt wird, ob und welche Hilfsmittel der Erreichung der Ziele dienen, auch unter Abschätzung ggf. möglicher unerwünschter Wirkungen und unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren. Dabei muss in den meisten Fällen bereits ein Techniker hinzugezogen werden, um Verfügbarkeit und Machbarkeit eines Versorgungsvorschlages zu konkretisieren. Nicht selten muss sogar eine erste Erprobung erfolgen.

Von Vorteil ist, dass Kinder, die z. B. in SPZ oder anderen spezialisierten Einrichtungen behandelt oder in Fördereinrichtungen betreut werden, dem multidisziplinären Team in der Regel seit Monaten oder Jahren aus zahlreichen Vorstellungen oder aus der laufenden Betreuung im Alltag z. B. der Schule oder der Kita gut bekannt sind. Ausreichende Informationen zu medizinischen Diagnosen, der Lebenssituation im Alltag und die Teilhabemöglichkeiten des Kindes und seiner Familie liegen meist schon vor, bevor der spezielle Hilfsmittelversorgungsprozess beginnt.

Das Ergebnis dieser interdisziplinären Teamarbeit kann als (Hilfsmittel)Versorgungskonzeption bezeichnet werden¹⁸. Diese wird dokumentiert und in der Regel in einem Bericht festgehalten. Dabei wird auch bestimmt, ob die HMV vorwiegend therapeutische Ziele verfolgt oder auch dem Behinderungsausgleich dient (zu den Konsequenzen für die Begutachtung s. u.). Darauf aufbauend kann dann ein Kostenvoranschlag sowie die Verordnung erstellt und durch Vorlage der Versorgungskonzeption (Bedarfsermittlung) begründet werden. Dabei werden u. a. das Vorhandensein oder das Erfordernis anderer Hilfsmittel sowie die Wachstums- und Entwicklungsprognose berücksichtigt. Eine solche Versorgungskonzeption entspricht im optimalen Falle auch den Kriterien der Bedarfsermittlung i. S. des SGB IX. U. a. können dabei auch Hinweise auf die Zuständigkeit anderer Rehaträger gegeben werden. Ferner ist es sinnvoll, dass die Bedarfsermittlung für einen längeren Zeitraum erfolgt und so ggf. mehrere Hilfsmittel, die absehbar erforderlich werden (Wachstum), umfasst.

Als Problem aus der Praxis wird zunächst berichtet, dass Familien z. T. keine spezialisierten Vertragsärzte, Einrichtungen oder Teams finden, zumindest nicht zeitnah, die sich ihrem Kind rasch widmen und eine umfassende Bedarfsermittlung durchführen sowie eine Versorgungskonzeption erstellen können; auch die Mitbetreuung durch ein SPZ gelingt nicht in jeder Region rasch genug. Das kann daran liegen, dass nicht immer hinreichend Kapazitäten seitens eines SPZ oder einer anderen Einrichtung zur Verfügung stehen, die interdisziplinäre Teaminfrastruktur nicht mit einem ausreichenden Zeitbudget zur Verfügung steht oder Fachkenntnisse fehlen, v. a. bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in Regelschulen oder in der nicht spezialisierten ärztlichen Praxis, dass also die Voraussetzungen für eine umfassende Befundung und Bedarfserkennung bzw. -ermittlung nicht gegeben sind.

Ferner wird berichtet, dass die Versorgung auf Grund von Verträgen mit den Krankenkassen mit einem wohnortfernen Sanitätshaus stattfinden soll, das für diese Vorklärungen nicht oder allenfalls für einen Besuch (und nicht ggf. erforderliche mehrfache) zur Verfügung steht.

Bei den SPZ fehlt es zudem oft an Kapazität oder einzelne sehr aufwändige Versorgungsfälle führen zur Einschränkung der Versorgung anderer Patienten, da dieser Prozess sehr zeit- und ressourcenaufwändig sein kann. Berichtet wird insbesondere auch darüber, dass dieser besondere Zeitaufwand sich in den Vergütungen nicht immer hinreichend widerspiegelt.

Außerdem wird vorgetragen, dass die schriftlichen Berichte bzw. die Hilfsmittelkonzeption nicht erkennbar in das Entscheidungsverfahren bei den Krankenkassen bzw. beim MD einbezogen werden. Generell wird berichtet, dass weder die Krankenkasse noch der MD sich frühzeitig an der Erarbeitung einer Versorgungskonzeption und damit der Bedarfsermittlung beteiligen, obwohl die Krankenkasse leistender Rehaträger ist.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass bei der Gruppe der schwer- und mehrfachbehinderten Kinder und Jugendlichen für spezielle Hilfsmittelgruppen, die in der Regel (auch) dem Behinderungsausgleich dienen, eine umfassende Befundung und Bedarfsermittlung im Vorfeld der Verordnung stattfinden muss. Diese findet aber in der Praxis nicht immer statt, so dass die Entscheidungsgrundlagen für eine Verordnung und später eine Leistungsentscheidung unzureichend aufgearbeitet sind. Eine Ausnahme stellen meist Versorgungskonzeptionen dar, die durch ein SPZ oder andere spezialisierte Einrichtungen wie z. B. Spezialambulanzen an universitären Polikliniken oder durch interdisziplinäre Teams der Frühförderung, von Förder-Kitas oder -schulen erarbeitet worden sind. Die Bedarfsermittlung und Erarbeitung einer Hilfsmittelversorgungskonzeption durch spezialisierte Teams ermöglicht

¹⁸ Vgl. DVfR 2009.

eine Versorgung, die zweckmäßig und wirtschaftlich ist und ist eine geeignete Basis für die Bewilligung bzw. die Teilhabeplanung, wenn sie von den Leistungsträgern ernst genommen und im Verwaltungsverfahren angemessen berücksichtigt wird.

Rechtliche Beurteilung

Die HMR des G-BA nennt für die Begründung einer Hilfsmittelversorgung einige Inhalte der Bedarfserkennung und -ermittlung, benennt aber nicht, wie der verordnende Vertragsarzt diese Vorbereitungsprozesse organisieren soll und macht dazu keine formalen Vorgaben.

Bei den hier in Rede stehenden Hilfsmitteln handelt es sich meist nicht um solche mit rein therapeutischen Zielen (außer gelegentlich bei Rumpforthesen oder Orthesen). Sie dienen in der Regel vorwiegend dem Ausgleich der Behinderung. Ist dies der Fall, gelten die Regelungen des SGB IX: So ist es Aufgabe des Rehaträgers, hier der Krankenkasse, eine Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX durchzuführen. Sie kann sich dabei des Sachverständigen der verordnenden Ärzte und anderer bedienen, ist für den Prozess aber verantwortlich und muss diesen mittels systematischer Arbeitsprozesse und standardisierter Arbeitsmittel (Instrumente) gewährleisten. Dieser Verpflichtung kommen die Krankenkassen derzeit, im Unterschied zur Verordnung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach Muster 61, nicht nach. Die allgemeinen Regelungen in der HMR reichen hierfür nicht aus. U. a. gibt es dafür kein geeignetes Formular, Handlungsanweisung oder ähnliches.

Zu Recht wird deshalb beklagt, dass die Krankenkassen hier einerseits ihrer gesetzlichen Pflicht zur Bedarfsermittlung nicht nachkommen, andererseits aber die Genehmigung wegen mangelnder Begründung verweigern.

Ist nach der Bedarfsermittlung absehbar, dass auch andere Rehaträger in Betracht kommen, ist zudem eine Zuständigkeitsklärung und ggf. die Einleitung eines Teilhabeplanverfahrens erforderlich. Dazu gehört es, den ermittelten Bedarf und die notwendigen Leistungen in einem Teilhabeplan festzustellen. Das wird allerdings regelhaft nicht durchgeführt.

Ein Teilhabeplan wird in der Regel für einen zweckmäßigen Zeitraum erstellt. Er erfordert, alle benötigten Leistungen, insbesondere soweit sie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder andere Bereiche (s. o.) zumindest im Hinblick auf die Hilfsmittelversorgung für z. B. 6–24 Monate je nach Entwicklungsstand zusammenzustellen. Dies hätte für die Versorgung erhebliche Vorteile, da dann die Versorgung für die benötigten Hilfsmittel für einen Zeitraum geplant werden kann und, wenn sie in einem festgestellten Teilhabeplan enthalten sind, damit zumindest dem Grunde nach als genehmigt gelten können (s. u.). Dies kann besonders für umfangreiche Versorgungen, ggf. auch Mehrfachversorgungen, sowie die Zuständigkeitsklärung (z. B. gegenüber der Eingliederungshilfe) von erheblicher praktischer Bedeutung sein.

Die Verortung der HMV ausschließlich in der vertragsärztlichen Versorgung ohne Berücksichtigung ihres Charakters als Leistung zur medizinischen Rehabilitation wird der Bedeutung von Hilfsmitteln als Teil der medizinischen Rehabilitation nicht gerecht. Wie schon ausgeführt wird z. B. bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 i. V. m. § 42 SGB IX durch die Reharichtlinie die Bedarfsermittlung geregelt, u. a. über die Verpflichtung zur Nutzung des Musters 61, das wesentliche Tatbestände enthält, die die Indikation begründen (und nachprüfbar machen) können.¹⁹ Ein solches Verfahren fehlt für die Hilfsmittel, die dem Behinderungsausgleich dienen. Für die HMV gibt es lediglich verschiedene Ansätze, wie z. B.

¹⁹ Ob dieses Verfahren ausreichend ist, wird unterschiedlich beurteilt. Dieser Frage wird hier aber nicht nachgegangen. Vgl. z. B. BMAS 2019.

standardisierte Befundbögen (Rehakind) oder die Vorschläge für eine „qualifizierte Verordnung“²⁰, die sich in der Praxis jedoch noch nicht etabliert haben. Notwendig wäre hier eine mit dem SGB IX konforme Regelung in der Hilfsmittel- und ggf. in der Reharichtlinie des G-BA, wo auch Näheres zu Inhalt und Form der Verordnung (s. a. Kapitel 3.4 Verordnung) geregelt werden sollte. Die bisher in der HMR enthaltene Vorschrift einer „Gesamtbetrachtung“ ist hier unzureichend.

3.4 Verordnung

Die Verordnung von Hilfsmitteln nach § 33 SGB V ist nach § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V Aufgabe der vertragsärztlichen Versorgung. Sie erfolgt in der Praxis heute durch einen Vertragsarzt, eine ermächtigte Einrichtung etc.

Dafür ist das Muster 16 (einfaches Rezeptformular, mit Ausnahme Seh- und Hörhilfen) vorgesehen. Der Vertragsarzt soll darauf Angaben zum Hilfsmittel machen und darauf ggf. ergänzende Hinweise auf spezifische Bedarfe entsprechend der Gesamtbetrachtung nach § 6 Abs. 3 S. 2 HMR geben. Dazu ist auf dem Formular kein Raum. Es ist möglich, weitere Angaben zusätzlich auf einem Blatt beizulegen. Jedoch handelt es sich nur um eine Soll-Vorschrift. Ein geeignetes Formular insbesondere unter Berücksichtigung der notwendigen Bedarfsermittlung fehlt vollständig, es gibt nicht einmal eine Arbeitshilfe (Die erarbeiteten Bögen z. B. von RehaKind sind im Hinblick auf die Bedarfsermittlung (BE) nach SGB IX nicht hinreichend).

Es ist deshalb davon auszugehen, dass auf Grund des unregelmäßigen Verfahrens in vielen Fällen die Angaben auf der Verordnung für eine sachgerechte Beurteilung nicht ausreichend sind, wenngleich in manchen Fällen der Krankenkasse Vorinformationen vorliegen, die eine sachgerechte Entscheidung dennoch ermöglichen könnten.

Aus der Praxis der Krankenkassen und des MD wird berichtet, dass Verordnungen gelegentlich nicht korrekt ausgefüllt werden. Dies kommt nach den Erfahrungen des Autors im hier behandelten Versorgungssegment nicht häufig vor und kann u. a. an der Praxissoftware liegen, wenn aus dieser lediglich die Hauptdiagnosen entnommen werden. Dies stellt aber kein systematisches Problem dar.

Andererseits geben sich viele Verordner, insbesondere solche, die sich zuvor intensiv mit der Erstellung einer umfassenden Versorgungskonzeption beschäftigt haben, große Mühe, die Verordnung zu begründen, z. B. durch Anlagen mit Befundberichten, Begründungen etc. Dies entspricht einer Sollvorschrift in der HMR des G-BA. Allerdings gibt es dazu keine Standards oder gar Vereinbarungen über Inhalt und Umfang. (Zur Berücksichtigung solcher Erläuterungen im Genehmigungsprozess s. Kap 3.6. und 3.7.)

Sind Verordnungen nur kurz oder gar unkorrekt führt dies in der Praxis dazu, dass sich die HMR verzögert. Nicht selten werden die Verordnungen einfach mit der Begründung abgelehnt, dass die Notwendigkeit nicht ersichtlich sei oder Informationen fehlten. In anderen Fällen werden die Familien oder der Verordner, oft erst nach Wochen, aufgefordert, weitere Informationen zu liefern, z. B. eine nähere Begründung (z. T. mittels Formblätter). Diese können jedoch vom Verordner oft erst nach erneuter Konsultation und nicht nach Aktenlage beantwortet werden. Ein weiterer Konsultationstermin bedeutet eine weitere Verzögerung. Dies könnte durch eine klare Regelung der Verordnungsinhalte vermieden werden.

²⁰ Vgl. DVfR 2009.

Auffällig ist, dass die Krankenkassen oder auch der MD häufig nicht auf die ihnen bereits vorliegenden Informationen, z. B. auf Vorverordnungen zurückgreifen, die die Verordnung ergänzen. Dies könnte auf unzureichenden internen Kommunikationsprozessen beruhen.

Nicht selten wird eine Verordnung aber abgelehnt, weil sich der Bedarf aus der Verordnung nicht eindeutig ergebe. Aus der Praxis wird berichtet, dass dies öfter auch bei korrekten und gut begründeten Verordnungen der Fall ist. Hier bleibt unklar, wie eine korrekte Verordnung hätte aussehen müssen, die eine Genehmigung ermöglicht hätte. Ablehnungen erfolgen zudem deshalb, weil die KK nicht zuständig sei, ohne dass allerdings eine Weiterleitung an den nach Auffassung der KK zuständigen Rehaträger erfolgt. (s. u. Kap. 3.6.)

Die Ablehnung einer Verordnung bedeutet für die Familien, in Widerspruch gehen zu müssen. Dies bedeutet eine erhebliche Verzögerung und ist für Familien außerordentlich belastend. (s. Kapitel 3.8)

Zusammenfassend ist festzustellen, dass durch unzureichende Vorgaben für die Verordnung unter Einbezug der Ergebnisse der Bedarfsermittlung und durch oft als von der KK als unzulänglich bezeichnete Verordnungen erhebliche Verzögerungen und Mehraufwände entstehen, die zu Lasten des Kindes und seiner Familie gehen.

Angesichts dieser Problematik sind zahlreiche SPZ dazu übergegangen, dem Verordnungsblatt einen Bericht über die o. g. Befundung und Bedarfsermittlung (Versorgungskonzeption) beizulegen. Diese erfolgt durch ein hoch spezialisiertes kompetentes Team, das in der Lage ist, den Hilfsmittelbedarf fachlich und umfassend zu beurteilen. Diese Berichte sind formlos und unterschiedlich ausführlich und konzentrieren sich in der Regel auf die Begründung des verordneten Hilfsmittels. Bisweilen werden Begründungen auch von anderen beteiligten Akteuren verfasst, z. B. dem Therapeutenteam der Förder-Kita, der Förderschule oder auch von besonders qualifizierten und engagierten einzelnen Therapeuten. Dabei werden das HVM und die Vorgaben der HMR beachtet. Oft werden auch rehamedizinische und leistungsrechtliche Aspekte mitbehandelt.

Diese Lösung stellt eine gute und in der Regel hinreichende Bedarfsermittlung für das jeweilige Hilfsmittel sicher, so dass eine rasche Entscheidung seitens der Krankenkasse möglich wäre. Allerdings sollte durch Vorgaben für die Verordnung (und ggf. Anlagen) nicht nur verbindlich festgelegt werden, welche Angaben erforderlich sind, sondern auch, welche als hinreichend für eine Leistungsentscheidung gelten sollen. (Zum Umgang mit vorgelegten Versorgungskonzeptionen durch die KK s. Kapitel 3.6 und 3.7).

Man kann in diesem Zusammenhang aber auch die Auffassung vertreten, dass die Krankenkasse als verantwortlicher Rehaträger den Bedarf auch selbst ermitteln muss, vgl. dazu die rechtliche Bewertung.

Rechtliche Bewertung

Die Verordnung von Hilfsmitteln ist zweifellos die Aufgabe der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen.²¹ Die Anforderungen an eine solche Verordnung sind jedoch nicht hinreichend geregelt, eine Vergütung für den in diesen Fällen erheblichen Mehraufwand ist nicht vorgesehen. In der ambulanten Versorgung steht zudem keine organisierte Teamkooperationsform zur Verfügung. Der Vertragsarzt kann aber unter-

²¹ Die neue Möglichkeit der Empfehlung von Hilfsmitteln zur Pflege durch Pflegefachkräfte bleibt hier unberücksichtigt.

stützend zur Sachverhaltsdarstellung auf Befunde, Berichte anderer Fachleute zurückgreifen, sofern diese vorliegen. Über die Notwendigkeit von Hilfsmitteln zur Bewältigung des Alltages können zudem die Erziehungsberechtigten Auskunft erteilen.

Handelt es sich um Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich ist jedoch auch das SGB IX zu beachten, da dann die HMV als Leistung der medizinischen Rehabilitation zu werten ist. Dabei handelt es sich grundsätzlich um eine Leistung, die auf Antrag zu gewähren ist. Das bedeutet, dass einerseits der Versicherte einen Antrag stellen kann und eine ärztliche Verordnung nicht erforderlich ist, andererseits eine ärztliche Verordnung als Antrag zu werten ist. In diesem Falle ist die Krankenkasse Rehaträger, so dass sie streng genommen auf einer ärztlichen Verordnung als Voraussetzung ihrer Befassung nicht bestehen kann. Sie hat grundsätzlich als zuständiger Leistungsträger nach Eingang eines Antrages selbst eine Bedarfsermittlung und ggf. ein Teilhabeplanverfahren durchzuführen. Dies ist z. B. inzwischen in der Eingliederungshilfe regelhaft der Fall. Dies könnte auch bei der Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen stattfinden.

Für den Bereich der medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V ist dies im Bereich der GKV so geregelt, dass die Bedarfsermittlung an den Vertragsarzt delegiert wird, in dem dieser das Formular 61 (oder entsprechende Formulare für ergänzende Leistungen wie Rehasport oder Funktionstraining) ausfüllt und ggf. Befundberichte beifügt. Dies führt dazu, dass die Krankenkasse in der Regel hinreichend informiert ist und eine Leistungsentscheidung begründet treffen kann. Eine entsprechende Regelung für die Hilfsmittelversorgung zum Behinderungsausgleich wäre möglich, fehlt jedoch derzeit.

Damit ist festzustellen, dass die Krankenkassen derzeit die HMV, sofern sie Leistung der medizinischen Reha ist, nicht gesetzeskonform organisiert hat. Stattdessen existiert ein weitgehend unstrukturierter Prozess, der eine bedarfsgerechte, zügige Versorgung der Kinder und Jugendlichen nicht hinreichend sicherstellt.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die bisherige Form der Verordnung dem rechtlichen Charakter der HMV als Leistung der medizinischen Rehabilitation nicht gerecht wird, es auf Grund der Mängel bei den Verordnungen zu Verzögerungen und erheblichen Aufwänden aller Beteiligten kommt. Die Chancen einer Teilhabeplanung im Hinblick auf die HMV, auch für mehrere Hilfsmittel und für einen längeren Zeitraum, werden nicht genutzt.

Die durch die SPZ praktizierte Bedarfsermittlung und erweiterte Verordnung kann hier Abhilfe schaffen, (wobei auch hier noch Optimierungsmöglichkeiten bestehen). Dazu bedarf es jedoch gültiger Vorgaben für die Verordnung, die hinreichend für die Leistungsentscheidung sein müssen. Der entstehende Mehraufwand ist zu vergüten. Eine qualifizierte bzw. erweiterte Verordnungsmöglichkeit wurde im Übrigen von der DVfR schon 2009 gefordert.

3.5. Kooperation mit Sanitätshäusern, Kostenvoranschlag

Eine bedarfsgerechte HMV erfordert im hier behandelten Versorgungssegment eine enge Kooperation mit den Leistungserbringern (Sanitätshäuser, Orthopädietechniker, Rehamittelfachleute), die über spezielle Erfahrungen verfügen müssen. Sie müssen zudem häufig bereits bei der Bedarfsermittlung einbezogen werden, um die geeigneten Hilfsmittel auszuwählen und zu klären, welche individuellen Anpassungen erforderlich sind. Dazu sind nur wenige Firmen in der Lage. Sie müssen zudem wohnortnah agieren, da sie bei der Teamarbeit anwesend sein müssen und zudem häufig Anpassungen im Verlauf erforderlich sind, die sich einerseits aus den Nutzungserfahrungen, andererseits aus dem raschen Wachstum der Kinder ergeben.

Dabei hat es sich bewährt, wenn die Leistungserbringer konstant über einen längeren Zeitraum mit den Verordnern kooperieren.

Hier wird aus der Praxis berichtet, dass die Krankenkassen immer wieder wohnortferne Leistungserbringer beauftragen, da sie mit ihnen Verträge abgeschlossen haben, insbesondere bei Rollstühlen (mechanische Rollstühle, Elektrorollstühle). Für diese ist jedoch der Aufwand einer regelmäßigen Versorgung vor Ort oft zu hoch. Zudem fehlen häufig Spezialkenntnisse. Deshalb muss es den Erziehungsberechtigten möglich sein, Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen, die bereit und in der Lage sind, mit ihnen (auch via Hausbesuch oder Besuch in Einrichtungen) den Behandlern und Verordnern eng, niedrigschwellig, zeitnah und kompetent zu kooperieren.

Besteht eine solche enge Kooperation, kann auf Grund der Ergebnisse der Bedarfsermittlung meist ein Kostenvoranschlag schon zum Zeitpunkt der Ausstellung der Verordnung vorliegen. Dieser kann dann vom Verordner fachlich, nicht hingegen in jeder technischen Einzelheit oder den Preisen, überprüft werden. Das Ergebnis dieser Vorabprüfung kann der Krankenkasse mitgeteilt werden.

Aus der Praxis wird hingegen berichtet, dass einige Leistungserbringer erst eine Verordnung verlangen, bevor sie einen Kostenvoranschlag (KoVo) erstellen. Nicht alle LE sind bereit, Zeit in die Beratung im Vorfeld zu investieren, insbesondere, wenn mehrere Termine erforderlich sind. Es wird von Seiten der LE beklagt, dass diese Vorleistungen bei der Preisgestaltung durch die Krankenkassen häufig nicht berücksichtigt werden. Das ist dann von besonderer Relevanz, wenn die Krankenkasse die im KoVo niedergelegte Versorgungskonzeption dem Grunde nach akzeptiert, jedoch die Preise als zu hoch empfindet und dann ein Vergleichskostenvoranschlag bei einer Firma angefordert wird, die sich an der Erarbeitung der Versorgungskonzeption nicht beteiligt (und deshalb „preisgünstiger“ anbieten kann).²²

Werden Leistungserbringer durch die KK mit der Erstellung eines KoVo zu Vergleichszwecken beauftragt, erfolgt häufig keine Kontaktaufnahme mit dem Verordner bzw. der Versorgungsteam. Werden erarbeitete Berichte bzw. die mühsam erarbeitete Versorgungskonzeption durch die KK an solche Leistungserbringer weitergeleitet, entfällt für diese die Vorarbeit, so dass das Angebot niedriger ausfallen kann.²³

Auf Grund der unzureichenden Vertrautheit und Kooperation mit dem Verordner bzw. dem Team kommt es häufig zu Fehlversorgungen. Bei wohnortfernen Leistungserbringern mangelt es in der Regel an der Nachbetreuung: Anpassungen und Änderungen erfolgen häufig gar nicht oder verzögert.

Nicht selten wird von KK kritisiert, dass eine enge Kooperation eines Verordners mit einem Leistungserbringer den Wettbewerb verzerre. Auch werden unzulässige Absprachen vermutet. Die Vertragshoheit müsse bei den KK bleiben. Diese Auffassungen entbehren jedoch einer empirischen und rechtlichen Grundlage (s. rechtl. Bewertung). Für die medizinische Rehabilitation gilt eine interdisziplinäre Arbeitsweise als grundlegend. Aus

²² Dem kann durch geeignete vertragliche Vereinbarungen zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen entgegengewirkt werden, in dem die Preise des Hilfsmittels von den zu erbringenden Nebenleistungen etwa im Rahmen einer Bedarfsermittlung für eine Versorgungskonzeption getrennt werden. Dazu werden derzeit Verhandlungen geführt.

²³ Ein solches Verfahren ist allerdings unzulässig.

fachlicher Sicht ist deshalb die Einbeziehung von Sanitätshäusern in den Versorgungsprozess in der Regel erforderlich.

Aus der Praxis werden z. T. erhebliche Verzögerungen bei der Versorgung berichtet, wenn die Kostenzusage der KK erst nach längerer Zeit vorliegt. Je nachdem, wie lange der Genehmigungsprozess andauert, muss die Versorgungskonzeption oder es müssen zumindest die vorgesehenen Maße durch den Leistungserbringer verändert werden (Wachstumsschub des Kindes).

Als weitere Barrieren für einen zeitnahen Versorgungsprozess erweisen sich die Prüfung eines Wiedereinsatzes, die ggf. notwendige Informationsbeschaffung (z. B. bei Kommunikationshilfsmitteln) und die oft langen Lieferzeiten. Deshalb sollte der Leistungserbringer möglichst frühzeitig eingebunden werden. Auch Auseinandersetzungen zwischen der KK und dem Leistungserbringern bzgl. der Preisgestaltung können sich verzögernd auswirken.

Rechtliche Bewertung

Grundsätzlich wählt der Versicherte den Leistungserbringer (§ 33 Abs. 6 SGB V). Er kann sich dabei beraten lassen. Dieser Wunsch ist vom Verordner bzw. dem Versorgungsteam zu respektieren. Maßgeblich für diese Entscheidung ist in der Regel, ob der Leistungserbringer mit seinem Verordner bzw. Versorgungsteam kooperiert und der Leistungserbringer hinreichend qualifiziert ist.

Die Krankenkasse darf Versorgungsleistungen mit Hilfsmitteln nur über Vertragspartner sicherstellen, außer es bestehen keine Verträge oder die Versorgung durch einen Vertragspartner ist nicht zumutbar möglich. Bei den Kostenvoranschlägen sind die vertraglichen Vereinbarungen nach § 127 SGB V zu beachten. Dies kann die KK prüfen. Dabei handelt es sich nicht um ein medizinisches Gutachten, sondern um eine verwaltungstechnische Prüfung. (Nach den Bestimmungen des SGB IX hat dementsprechend eine Entscheidung innerhalb von 3 Wochen zu erfolgen, wenn keine Begutachtung erforderlich ist). Der Leistungserbringer hat die Vorschrift einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung zu beachten.

§ 128 SGB V (unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten) ist zu beachten. Dies wird von den SPZ und den Verordnern für diesen Versorgungsbereich sichergestellt.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass eine enge Kooperation zwischen Verordner bzw. Versorgungsteam und Leistungserbringern zur Erstellung der Versorgungskonzeption und eine frühzeitige Einbeziehung des Leistungserbringers notwendig ist. Durch die Erstellung von Kostenvoranschlägen und deren Prüfung darf keine Verzögerung eintreten. Diese können ggf. vom Verordner bzw. dem Versorgungsteam fachlich sowie ggf. auch durch die Erziehungsberechtigten zumindest auf Plausibilität überprüft werden.

3.6. Die Krankenkassen im HMV-Prozess

Die Verordnung wird in der Regel vom Leistungserbringer mit dem Kostenvoranschlag der Kasse zur Genehmigung vorgelegt.

Diese prüft (Sachbearbeitung) und genehmigt oder nicht (Bescheid), fordert weitere Unterlagen beim Verordner an, fordert Änderungen am KoVo oder genehmigt diesen nur teilweise, beauftragt ein Gegenangebot oder fordert eine Stellungnahme des MD an. Auf Grund dessen Stellungnahme erfolgt eine Genehmigung, die Anforderung weiterer Unterlagen, falls der MD

dies für erforderlich hält, eine Teilgenehmigung oder die Ablehnung. Der Prozess erfolgt grundsätzlich per Aktenlage, es sei denn, der MD hält eine persönliche Untersuchung für erforderlich.

Aus der Praxis wird berichtet, dass der Bearbeitungsprozess bei der KK oft mehrere Wochen, z. T. Monate benötigt. Dann ist eine zeitnahe Versorgung des Kindes nicht möglich. Aus zahlreichen Berichten entsteht der Eindruck, dass relativ häufig ohne umfassende Bedarfsprüfung abgelehnt wird. Bisweilen erfolgt die Mitteilung dazu nur telefonisch, häufig handelt es sich nicht um einen juristisch korrekten Bescheid, da z. B. eine Rechtsbelehrung fehlt. Der Verordner erhält keine Mitteilung.

Die Beobachtungen von unzureichender Prüfung stützen sich u. a. darauf, dass die Ablehnung nicht, nur formal (z. B. Diagnose und Verordnung stimmen nicht hinreichend überein, Mehrfachversorgung wird unterstellt) oder unzureichend, oft nur mit Standardformulierungen, begründet wird. Erst auf Verlangen der Erziehungsberechtigten wird ihnen das MD-Gutachten zur Verfügung gestellt. Dieses besteht häufig in wenigen Worten, so dass daraus eine inhaltlich korrekte Beschäftigung mit der Fragestellung nicht wahrscheinlich gemacht werden kann. Zum Teil wird ein, u. U. auch älteres vorhandenes Pflegegutachten herangezogen, auch wenn dieses zu den Teilhabebedarfen nichts oder wenig aussagt.

Mit der Einholung weiterer Informationen vergeht z. T. erhebliche Zeit: Erziehungsberechtigte und Teammitglieder berichten, dass erst auf Anrufe oder Schreiben hin eine Weiterbearbeitung erreicht werde. Z. T. müssten die Erziehungsberechtigten im Detail Begründungsaspekte auführen, und das nicht nur bei einer, sondern bei mehreren Hilfsmitteln, z. T. mehrmals im Jahr. Dies sei sogar bei Fällen vorgekommen, wo schon ein Blick auf das Kind die Frage des Bedarfes entschieden hätte (z. B. Versorgung mit einer Sitzschale bei fehlender Sitzstabilität).

Ferner wird berichtet, dass in den Rückmeldungen der Krankenkasse die ausführlichen Begründungen des SPZs oder anderer Fachleute nicht berücksichtigt worden sind. Z. T. wurden diese nicht einmal an den MD weitergeleitet. Dies ist besonders bedrückend, und zwar für die Familie, aber auch für den Verordner oder das Hilfsmittelteam. Es kommt zu häufig zu endlosen Kommunikationsschleifen, an deren Ende nicht immer ein konsentierter Versorgungsvorschlag steht.

Ablehnungen erfolgen u. a. auch mit Hinweis darauf, dass das verordnete Hilfsmittel nicht im Hilfsmittelverzeichnis enthalten sei, obwohl dies nicht abschließend ist und insofern eine Ablehnung so nicht begründet werden kann.

Ggf. wird dann Widerspruch eingelegt, zu dem dann nochmals ausführlich durch den Verordner Stellung bezogen werden muss, der im Übrigen in diesem Versorgungssegment meist Erfolg hat. Zum Teil ist die Verzögerung auch dadurch bedingt, dass Positionen aus dem KoVo nicht akzeptiert werden.

Hier bleibt das Kind trotz anerkanntem Versorgungsbedarf nicht selten über Wochen oder Monate unversorgt. Nicht einmal die Fristen nach Teil 1 SGB IX werden regelhaft eingehalten. Das bringt die betroffenen Familien zur Verzweiflung. Bürokratische Hindernisse und Hürden zermürben die betroffenen Familien bis zur Aufgabe gegenüber den verantwortlichen Institutionen. Häufig fühlen sich die Familien als lästige Bittsteller mit unangemessenen Begehlichkeiten behandelt.

Rechtliche Bewertung

Nach § 16 SGB I sind die Leistungsträger verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass unverzüglich klare und sachdienliche Anträge gestellt und unvollständige Angaben ergänzt werden. Nach § 17 Abs. 1 SGB I gilt dies auch dahingehend, dass jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält. Nach § 2a SGB V ist den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen. Dies ergibt sich auch aus der UN-BRK. Für die Umsetzung dieser gesetzlichen Anforderungen hat die Selbstverwaltung zu sorgen. Dies gilt auch für die Versorgung mit Hilfsmitteln. Diesen gesetzlichen Ansprüchen wird der Hilfsmittelversorgungsprozess derzeit nicht gerecht.

Dem Grunde nach besteht ein Prüfungsanspruch durch die Krankenkasse, wenn sie darauf nicht verzichtet hat. Das Bearbeitungs- und Prüfverfahren ist aber so zu gestalten, dass die bedarfsgerechte Versorgung sichergestellt bleibt. Das ist hier häufig nicht der Fall, da Verzögerungen die fortlaufende Entwicklung des Kindes beeinträchtigen.

(Auf die Prüfmöglichkeiten der KK bei Hilfsmitteln mit rein therapeutischer Zielsetzung wird im Kapitel 3.7 zum MD eingegangen)

Wenn der umfangreiche Prüfprozess damit begründet wird, dass die Verordnungen unzureichend ausgestellt werden und zu wenig Informationen für eine rasche Bescheidung vorliegen, wäre es Aufgabe der Selbstverwaltung, hier Abhilfe zu schaffen, z. B. durch die Festlegung von Mindestanforderungen an die ärztliche Verordnung. Dies könnte in der HMR geregelt werden.

Bei Leistungen zur Teilhabe, so auch zur medizinischen Reha, war dieses Problem ebenfalls lange bekannt. Der Gesetzgeber hat deshalb verbindliche Regelungen zum Verfahren in Teil 1 SGB IX geschaffen. Wenn diese angewendet werden, kann ein großer Teil der geschilderten Probleme beseitigt werden. Das ist jedoch nicht der Fall: Es gibt kein geregeltes Verfahren zur Bedarfsermittlung und unzureichende Regelungen bzgl. der Verordnung von Hilfsmitteln (Ausnahme Seh- und Hörhilfen). Für dieses ergibt sich eine eindeutige Zuständigkeit beim Leistungsträger, hier im Hinblick auf die HMV als Leistung zur medizinischen Rehabilitation meist bei den Krankenkassen. Auch werden in den meisten Fällen die Fristen nach Teil 1 SGB IX nicht eingehalten. (Konkret s. dazu den Fristenrechner der BAR) Insofern ist der Versorgungsprozess rechtsfehlerhaft organisiert.

Vereinzelt wird von Hinweisen aus den Krankenkassen berichtet, dass innerhalb so kurzer Fristen eine umfangreiche Prüfung nicht möglich sei und man deshalb zunächst ablehnen müsse, um für eine weitere Prüfung Zeit zu gewinnen. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, den Prozess effektiver zu organisieren.

Erschreckend dabei ist, dass Bemühungen von Verordnern und Versorgungsteams zumindest ihren Teil zur Bedarfsermittlung beizutragen und so eine zeitnahe Entscheidung zu ermöglichen, z. T. ins Leere gehen (Vgl. dazu Kapitel 3.7 zum MD). Es bedarf deshalb dringend einer Optimierung des Hilfsmittelversorgungsprozesses.²⁴

²⁴ Auch hier ist darauf hinzuweisen, dass nicht nur Probleme sondern auch reibungslose Prozesse geschildert werden. Die beschriebenen Schwierigkeiten sind jedoch keine Einzelfälle und treten häufig auf.

3.7 Der Medizinische Dienst im HMV-Prozess

Wie in den Rechtsgrundlagen ausgeführt, kann die KK in geeigneten Fällen durch den MD prüfen lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist. Vgl. dazu auch § 17 SGB IX. Der MD hat hierbei den Versicherten zu beraten.

Der MD erhält zur Prüfung die Verordnung und in der Regel den KoVo des Leistungserbringers. Dazu sind ihm alle weiteren relevanten Unterlagen der KK zur Verfügung zu stellen. Nach Berichten aus dem MD und Rückmeldungen an die Verordner erfolgt dies jedoch nicht zuverlässig und nicht in jedem Fall. Sogar die eigens gefertigten Begründungen für ein Hilfsmittel werden nicht immer dem MD vorgelegt. Begründet wird dies gelegentlich mit dem Argument, dass sich der MD ein „unabhängiges Bild“ machen solle.

Die Prüfung erfolgt in den meisten Fällen per Aktenlage. Ob ein Besuch durchgeführt wird, wird regional sehr unterschiedlich gehandhabt. Sind die Unterlagen nicht vollständig, teilt der MD der KK mit, dass eine Befürwortung bzw. eine Beurteilung deshalb nicht möglich sei. Diese kann dann weitere Unterlagen anfordern oder einen Ablehnungsbescheid verfassen. Nur selten (und regional sehr unterschiedlich) versucht der MD selbständig eine weitere Klärung. Dazu eignen sich z. B. unmittelbare Rückfragen bei den Verordnern oder den Familien, die jedoch, so die Erfahrungsberichte, nur selten stattfinden, oder eine unmittelbar persönliche Inaugenscheinnahme.

Die Stellungnahmen des MD sind z.T. sehr kurz. Auch ausführlichere Stellungnahmen erfüllen meist nicht die Anforderungen nach § 13 und § 17 SGB IX. Wenn es sich um Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich handelt, ist diese Regelung aber zu beachten (s. a. rechtl. Bewertung). Eine umfassende Bedarfsermittlung erfolgt nicht einmal regelhaft in Bezug auf die Hilfsmittel, erst recht nicht im Hinblick auf andere Teilhabebedarfe. Dies wäre aber sinnvoll (und ist gesetzlich vorgeschrieben!), da es z. T. Überschneidungen mit den Leistungen zur Bildung und zur sozialen Teilhabe gibt. Dies hängt z. T. auch von der unkorrekten Fragestellung der KK ab, wenn diese lediglich danach fragt, ob das Hilfsmittel medizinisch erforderlich sei. Der Prüfungsauftrag müsste hier aber auf die Bedarfsermittlung im Hinblick auf Teilhabebedarfe zielen.

Die Begutachtung erfolgt in der Regel nicht durch einschlägig qualifizierte Fachärzte. Für die Verordner, die qualifizierten Teams und die Familien ist das unverständlich, da zur bedarfsgerechten HMV umfangreiche Kompetenzen gehören und nur mit Hilfe solcher Fachkenntnisse die Arbeitsergebnisse kompetenter Teams, die zudem aus der genauen Kenntnis des Kindes, seiner Entwicklung und seiner Lebenssituation gewonnen werden, bewertet bzw. angemessen diskutiert werden können.

Nach Einschätzung der Familien aber auch der Experten in den Fachgesellschaften ist die Begutachtung durch den MD in dem hier verhandelten Bereich häufig fachlich unzureichend und führt deshalb zu Fehlentscheidungen der Krankenkassen.

Ohne persönliche Untersuchung kann der MD der gesetzlich verpflichtenden Aufgabe zur Beratung des Versicherten nicht nachkommen. Damit wird eine wesentliche gesetzliche Vorschrift, die zu einer bedarfsgerechten und zügigen Versorgung beitragen könnte, regelhaft nicht umgesetzt.

Jedoch berichten Familien, dass wenn persönliche Begutachtungen überhaupt stattgefunden haben, die MD-Gutachter ersichtlich unter Zeitnot litten und z. T. wichtige Untersuchungsschritte gar nicht durchgeführt haben (z. B. Untersuchung des entkleideten Kindes). Auch

wurden wiederholt mangelnde Fachkenntnisse beim Umgang mit dem behinderten Kind von den oft gut informierten Eltern bemerkt. Andererseits werden durchaus auch positive Erfahrungen berichtet, so dass anschließend die HMV rasch erfolgt sei.

Das Gutachten erhalten die Versicherten nur auf Anfrage, die Verordner ausschließlich über die Versicherten. Das erschwert und verzögert die fachliche Auseinandersetzung mit den Gutachten.

Das Gutachten ist innerhalb von 14 Tagen nach Auftragseingang zu erstellen. (Ein Auftrag an den MD ist innerhalb von 3 Wochen durch den Leistenden Rehaträger zu beauftragen). Diese Frist wird, so die Berichte aus der Praxis, häufig nicht eingehalten. Nach Erhalt des Gutachtens muss der Leistungsträger innerhalb von 14 Tagen entscheiden. Auch diese Frist wird nicht regelmäßig eingehalten. Der Hinweis, dass dies wegen fehlender Informationen nicht möglich sei, mag gelegentlich zutreffen, ist aber in der Regel durch zuvor unzureichende Bedarfsermittlung verursacht, muss also dem Leistungsträger zugerechnet werden, da er nach § 20 SGB X zur Amtsermittlung verpflichtet ist.

Es werden Fälle berichtet, in denen Mitarbeitende der KK den Versicherten erläutert haben, dass sie wegen der einzuhaltenden Fristen zu einem ablehnenden Bescheid gezwungen seien, da die Informationen für eine Entscheidung eigentlich nicht ausreichen.

Bei den Hilfsmitteln mit rein therapeutischen Zielsetzungen kann ebenfalls geprüft werden, ob das Hilfsmittel erforderlich ist. Hier gilt das SGB IX nicht. Die Prüfung zielt auf die grundsätzliche Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der therapeutischen Entscheidung des Arztes, nicht hingegen auf die Preisgestaltung. Der MD darf jedoch nicht in die Behandlung selbst eingreifen. Diese Grenze wird jedoch z. T. überschritten, wenn z. B. die Notwendigkeit eines speziellen Korsettes zugunsten eines Mieders oder einer Sitzschale bestritten wird. Gerade bei diesen Entscheidungen ist es erforderlich, dass der Gutachter über eine dem Verordner entsprechende fachärztliche Qualifikation verfügt und das Kind selbst umfassend untersucht hat. Ein erheblicher Teil selbst dieser Gutachten wird aber nach Aktenlage und durch einen Arzt einer anderen Disziplin durchgeführt. Da es sich um therapeutische Entscheidungen eines zudem meist spezialisierten Facharztes, häufig unter Beiziehung eines interdisziplinären Teams handelt, der den Patienten aus der Behandlung gut kennt, müssen für Gutachten hohe fachliche Standards gelten. Meinungsäußerungen reichen hier nicht. Gegen diese Anforderungen wird häufig verstoßen.

Nicht selten wird bei der Begutachtung auf vorliegende Pflegegutachten Bezug genommen und angeführt, dass dort die HMV als ausreichend anzusehen sei oder die angestrebten Teilhabeziele auf Grund der attestierten Schwere der Pflegebedürftigkeit nicht erreichbar seien. Die Pflegegutachten haben jedoch eine andere Funktion können deshalb nicht als Entscheidungsgrundlage dienen.

Rechtliche Bewertung

Soweit es sich um Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich handelt, richtet sich die Begutachtung durch den MD nach § 275 Abs. 3 Nr. 1 SGB V unter Beachtung der Ziele des SGB IX. Der Sachverständige muss geeignet sein. Die Begutachtung muss eine umfassende sozialmedizinische Begutachtung beinhalten. Das bedeutet, dass die Anforderungen nach § 13 SGB IX zu beachten sind. Der Hinweis, dass die gesetzlichen Aufgaben des MD nach § 275 SGB V unberührt bleiben, bezieht sich auf davon abweichende Bestimmungen.

Dies ändert jedoch nichts daran, dass bei Leistungen zur Teilhabe, also auch zur medizinischen Rehabilitation die abweichungsfesten Regelungen der Kap. 2–4 des SGB IX stets zu beachten sind. Hier gilt der Vorrang der Einzelgesetze nicht.

Das hat im Falle der HMR zum Behinderungsausgleich zur Folge, dass die Erforderlichkeit der beantragten Hilfsmittelversorgung nicht nur sozialmedizinisch im Hinblick auf die medizinische Erforderlichkeit zu prüfen ist, sondern der Aspekt der Teilhabe im Vordergrund steht

Die Begutachtung durch den MD kann wesentlich erleichtert werden, wenn eine hinreichende Bedarfsermittlung rechtzeitig erfolgen würde. Auch stellt sich die Frage, ob der Aufwand für eine umfassende Teilhabeplanung für jedes Hilfsmittel stattfinden muss. Hierzu wird auf die praktizierte Lösung mittels des Formulars 61 für Leistungen der medizinischen Reha hingewiesen (s. o.) Ein analoges Formular wäre für die HMR denkbar. Für welche Indikationen und welche Hilfsmittel dieses gelten sollte, könnte der G-BA in der HMR regeln. Der Rechtsanspruch auf eine umfassende Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung bleibt davon unberührt. In der Praxis wäre die Durchsetzung dieses Anspruches ggf. durch einen entsprechenden Antrag des Versicherten möglich.

3.8 Widerspruchsverfahren

Die Entscheidung der KK über die Gewährung eines Hilfsmittels hat in Form eines rechtsmittelfähigen Bescheides zu erfolgen. In der Rechtsbehelfsbelehrung steht, in welcher Frist Widerspruch eingelegt werden kann. Fehlt dieser, verlängert sich die Frist, in der der Widerspruch eingelegt werden kann, von einem Monat auf ein Jahr. Dazu sind § 275 SGB Abs. 3b und 3c SGB V zu beachten:

„(3b) Hat in den Fällen des Absatzes 3 die Krankenkasse den Leistungsantrag des Versicherten ohne vorherige Prüfung durch den Medizinischen Dienst wegen fehlender medizinischer Erforderlichkeit abgelehnt, hat sie vor dem Erlass eines Widerspruchsbescheides eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen.

(3c) Lehnt die Krankenkasse einen Leistungsantrag einer oder eines Versicherten ab und liegt dieser Ablehnung eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes nach den Absätzen 1 bis 3 zugrunde, ist die Krankenkasse verpflichtet, in ihrem Bescheid der oder dem Versicherten das Ergebnis der gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis in einer verständlichen und nachvollziehbaren Form mitzuteilen sowie auf die Möglichkeit hinzuweisen, sich bei Beschwerden vertraulich an die Ombudsperson nach § 278 Absatz 3 zu wenden.“

Diese Vorschriften werden nach den vorliegenden Berichten nicht regelhaft eingehalten. Zu den Ombudspersonen liegen noch keine Erfahrungen vor.

Die Verordner und die Familien beklagen, dass zu häufig Ablehnungen erfolgen, ohne dass der Bedarf hinreichend ermittelt wäre (s. o.). Dann bleibt nur das Instrument des Widerspruches. Ein Widerspruch bedeutet jedoch stets eine Verzögerung um mehrere Wochen. Das Einlegen eines Widerspruches verlangt von den Familien Kenntnisse und stellt eine hohe zeitliche, v. a. aber auch emotionale Belastung der ohnehin stark belasteten Familien dar. Viele Familien haben Angst vor diesem Schritt. Eine genaue Zahl der Widersprüche für den hier behandelten Bereich ist nicht bekannt. Es wird berichtet, dass den Widersprüchen oft schon eine lange und zähe Auseinandersetzung vorausging und dass Widersprüche oftmals Erfolg haben. Häufig kommt dann die Versorgung des Kindes aber zu spät.

Auch wird berichtet, dass sogar in Widerspruchsverfahren keine oder keine wiederholte direkte Untersuchung des Kindes erfolgte, sondern nur nach Aktenlage entschieden werde. Hier gibt es Hinweise auf regionale Unterschiede.

Ob im Hinblick auf die HMV die Einführung eines Ombudsmanns ab 01.01.2020, diese Institution befindet sich z. T. noch im Aufbau, die hier beschriebenen systematischen Probleme lösen kann, sei dahin gestellt. Sie kann insbesondere geeignet sein, eindeutiges Fehlverhalten von Mitarbeitenden der KK zu bearbeiten und in Einzelfällen zu intervenieren. Sie kann jedoch die systematischen Defizite im Hilfsmittelversorgungsprozess nicht kompensieren.

Wird dem Widerspruch nicht stattgegeben, kommt der Klageweg in Betracht, der für Familien in der Praxis schon aufgrund der langen Verfahrensdauer kaum gangbar ist. Hierauf wird nicht näher eingegangen.

Rechtliche Bewertung

Erst im Widerspruchsverfahren bekommt der Versicherte die Sicherheit, dass und mit welchem Ergebnis eine Prüfung des MD stattgefunden hat bzw. noch veranlasst wird. In der Regel werden hierzu Stellungnahmen der Verordner und anderer Fachleute benötigt. Viele Verordner sehen sich dazu nicht in der Lage. Für den erheblichen Aufwand ist keine Vergütung vorgesehen. Versicherte haben keinen Rechtsanspruch auf eine solche Unterstützung durch den Vertragsarzt.

Dies führt dazu, dass die Familien sich als Bittsteller bei ihren Verordnern fühlen müssen. Sie sind verbittert, wenn sie erkennen, dass bei einer ordnungsgemäßen Bedarfsermittlung am Anfang des Prozesses das Widerspruchsverfahren überflüssig gewesen wäre.

Für die Bearbeitung des Widerspruchs gibt es keine festen Fristen. Sollte aber nicht innerhalb von 3 Monaten ohne ausreichende Gründe über den Widerspruch entschieden sein, besteht die Möglichkeit der Untätigkeitsklage beim Sozialgericht, die erfahrungsgemäß aber auch einige Monate in Anspruch nimmt. Die Versicherten sind hinsichtlich der Vermeidung einer Versorgungsverzögerung machtlos. Mit einer Klage im Eilverfahren sind die Familien in der Regel überfordert.

4. Zusammenfassung und Lösungsoptionen

Die Analyse des Hilfsmittelversorgungsprozesses bei schwer oder mehrfachbehinderten Kindern und Jugendlichen mit wichtigen Hilfsmitteln (ausgewählte Gruppen) und der Berichte von Familien, Experten und Institutionen zeigt, dass in vielen Fällen keine bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet wird.

Fehlende Bedarfsgerechtigkeit bedeutet, dass Therapie- und Teilhabeziele nicht erreicht werden, durch die lange Dauer die Entwicklung der Kinder erheblich beeinträchtigt werden kann und dass Familien, die ohnehin zeitlich, organisatorisch und psychisch besonders beansprucht sind, durch die beschriebenen Probleme zusätzlich erheblich belastet werden und nicht selten resignieren und den Kampf für ihre Kinder aufgeben. Auch für Verordner, Assistenzkräfte und weitere Behandler entstehen erhebliche zusätzliche Belastungen und Kosten. Dies gilt auch für die Krankenkassen.

Es handelt sich um ein kleines Versorgungssegment, das eine relativ kleine Gruppe von sehr stark beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen sowie ihre Familien betrifft. Der finanzielle

Aufwand für ihre Hilfsmittelversorgung ist deshalb überschaubar. Dieser steht in keinem Verhältnis zum Aufwand, den alle Beteiligten betreiben. Der Leidensdruck der Betroffenen ist erheblich.

Es ist deshalb dringend erforderlich den Prozess der HMV zu verbessern. Dazu sind systematisch neue Wege zu gehen.

Das Ziel muss eine deutliche Vereinfachung und Optimierung der HMV mit dem Ziel sein, Therapie- und Teilhabeziele entwicklungsgerecht zu erreichen, den Versorgungsprozess zu verkürzen und nach Möglichkeit die HMV über einen längeren Zeitraum zu planen sowie alle Beteiligten vor unnötigen Belastungen zu bewahren. Die Versorgung ist gesetzeskonform zu gestalten.

4.1 Lösungsoptionen

Dazu erscheinen folgende Optionen für das beschriebene Versorgungssegment (einige Hilfsmittelgruppen für schwer beeinträchtigte Kinder und Jugendliche, die auch dem Behinderungsausgleich dienen) zielführend:

1. Klare und verbindliche Regelungen für die frühzeitige Bedarfsermittlung i. S. des SGB IX bei Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich: Diese sind der ärztlichen Verordnung und den Entscheidungen der Krankenkasse zugrunde zu legen.
 - a. Erforderlich sind ein Erhebungsformular, analog Muster 61, und eine Verankerung in der Hilfsmittelrichtlinie, ggf. auch in der Rehabilitationsrichtlinie des G-BA.
 - b. Dabei bleiben die Ansprüche auf eine umfassende Teilhabeplanung (einschl. Gesamtplanung) nach dem SGB IX unberührt.
2. Einführung einer qualifizierten Verordnung für bestimmte Personengruppen und Hilfsmittelgruppen. Näheres kann der G-BA regeln.
3. Beschleunigtes Verfahren und Verzicht auf eine MD-Prüfung, wenn eine Bedarfsermittlung und eine qualifizierte Verordnung durch eine spezialisierte ermächtigte Einrichtung, insbesondere ein SPZ bzw. eine Bedarfsermittlung durch ein kompetentes interdisziplinäres Team vorgelegt wird.²⁵
4. Verkürzung der Prüf- und Genehmigungszeiträume, auch durch Verpflichtung zur Kommunikation mit den Verordnern und ggf. durch Sicherstellung einer frühzeitigen Beratung durch Umsetzung des gesetzlich vorgesehenen Beratungsanspruches durch den MD.
5. Sicherstellung der fachlichen, spezifischen Qualifikation der Sachbearbeitung und des MD, hier insbesondere Begutachtung durch einschlägige Fachärzte.
6. Die Versorgungsverträge der KK mit den Leistungserbringern dürfen einer wohnortnahen Versorgung nicht entgegenstehen.
7. Transparenz des Versorgungsprozesses, sowie zum Leistungsgeschehen insgesamt (Verfahrensdauer, Widersprüche).

Analoge Regelungen für die Versorgung nach Abschluss des 18. Lebensjahres (Transition) und für vergleichbar betroffene Erwachsene (z. B. bei Betreuung in MZEB oder Spezialambulanzen) sind erforderlich.

²⁵ Vgl. dazu § 40 Abs. 3 S. 2ff. Hier wurde für die geriatrische Rehabilitation eine besondere Regelung geschaffen, die analog vom Gesetzgeber auch für Teile der Hilfsmittelversorgung getroffen werden könnte.

Berufs- und Fachverbände werden in Vorschläge für Qualifizierungsmaßnahmen aller an der Hilfsmittelversorgung Beteiligten eingebunden.

5. Quellen

Aktionsbündnis für bedarfsgerechte Heil- und Hilfsmittelversorgung (2021):

Positionspapier (<https://rehakind.com/aktuelles/aktionsbueundnis-fuer-bedarfsgerechte-heil-und-hilfsmittelversorgung>, Aufruf 30.3.2022)

Aktionsbündnis für bedarfsgerechte Heil- und Hilfsmittelversorgung (Februar 2022):

Stellungnahme. Handlungsbedarf und Lösungsoptionen (erscheint demnächst bei rehakind/Aktionsbündnis)

Altöttinger Papier (<http://www.dgspj.de/wp-content/uploads/qualitaetssicherung-altoettinger-papier-20141.pdf>, Aufruf 30.3.2022)

AOK Bundesverband (2014): Familie im Fokus. Die Lebens- und Versorgungssituation von Familien mit chronisch kranken und behinderten Kindern in Deutschland. Ergebnisse der Kindernetzwerk-Studie (https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/hintergrund/dossier/selbsthilfe/33selbsthilfestudie_web.pdf, Aufruf 30.03.2022)

BMAS (2019): FORSCHUNGSBERICHT 540. Studie zur Implementierung von Instrumenten der Bedarfsermittlung (https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/BTHG/Studie_BedarfsEM.pdf;jsessionid=F59ECCE6B9A0F2F065B2B4201697185C.2_cid508?blob=publicationFile&v=3 Aufruf 30.3.2022)

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) (div.):

Qualitätspapiere der DGSPJ zum Thema Hilfsmittelversorgung

(<https://www.dgspj.de/wp-content/uploads/qualitaetssicherung-papiere-hilfsmittel-2010.pdf>;
<https://www.dgspj.de/wp-content/uploads/qualitaetssicherung-papiere-hilfsmittel-systematik-2010.pdf>)

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) (2006): Für eine optimierte Versorgung mit Hilfsmitteln – Eine Expertise der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation zu aktuellen Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, erarbeitet vom Ad-hoc-Ausschuss der DVfR „Aktuelle Probleme der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln“ (Leitung: Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann), Oktober 2006

(https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/DVfR-Hilfsmittel-Expertise_061017.pdf, Aufruf 30.03.2022)

DVfR (2009): Überwindung von Problemen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln – Lösungsoptionen der DVfR, Oktober 2009

(https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/DVfR_Lösungsoptionen_Hilfsmittelversorgung_Okt_2009.pdf, Aufruf 30.03.2022) auch in: Die

Rehabilitation (2010) 49: Suppl. S. 5–36

DVFR (2016): Stellungnahme der DVfR zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) vom 23.06.2016

(https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/DVfR-Stellungnahme_zum_HHVG_-Juli_2016.pdf, Aufruf 30.03.2022)

DVfR (2021): Kongress: Hilfsmittel sichern Teilhabe – Technik für Inklusion in Alltag und Beruf. Kongressprogramm

(https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Veranstaltungen/211108_DVfR-Kongress_2021/21-11-05_Programm-DVfR-Kongress2021.pdf, Aufruf 30.03.2022)

Die Vorträge und berichte werden in Kürze unter www.dvfr.de verfügbar sein.

Kindernetzwerk (2018): Pflege und Teilhabe: Online-Link-Wegweiser „Für eine bessere Teilhabe von Familien mit besonderem Bedarf“

(https://www.kindernetzwerk.de/downloads/aktiv/2019/2018_Pflege_Teilhabe_V04.pdf, Aufruf 30.03.2022)

Lechleuthner, C. (2021): Petition 2021 „Stoppt die Blockade der Krankenkassen bei der Versorgung schwerst behinderter Kinder/ Erwachsener“

(<https://www.openpetition.de/petition/online/stoppt-die-blockade-der-krankenkassen-bei-der-versorgung-schwerst-behinderter-kinder-erwachsene-3>, Aufruf 30.03.2022). Enthält umfangreiche Informationen, Kommentare, Links etc.

Reinsberg, B., Schmidt-Ohlemann, M. (2010): Die teilhabeorientierte Versorgung mit Hilfsmitteln – ein bedeutsames Aufgabenfeld für die rehabilitation, in: Die rehabilitation (2010): 49: Suppl. S. 2–4

Schmidt-Ohlemann, M. (2021): Hilfsmittelversorgung nach dem BTHG aus sozialmedizinischer Perspektive. Vortrag im WS 2 „Hilfsmittelversorgung nach dem Bundesteilhabegesetz“ (Moderation: Prof. Dr. Felix Welti, Universität Kassel. Im Erscheinen (s. DVfR 2021). Er kann beim Autor vorab per Mail angefordert werden.

Welti, F. (2010): Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich: rechtlicher Rahmen und Reformbedarf in: Die Rehabilitation (2010); 49: Suppl. S 37–45

Zum Autor:

Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann,
Facharzt für Orthopädie, Rheumatologie,
Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin.
Landesarzt für Körperbehinderte in Rheinland-Pfalz
Pestalozzistr. 5

55543 Bad Kreuznach

Matthias.Schmidt.Ohlemann@googlemail.com