

Stellungnahme des Bundesrates zum GKV Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vom 06.02.2015

Bewertung rehaKIND e.V. zu der gesetzlichen Einführung von externen Hilfsmittelberatern in § 284 a SGB V

Aktuelles Beispiel

Ein junger Mann ist aufgrund seiner mehrfachen Behinderungen auf die Nutzung eines E-Rollstuhls mit einer individuell angepassten Sitzschale angewiesen. Insbesondere ist eine individuelle Anforderung erforderlich, da gerade im Rückenbereich erhebliche Probleme aufgrund einer Skoliose bestehen. Vom Sanitätshaus wurde nach Vorarbeiten, Anpassungen und Prüfungen ein Kostenvoranschlag über die individuelle Sitzschale nebst Elektrorollstuhl an die Krankenkasse versandt. Das Sanitätshaus erfuhr dann von der Mutter des jungen Mannes, dass dort ein externer Hilfsmittelberater angerufen hat, der der Mutter bis zu diesem Zeitpunkt nicht bekannt war. Ohne persönliche Untersuchung des jungen Mannes wurde vom Hilfsmittelberater die Auffassung vertreten, dass eine verstellbare Rückenlehne oder eine Begurtung nicht erforderlich seien. Dies müsse aus dem Kostenvoranschlag gestrichen werden. Der Hilfsmittelberater wollte die Mutter davon überzeugen, dass sie dieser Streichung zustimmt.

I. Entwurf eines § 284 a SGB V

Nachdem in der Vergangenheit sowohl der von Seiten des Bundesdatenschutzbeauftragten als auch des Bundesversicherungsamtes die Rechtswidrigkeit des Einsatzes externer Hilfsmittelberater gerügt wurde, sieht sich nunmehr der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Regierungsentwurf zum GKV-VSG veranlasst, für diese nunmehr eine gesetzliche Grundlagen einzuführen. Insbesondere sollen durch diese Regelungen die datenschutzrechtlichen Probleme beseitigt werden. Gleichzeitig soll in § 139 Abs. 9 SGB V der GKV-Spitzenverband verpflichtet werden, einheitliche Richtlinien für die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit externen Hilfsmittelberatern festzulegen, um die Anforderungen an die Qualifikation und Objektivität sicherzustellen. Diese Richtlinien sollen verbindlich sein.

Die Begründung des Bundesrates:

Aus der Begründung des Bundesrates ergibt sich, dass die externen Hilfsmittelberater die Krankenkassen bei medizinisch notwendigen und komplexen Hilfsmittelversorgungen beratend unterstützen sollen, um eine für deren individuelle alltagsrelevante Situation zweckmäßige und bedarfsrechte Versorgung zu erzielen. Ein Eingriff in die fachliche Kompetenz des Medizinischen Dienstes soll nicht erfolgen.

Die Beratung soll auch die Ermittlung alternativer Versorgungsmöglichkeiten umfassen. Darunter wird die Empfehlung gleichartiger und geeigneter Hilfsmittel verstanden, insbesondere, wenn das beantragte Hilfsmittel ungeeignet und/oder (langfristig) unwirtschaftlich sei. Als Beispiel werden gerade Kinderversorgungen genannt, bei

denen es ggf. geeignetere altersgerechte Versorgung durch „mitwachsende“ Hilfsmittel gäbe.

Als Ergebnis wird festgehalten, dass nur auf der Grundlage der ärztlichen Verordnung, dem ggf. vorliegenden MDK - Begutachtungsergebnis sowie den vorangehenden bzw. weiterführenden fachlichen Stellungnahmen der externen Hilfsmittelberater zur Zweckmäßigkeit des Hilfsmittel die Krankenkassen im Einzelnen in der Lage seien, eine optimale Entscheidung über die Hilfsmittelversorgung zu gewährleisten.

II. Stellungnahme rehaKIND e.V. zu dem Entwurf

Die externen Hilfsmittelberater sind seit geraumer Zeit einer erhebliche Diskussion ausgesetzt. Diese Diskussion steht nicht nur im Zusammenhang mit den datenschutzrechtlichen Problemen und der fehlenden Rechtsgrundlage, sondern auch gerade in der Abgrenzung zum MDK und den tatsächlichen Erfahrungen mit externen Hilfsmittelberatern in der Kinderversorgung. Die hier von rehaKIND e.V. geschilderten Beispiele sind zwar einzelne Beispiele, geben jedoch deutlich die Erfahrungswerte von Eltern, Sanitätshäusern und Ärzten, insbesondere in Sozialpädiatrischen Zentren wieder. Im Ergebnis besteht dort der Eindruck, dass die externen Hilfsmittelberater von den Krankenkassen im Wesentlichen dazu eingesetzt wurden, um Kosten zu sparen. Einzuräumen ist sicherlich, dass es Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenkassen und den einzelnen Hilfsmittelberatern gibt. In einer Gesamtbewertung ändert dies jedoch nichts an dem vorstehend geschilderten Gesamteindruck, der rehaKIND vermittelt wird.

1. Notwendigkeit von externen Hilfsmittelberatern

Der Bundesrat stellt die Notwendigkeit externer Hilfsmittelberater nicht in Frage, sondern stellt pauschal die Behauptung auf, dass hierdurch eine optimalere Versorgungsleistung der Krankenkassen erfolgen könne. Insoweit will man auch nicht in die Kompetenz des Medizinischen Dienstes eingreifen. Daher stellt sich die Frage, welche Kompetenzen neben der bisher gesetzlich geregelten Tätigkeit der Medizinischen Dienste überhaupt verbleiben, die von externen Hilfsmittelberatern ausgeübt werden sollen.

§ 275 Abs. 3 Ziff. 1 SGB V führt hierzu aus:

„Die Krankenkassen können in geeigneten Fällen durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen,

- 1. vor Bewilligung eines Hilfsmittels, ob das Hilfsmittel erforderlich ist (§ 33); der Medizinische Dienst hat hierbei den Versicherten zu beraten; er hat mit den orthopädischen Versorgungsstellen zusammenzuarbeiten,“*

Die gesetzlich definierte Aufgabe des Medizinischen Dienstes ist also die Erforderlichkeit einer Hilfsmittelversorgung im Sinne des § 33 SGB V festzustellen. Die Erforderlichkeit einer Hilfsmittelversorgung zur Krankenbehandlung bzw. Behinderungsausgleich ist eine von drei Tatbestandsmerkmalen des § 33 SGB V, der von den Krankenkassen zu prüfen ist. Neben der Erforderlichkeit der Hilfsmittelversorgung sind die Tatbestandsmerkmale der Hilfsmittelleigenschaft und der Frage des Gebrauchsgegenstandes des täglichen Lebens zu bewerten. Bei diesen beiden Tatbestandsmerkmalen handelt es sich um Rechtsfragen. Solche Rechtsfragen sind von der Krankenkasse selbst zu klären. Hierfür ist ein externer Rat nicht notwendig.

Somit verbliebe für die externen Hilfsmittelberater die Prüfung der Erforderlichkeit einer Hilfsmittelversorgung. Das ist aber nach dem Gesetz bereits Aufgabe des Medizinischen Dienstes, in dessen Kompetenzen der Bundesrat nicht eingreifen will.

Das Bundessozialgericht hat in seiner ständigen Rechtsprechung die Anforderungen an die Erforderlichkeit einer Hilfsmittelversorgung zur Krankenbehandlung und zum Behinderungsausgleich entwickelt. Anhand dieser Maßstäbe hat der Medizinische Dienst seine Prüfungen vorzunehmen und in seine Stellungnahmen einfließen zu lassen. Hierzu gehört auch die Beachtung der vom GBA entwickelten Hilfsmittelrichtlinie. Die Hilfsmittelrichtlinie ist gem. deren § 1 Abs. 2 u. a. für die Krankenkassen verbindlich. Damit ist die Hilfsmittelrichtlinie ebenso für den Medizinischen Dienst verbindlich, da er die Bewertung der Erforderlichkeit im Sinne des § 33 SGB V für die Krankenkasse wahrnimmt.

Außer der Erforderlichkeit einer Versorgung stellt § 33 SGB V keine weiteren Anforderungen an eine Hilfsmittelversorgung. Unter den Begriff der Erforderlichkeit fallen somit auch die Begriffe einer ausreichenden, zweckmäßigen, notwendigen oder geeigneten Versorgung, denn nur eine ausreichende, zweckmäßige, notwendige oder geeignete Hilfsmittelversorgung ist erforderlich im Sinne des § 33 SGB V.

Diese Begriffe sind am Maßstab der Hilfsmittelrichtlinie vom MDK auszulegen, wozu u.a. die in § 6 Hilfsmittelrichtlinie genannten alltagsrelevanten Anforderungen gehören, was u.a. an dem Maßstab der ICF zu bewerten ist.

Gleichzeitig ist der Medizinische Dienst gesetzlich verpflichtet, den Versicherten zu beraten. Hintergrund hierfür ist, dass zwischen der Krankenkasse und ihrem Versicherten eine Verwaltungsrechtsverhältnis besteht, in denen die Krankenkasse u.a. zu umfassender Beratung verpflichtet ist, wie es sich aus § 14 SGB I und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes ergibt. Hinsichtlich der erforderlichen Hilfsmittelversorgung übernimmt der Medizinische Dienst die Beratung für die Krankenkasse. Wird die Beratung unterlassen, unvollständig oder fehlerhaft erteilt, entsteht ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch des Versicherten gegen die Krankenkasse, den Zustand herbeizuführen, der bei ordentlicher Durchführung des Verfahrens bestanden hätte (BSG Urteil vom 16.05.2012, B 4 AS 166/11 R).

Mit der gesetzlichen Regelung des § 275 Abs. 3 Ziff. 1 SGB V hat der Gesetzgeber somit die Aufgaben und Kompetenzen des Medizinischen Dienstes beschrieben. Aufgrund der gesetzlichen Tatbestandsvoraussetzungen des § 33 SGB V verbleibt somit kein Raum für eine Tätigkeit eines externen Hilfsmittelberaters. Die in der Begründung des Bundesrates genannten Aspekte zählen alle zum Prüfungsumfangs des Medizinischen Dienstes. Ob die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen, hat der Medizinische Dienst entweder nach Aktenlage oder durch persönliche Untersuchung, ggf. auch im Rahmen eines Hausbesuches festzustellen.

Im Ergebnis ist daher keine Situation festzustellen, in denen externe Hilfsmittelberater im Rahmen des Anspruchs gem. § 33 SGB V Kompetenzen haben sollen, ohne dabei in die Kompetenz des Medizinischen Dienstes einzugreifen. Die vom Bundesrat genannten Gesichtspunkte betreffen alle die Erforderlichkeit einer Hilfsmittelversorgung. Diese liegt bisher in der Kompetenz des Medizinischen Dienstes. Insoweit ist eine Notwendigkeit der Einführung eines externen Hilfsmittelberaters aufgrund der bisherigen gesetzlichen Konstruktion nicht zu erkennen. Tatsächlich greifen Hilfsmittelberater bisher in der Praxis in die Kompetenzen des Medizinischen Dienstes ein, in dem sie gerade die Erforderlichkeit einer Versorgung prüfen.

Dem Unterzeichner sind Beispiele aus Verfahren nach Einblick in Verwaltungsakten einzelner Krankenkassen bekannt, in denen der Medizinische Dienst trotz mehrfacher Nachfrage der Krankenkasse die Gewährung eines beantragten Hilfsmittels befürwortete, so dass dann der externe Hilfsmittelberater eingesetzt wurde, um irgendwie eine Ablehnung zu begründen.

Die bisherige gesetzgeberische Konzeption unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes bedarf daher keine Änderung! Die Begründung und Argumentation des Bundesrates setzt sich weder mit der gesetzlichen Konstellation noch den tatsächlichen Gegebenheiten auseinander.

2. Anforderungen an die Qualität und Qualifikation der externen Hilfsmittelberater

Um die Anforderungen an die Qualifikation und Objektivität der externen Hilfsmittelberater zu regeln, soll der GKV-Spitzenverband verbindliche Richtlinien beschließen. Vor dem Hintergrund der zu § 284 a SGB V in der Begründung genannten Ziele und Intentionen wird unterstellt, dass durch die externen Hilfsmittelberater den Krankenkassen eine optimale Entscheidungsmöglichkeit über die begehrte Hilfsmittelversorgung gewährt wird.

Die Anforderungen an Qualifikation und Objektivität sind hieran zu messen.

Externe Hilfsmittelberater müssen also über eine fachliche Qualifikation verfügen und ebenso über entsprechende Anzahl an Jahren an Berufserfahrung. Deren Aufgabe ist, beantragte Versorgung zu überprüfen, ggf. zu ändern und entsprechende Prognosen auch auf Basis eines ggf. vorliegenden MdK Gutachten festzustellen. Daher müssen externe Hilfsmittelberater mindestens die Qualifikation aufweisen, die

für den jeweiligen Versorgungsbereich über § 126 SGB V für die Leistungserbringer vorgegeben werden. Ein externer Hilfsmittelberater kann im Hinblick auf seine Eignung nicht über geringere Qualifikationen als die Leistungserbringer verfügen. Maßstab sind die Qualifikationen der fachlichen Leitung eines Leistungserbringers, da es bei der Tätigkeit eines externen Hilfsmittelberaters um eine Überprüfungstätigkeit und damit der Aufsicht eines fachlichen Leiters vergleichbare Tätigkeit handelt. Neben dem damit verbundenen erheblichen Fachwissen ist Berufserfahrung erforderlich.

Daher ist, wenn man tatsächlich an dem Einsatz von externen Hilfsmittelberater im Gesetzesentwurf festhalten würde, für externe Hilfsmittelberater als Qualifikation mindestens zu fordern, dass diese über dieselbe Qualifikation wie fachliche Leiter in den entsprechenden Produkt- und Versorgungsbereichen gem. dem Präqualifizierungskriterien verfügen. Die Präqualifizierungskriterien wurden u.a. eingeführt, um aufgrund der veränderten Bedingungen in der Versorgung, der Weiterentwicklung der Technik und geänderter Rahmenbedingungen weiterhin die Qualität der Versorgungen sicherzustellen. Daher müssen auch Prüf- und Beratungsinstanzen über diese Qualifikationen verfügen. Diese Qualifikation muss sich auf den jeweiligen Versorgungsbereich beziehen, damit keine fachfremden Erwägungen herangezogen werden.

Zusätzlich wäre zu fordern, dass externe Hilfsmittelberater auch alle Anforderungen erfüllen müssen, die verschiedene Krankenkassen in ihren Verträgen gem. § 127 Abs. 2 SGB V für die Leistungserbringer bzw. die Mitarbeiter der Leistungserbringer verlangen. Wenn beispielsweise bestimmte Schulungen in den Rahmenverträgen nach § 127 Abs. 2 SGB V verlangt werden, muss ein externer Hilfsmittelberater über die vergleichbare Qualifikation verfügen. Ansonsten würde ihm die entsprechende Grundlage für eine Bewertung fehlen, so dass die Gefahr sachfremder Erwägungen besteht.

3. Wirtschaftlichkeit und externe Hilfsmittelberater

In der Begründung des Bundesrates wird ausgeführt, dass die Beauftragung externer Hilfsmittelberater im Ergebnis wirtschaftlicher sei. Eine solche Behauptung findet sich seit Jahren in der Diskussion um die externen Hilfsmittelberater, ohne dass tatsächlich mit Zahlenmaterial oder anderen Belegen gearbeitet wird. Es ist bereits nicht zu erkennen, ob hierbei die Wirtschaftlichkeit einer einzelnen Versorgung gemeint ist oder ob eine Krankenkasse z. B. hierdurch insgesamt Kosten spart. Da davon auszugehen ist, dass externe Hilfsmittelberater als Wirtschaftsbetriebe Vergütungen der Krankenkassen erhalten, sind diese in die Wirtschaftlichkeitsbetrachtung einzubeziehen. Zu den Kosten eines Einsatzes externer Hilfsmittelberater finden sich jedoch leider weder in der Begründung noch in der bisherigen Diskussion nachvollziehbare Zahlen. Die von den Krankenkassen als öffentlich-rechtliche Körperschaften bisher gezahlten Vergütungen werden leider nicht transparent gemacht. Warum nicht?

Gleichzeitig wird neben der Wirtschaftlichkeit auch behauptet, der Einsatz der Berater im Interesse der Versicherten liegen würde. Eine Begründung für eine solche pauschale Annahme wird nicht geliefert. Die Rückmeldungen von Eltern bei rehaKind e.V. und des Unterzeichners in seinem täglichen Arbeitsleben lassen eher den gegenteiligen Rückschluss zu, selbst wenn dieses nicht repräsentativ ist. Zumindest herrscht der Eindruck vor, dass entsprechende Beschwerden nicht direkt bei den Krankenkassen, sondern bei den Leistungserbringern, Selbsthilfegruppen und Vereinigungen wie rehaKind e.V. eingehen.

Die Einbeziehung einer weiteren Prüfungsebene im Antragsverfahren bedeutet somit nicht nur weitere Kosten, sondern eine weitere Verzögerung der immer noch zu lang andauernden Entscheidungen bei Hilfsmittelanträgen. Dies kann nach wie vor nicht im Interesse der Versicherten sein.

III. Fazit

Seit längerem ist die Arbeit der externen Hilfsmittelberater in der Kritik.

Schon jetzt zeigen zahlreiche Rückmeldungen von Eltern, Leistungserbringern, Ärzten und Therapeuten, dass diese Berater mit ihrer intransparenten Beauftragung und Qualifikation und ihrem unsensiblen Auftreten in die Kompetenzen der verordnenden Ärzte und des MDK eingreifen. Die betroffenen Familien fühlen sich unter Druck gesetzt, komplett veränderte Versorgungsentwürfe zu akzeptieren. Teilweise werden externe Berater eingesetzt, Begutachtungen des MDK zurück zu entwickeln oder zu reduzieren mit dem klaren Ziel, Kosten zu sparen. Dieses trifft sicher nicht auf alle Akteure zu, lässt aber eine ganz klare Tendenz erkennen, die es zu verhindern gilt.

Neben den datenschutzrechtlichen Vorbehalten, die ja auch von Bundesversicherungsamt und anderen Stellen bereits angemahnt wurden, gibt es nach Auffassung von rehaKIND e.V. weder eine juristisch noch tatsächlich begründbare Notwendigkeit für die Einschaltung einer weiteren Begutachtungsinstanz.

Der Bundesrat fordert aktuell in einer Stellungnahme zum Gesetzentwurf für das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eine gesetzliche Legitimierung von solchen externen Hilfsmittelberatern. Dies ist Anlass genug, einer schleichenden Aushöhlung bereits bestehender und funktionierender Versorgungsbegutachtungs- und Genehmigungsinstanzen mit dem Ziel, pauschal Kosten für die Krankenkassen zu sparen, engagiert entgegen zu wirken.

Juristisch sind Aufgaben der Krankenkassen und des MDK eindeutig definiert, so dass eine Erforderlichkeit einer weiteren „Prüfungs- und Optimierungsinstanz“, so nennen es die Kassen, nicht zu erkennen ist. Alle diesbezüglichen Argumentationen pro externe Hilfsmittelberater basieren auf nicht überprüfbaren Behauptungen und Annahmen. Vielmehr ist der neue Gesetzentwurf nach Auffassung von rehaKIND und anderen Verbänden ein nicht notwendiges, aber erfolgreiches Ergebnis von Lobbyarbeit zum Schaden der Versorgungsqualität unserer Kinder.

Im Sinne einer individuellen, die Entwicklung fördernden und die Ressourcen berücksichtigenden Versorgung auf der Basis der ICF, wie in der Hilfsmittelrichtlinie festgeschrieben, muss der MDK bereits jetzt die versicherten Familien beraten und

bei der Auswahl der Hilfsmittel unterstützen.

Dies kann zum einen nicht aufgrund von Aktenlage erfolgen, zum anderen ist die Verordnungshoheit des Arztes nicht von einem externen Hilfsmittelberater anzuzweifeln, der dies aufgrund seiner fehlenden und nicht ausgewiesenen Qualifikation gar nicht fachlich bewerten kann.

Mit der geplanten Aufwertung der „Gutachten“ der externen Berater werden die bestehenden Qualitätskriterien für die Hilfsmittelversorgung zum Schaden für alle Beteiligten ad absurdum geführt.

Deshalb ist bei einer gesetzlichen Regelung die Festschreibung der Qualifikation der externen Berater mindestens auf dem Niveau der fachlichen Leitung bei Leistungserbringern, oder bei Komplexversorgungen, auf dem gleichen Niveau wie beim MDK anzusiedeln.

Auch die Aufgabenfelder sind genau festzulegen, ebenso wie die Vorgehensweisen der Berater, sowohl datenschutz- als auch sozialrechtlich.

In der Annahme, dass alle am Versorgungsprozess der Kinder beteiligten Professionen nach bestem Wissen und im multidisziplinären Team die Hilfsmittel auswählen, gibt es keine Grundlage für eine zusätzliche „Optimierungsinstanz“, welche, oft nach Aktenlage, die Lösungen der Experten „korrigiert“. Jede Versorgung muss heute schon dem Grundsatz „Wirtschaftlich, Ausreichend, Notwendig und Zweckmäßig“ entsprechen.

Mit dieser neuen „Doppel-Gutachterstruktur“ ist zu befürchten, dass die im System vorhandenen Budgets vom Patienten weg und in Honorare für zusätzliche Berater fließen – ohne erkennbaren Nutzen für die Versicherten, ohne juristische Handlungsgrundlagen und ohne Beachtung des Datenschutzes. Dies alles legt die Vermutung sehr nahe, dass die vermeintlich neutralen externen Berater nicht die Versorgungsprozesse optimieren sollen, sondern vielmehr zusätzlich Geld an notwendigen Versorgungsleistungen einsparen helfen sollen.

Jörg Hackstein, 1. Vorsitzender

Für den Vorstand der Internationalen Fördergemeinschaft rehaKIND e.V.