

Licht in der „Black Box“

Grundlagen für die Verordnung von Hilfsmitteln

Im Workshop „Ausschuss Angestellte Ärztinnen und Ärzte“ im Vorfeld des 70. Bayerischen Ärztetages im Oktober 2011, wurde angeregt, in einem Beitrag die „sozialmedizinischen Rahmenbedingungen der Hilfsmittelversorgung“ darzustellen, da bei vielen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gewisse Fragen hinsichtlich der Hilfsmittelverordnung bestünden. Der folgende Beitrag von Dr. Lothar Kern, MDK-Bayern, informiert über die Verordnung von Hilfsmitteln bei Krankheit, Behinderung oder Pflege.

Bedingt durch die positive Entwicklung der Lebenserwartung und die damit zunehmende altersbedingte Multimorbidität entsteht ein steigender Bedarf an Hilfsmitteln sowohl zur Therapie bzw. Therapiekontrolle als auch zur Sicherung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Dieser Notwendigkeit hat die Industrie durch die Entwicklung einer Vielzahl innovativer Produkte Rechnung getragen. Die Marktkennntnis ist dadurch für den Arzt allerdings fast unmöglich geworden. Das darf jedoch nicht zur völligen Resignation des Verordners und zur Behandlung der Hilfsmittelthematik als „Black Box“ führen. Die Versorgung mit Hilfsmitteln ist Bestandteil eines ärztlich verantworteten Behandlungskonzeptes. Verordnung, Kontrolle und Absetzen von Hilfsmitteln sind ärztliche Aufgaben (Neff). In die Verantwortlichkeit des Orthopädietechnikers fällt die biomechanische Umsetzung der ärztlichen Indikation (Hohmann/Uhlig).

Um eine effiziente Versorgung der Patienten zu sichern und den Techniker bei der Wahl des geeigneten Produktes wirkungsvoll zu unterstützen, genügt die Kenntnis weniger Grundbegriffe. Diese ergeben sich im Zuständigkeitsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aus dem Text des § 33 Sozialgesetzbuch V (SGB). Danach haben Versicherte Anspruch auf die Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als Gebrauchsgegenstände anzusehen oder durch § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen sind.

Hinzu kommen noch Hilfsmittel, welche der Erleichterung oder der Sicherung der häuslichen Pflege dienen und in die leistungsrechtliche Verantwortung der Pflegeversicherung fallen.

Hilfsmittel zur Behandlung einer Krankheit

Zu dieser Gruppe, ausschließlich in die Zuständigkeit der Krankenversicherung fallender Hilfsmittel, zählen solche Produkte, welche im Zusammenhang mit der ärztlich initiierten und geleiteten Behandlung einer Krankheit erforderlich werden. Es sind dies, neben vielen orthopädischen Hilfsmitteln, Inhalationsgeräte, Absauggeräte, Atem- und Sauerstofftherapiegeräte, therapeutische Bewegungsgeräte, Geräte zur Messung von Körperzuständen (Blutdruck, Blutzucker, Blutgerinnung usw.) und sogenannte Applikationshilfen, also zum Beispiel Insulinspritzen und -pens oder andere Produkte mit der Zweckbestimmung, Medikamente in den Körper einzubringen. Dabei wird das Hilfsmittel nie Therapie der ersten Wahl sein, sondern seine bestimmungsgemäße Wirkung nur in einem abgestuften therapeutischen Gesamtkonzept sinnvoll entfalten können.

Hilfsmittel zum Ausgleich einer Behinderung

Jeder Mediziner, der Hilfsmittel zum Ausgleich einer Behinderung verordnet, muss früher oder später die schmerzliche Feststellung machen, dass hier die grundlegende ärztliche Kommunikationsebene der Diagnose versagt. Entscheidend für die Notwendigkeit eines Hilfsmittels an sich und insbesondere einer speziellen Ausstattungsvariante, ist nicht das durch die Diagnose bezeichnete Krankheitsbild, sondern vielmehr der daraus resultierende funktionelle Verlust im Sinne einer Fähigkeitsstörung bzw. in weiterer Konsequenz die schädigungsbedingte soziale Beeinträchtigung im täglichen Leben. Allein hier setzt der Behinderungsausgleich durch ein Hilfsmittel an, wenn die Krankheit nicht mehr ursächlich therapeutisch beeinflussbar ist. Die zugrunde liegende Denkwiese findet sich systematisiert in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).

Nur die möglichst präzise Beschreibung der Fähigkeitsstörung und die Darstellung der negativen Auswirkungen auf ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens definiert nachvollziehbar Art und Umfang des von der Krankenversicherung zur Verfügung zu stellenden Behinderungsausgleichs. Dabei ist zu berücksichtigen, dass in diesem Zusammenhang auch zahlreiche andere Leistungsträger in Betracht kommen können.

Grundbedürfnisse des täglichen Lebens

Die GKV schuldet dem Behinderten nicht jeglichen Ausgleich mit dem Ziel ihn einem gesunden Menschen gleichzustellen, sondern nur denjenigen, welcher im Zusammenhang mit der Wahrnehmung eines Grundbedürfnisses des täglichen Lebens erforderlich ist. Zu diesen, durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts definierten Erfordernissen, zählen die Erhaltung der körperlichen Grundfunktionen, wie Gehen, Stehen, Sitzen, Liegen, Greifen, Sehen, Hören, Nahrungsaufnahme, Ausscheidung sowie die elementare Körperpflege und das selbstständige Wohnen, wozu das Erschließen eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums erforderlich ist. Nur wenn bezüglich dieser Bedürfnisse ein wesentlicher Behinderungsausgleich erfolgt, ist eine Leistung der GKV zu erwarten. Ansonsten wäre auch die Zuständigkeit anderer Leistungsträger in Erwägung zu ziehen, wozu der Behinderte gegebenenfalls die Hilfe einer „Gemeinsamen Servicestelle“ in Anspruch nehmen kann.

Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens

Die GKV kann sowohl nach § 3 SGB V als auch nach § 31 SGB IX nicht für solche Gegenstände in die Pflicht genommen werden, welche als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind. Dabei handelt es sich



um solche Gegenstände, welche üblicherweise in einem Haushalt vorhanden sind oder von mehreren, auch nicht behinderten Personen, gemeinsam genutzt werden können. Die Tatsache, dass ein Gebrauchsgegenstand die Behinderung positiv beeinflusst oder ausgleicht, verleiht diesem nicht automatisch Hilfsmiteleigenschaft. Entscheidend ist, dass ein Gegenstand für die Nutzung durch Behinderte entwickelt wurde und ausschließlich oder überwiegend von diesem Personenkreis verwendet wird. So bleibt ein elektrischer Dosenöffner auch

dann ein Gebrauchsgegenstand, wenn nur so einer halbseitig gelähmten Person das Öffnen von Konservendosen möglich und damit letztlich das Grundbedürfnis auf Nahrungsaufnahme gesichert wird.

Hilfsmittel zur Erleichterung der Pflege

Pflegehilfsmittel zu Lasten der Pflegeversicherung können gegebenenfalls in Betracht kommen, wenn durch dieses Produkt die häusliche Pflege überhaupt erst ermöglicht oder für die Pflegeperson wesentlich erleichtert wird. Die Leistung kann von der Pflegeversicherung jedoch erst dann erbracht werden, wenn ein Behinderungsausgleich allenfalls nur noch marginal vorstellbar ist. Ansonsten hat der Ausgleich der Behinderung, zur Ermöglichung einer möglichst selbstständigen Lebensführung durch die GKV, Vorrang.

Grundsätze der Verordnung

Nur in Kenntnis dieser grundlegenden Tatsachen ist eine zielgerichtete Hilfsmittelverordnung möglich, welche dann auch zuverlässig umgesetzt werden kann. Bei einer ungenauen und wenig differenzierten Verordnung vorauszusetzen, dass sich der Techniker die erforderlichen Informationen zur Auswahl eines geeigneten Produktes selbst beschaffen wird, bedeutet diesen mit einer Verantwortung zu belasten, welche nicht Gegenstand seiner Profession ist.

Vom verordnenden Arzt kann sicher nicht gefordert werden, dass er die Einzelheiten aller technischen Versorgungsmöglichkeiten kennt. Dem Leistungserbringer ist eine zweckmäßige Auswahl des erforderlichen Hilfsmittels jedoch nur durch eine suffiziente Informationsübermittlung seitens des Verordners möglich. Nur so kann auch die oft mit hohem finanziellen Einsatz verbundene Versorgung hinreichend begründet werden – denn die GKV darf nur solche Hilfsmittel zur Verfügung stellen, welche notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Dieser Prozess – von der Verordnung bis zur Versorgung – kann durch eine gesicherte Kommunikation zwischen den, an der Versorgung Beteiligten wesentlich erleichtert, beschleunigt und im Ergebnis verbessert werden.

Hilfsmittelrichtlinien

Die Übermittlung der erforderlichen Informationen ist Grundbestandteil der Gestaltung einer ärztlichen Verordnung und in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über

die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittelrichtlinie) eindeutig geregelt. Danach kann die „Verordnung von Hilfsmitteln nur erfolgen, wenn sich der behandelnde Arzt vom Zustand des Kranken überzeugt und sich erforderlichenfalls über die persönlichen Lebensumstände informiert hat oder wenn ihm diese aus der laufenden Behandlung bekannt sind“. In der Verordnung ist das Hilfsmittel „so eindeutig wie möglich zu bezeichnen, ferner sind alle für die individuelle Versorgung oder Therapie erforderlichen Einzelangaben zu machen. Gegebenenfalls sind die erforderlichen Angaben der Verordnung gesondert beizufügen“.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK), welchen die Krankenkassen einschalten können, um in geeigneten Fällen vor Bewilligung eines Hilfsmittels prüfen zu lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist, ist in diesem Zusammenhang ebenso wie der Leistungserbringer auf die Angaben des verordnenden Arztes angewiesen. Um den Arbeitsaufwand des Verordners für die erforderlichen Informationen so gering wie möglich zu halten, haben wir für zahlreiche Anlässe standardisierte Dokumentationsbögen entwickelt, welche auf der Homepage des MDK Bayern (www.mdk-bayern.de) abrufbar sind. Diese stellen die für die jeweilige Versorgung wesentlichen Punkte gezielt dar und bieten, als „Beiblatt zur Verordnung“ (siehe Hilfsmittelrichtlinie) eingesetzt, die Möglichkeit einer strukturierten Informationsübermittlung an Hilfsmittellieferanten und Kostenträger ohne zusätzlichen Aufwand für Nachfragen und nachträgliche Befunderhebungen. Hier können alle versorgungsrelevanten Fakten und Notwendigkeiten zum Zeitpunkt des unmittelbaren Patientenkontaktes zusammenfassend dargestellt werden. Wir sehen in dieser Form der Bedarfsdokumentation einen wesentlichen Schritt zur Sicherstellung einer effizienten und schnellen Ausstattung der Patienten mit den erforderlichen Hilfsmitteln.

Das Wichtigste in Kürze

Hilfsmittel sind Bestandteil eines ärztlich verantworteten Behandlungskonzeptes und können sowohl der Sicherung der Krankenbehandlung als auch einer möglichst selbstständigen Lebensführung dienen – sie können im Einzelfall aber auch die häusliche Pflege erleichtern oder überhaupt erst ermöglichen. In Anbetracht eines unübersehbaren Produktangebotes ist die Kenntnis einiger Grundbedürfnisse dringend erforderlich, um eine effiziente Versorgung des Patienten zu sichern. Es gilt dabei, den Techniker bei der Wahl des geeigneten Produktes wirkungsvoll zu unterstützen und dem Kostenträger die für die Prüfung von Notwendigkeit und Zuordnung erforderlichen Informationen zu übermitteln.

Grundlage jeder Hilfsmittelverordnung ist die Beantwortung der Frage, welches Problem bei dem Patienten besteht – und welchen Zweck das Hilfsmittel erfüllen soll. Je klarer diese Zielsetzung definiert ist, desto geringer ist die Gefahr einer Fehlversorgung sowie nachträglicher Anfragen durch den Kostenträger.

Es sollte aber auch klar sein, in welchem Rahmen eine Leistung durch die Krankenversicherung überhaupt möglich ist. Aufgabe der Krankenversicherung ist vorrangig die medizinische Rehabilitation und lediglich ein begrenzter Ausgleich von Behinderungen – hier können grundsätzlich auch alle anderen Sozialleistungsträger in Betracht kommen.

Autor



*Dr. Lothar Kern,
Leiter des Fachbereichs Hilfsmittel,
MDK Bayern,
Waltherstraße 2,
90429 Nürnberg,
Telefon 0911
92986-270,
E-Mail:
lothar.kern@mdk-bayern.de*