

Gemeinsames Positionspapier der Interessengemeinschaft Hilfsmittelversorgung (IGHV) zum Einsatz externer Hilfsmittelberater in der Hilfsmittelversorgung

1. Vorbemerkungen

Die gesetzlichen Krankenkassen gehen vermehrt dazu über, neben den Gutachtern des Medizinischen Dienstes (MDK) durch externe private Gutachterdienste prüfen zu lassen, ob ein Hilfsmittel erforderlich ist (§ 33 SGB V). Durch die externen Gutachterdienste wird darüber hinaus in vielen Fällen die Höhe der Kostenvorschläge der Leistungserbringer überprüft und gekürzt. Nach Auffassung der Mehrheit der in der Interessengemeinschaft Hilfsmittelversorgung (IGHV) kooperierenden Verbände fehlt die rechtliche Grundlage für den Einsatz externer Hilfsmittelberater. Vielmehr sollten die gesetzlich für diese Aufgaben vorgesehenen MDK sowohl finanziell als auch personell besser ausgestattet werden.

2. Keine rechtliche Grundlage für den Einsatz externer Hilfsmittelberater in der Hilfsmittelversorgung

Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) zur Begutachtung

In § 275 Abs. 3 SGB V wird abschließend durch den Gesetzgeber festgelegt, dass die Prüfung der Erforderlichkeit (Voraussetzung, Art, Umfang aus medizinischer und technischer Sicht) der Hilfsmittelversorgung neben der Krankenkasse ausschließlich dem MDK vorbehalten ist.

Eine gesetzliche Befugnis, private Gutachterdienste mit dieser Prüfung zu beauftragen, existiert nicht. § 275 Abs. 4 Satz 1 SGB V ist im Rahmen der Hilfsmittelversorgung daher nicht anwendbar.

Das Bundesversicherungsamt stellt dies auch in seinem Schreiben vom 21. Mai 2014 (Az. 211-5410-45/2010) gegenüber dem BVMed klar:

„Das Bundesversicherungsamt (BVA) hält den Einsatz externer Hilfsmittelgutachter in Ermangelung einer rechtlichen Befugnis sowie datenschutzrechtlich für unzulässig. Im Rahmen der Ausübung unserer Aufsicht informieren wir die bundesunmittelbaren Krankenkassen bereits seit längerem darüber, dass der Einsatz externer Hilfsmittelgutachter bzw. -berater nicht weiter toleriert werden kann. Diese Ausführungen stehen in Übereinstimmung mit den Ausführungen des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in dessen 24. Tätigkeitsbericht, der dem Deutschen Bundestag am 24. April 2013 übermittelt wurde.“

Da die gesetzlichen Krankenkassen lediglich eigene Aufgaben nach § 197 b SGB V übertragen dürfen, sind aus unserer Sicht im Ergebnis keine Fälle mehr denkbar, in denen schlicht technisch unterstützende Tätigkeiten ohne Bezug zu medizinischen Bewertungen in Betracht kommen. Letztere obliegen dem MDK, soweit die Krankenkassen

sen auf zusätzlichen Sachverstand angewiesen sind. Unbeschadet dessen kann ergänzender Sachverstand bereits nach § 279 Abs. 5 SGB V (auch i. V. m. § 276 Abs. 2b SGB V) und § 21 Abs. 1 S. 2 SGB X eingeholt werden.“

Die Mitglieder der IGHV schließen sich vollumfänglich dieser Rechtsauffassung an.

In diesem Zusammenhang verweisen wir auch auf das Rechtsgutachten von Herrn Dr. Plantholz vom 13.06.2013 (**Anlage 1**).

3. Notwendige Voraussetzungen für eine sachgerechte Prüfung der Erforderlichkeit der Hilfsmittelversorgung

Ausschließlich fachlich qualifiziertes und unabhängiges Personal zur Prüfung der medizinischen Leistungsvoraussetzungen

Das bestehende System zur Prüfung der (Hilfsmittel-)Versorgungen (§ 275 SGB V) geht davon aus, dass die Klärung fachlich-medizinischer Leistungsvoraussetzungen ausschließlich dem MDK als unabhängig handelndes Gremium vorbehalten ist. Dieser handelt durch fachlich qualifiziertes Personal.

Nutzung und Ausbau vorhandener Strukturen – Keine Schaffung teurer Parallelstrukturen

Durch § 275 Abs. 1 Satz 1 SGB V wurde vom Gesetzgeber eine grundsätzliche Wertentscheidung getroffen, die Überprüfung der Erforderlichkeit der Hilfsmittelversorgung allein dem MDK zu überlassen, dessen Aufwand nach § 281 SGB V refinanziert und solidarisch im Wege der Umlage im Verhältnis der Mitgliederzahlen der Krankenkassen verteilt wird.

Insbesondere hinsichtlich des effizienten Einsatzes von Ressourcen sollten die vorhandenen Strukturen des MDK gegebenenfalls an die notwendigen Erfordernisse angepasst werden.

Die Begutachtung aus einer Hand verhindert den Aufbau kostenintensiver Parallelstrukturen und vermeidet damit zusätzliche Verwaltungskosten bei Krankenkassen und Leistungserbringern, reduziert die Schnittstellenproblematik zwischen den Beteiligten im Versorgungsprozess und führt zur Verbesserung der Versorgung des Patienten.

(Sozial-)Datenschutz

Die Prüfung der Erforderlichkeit der Hilfsmittelversorgung setzt zwingend die Nutzung personenbezogener Daten, die über den Regelungsbereich des § 284 SGB V hinausgehen, voraus.

Nach den Regelungen zum Schutz der Sozialdaten ist ausschließlich der MDK befugt, Sozialdaten (medizinische) für die Begutachtung der Erforderlichkeit der Hilfsmittelversorgung zu erheben. Weder die Krankenkasse noch andere Dritte dürfen über diese Daten verfügen. Damit ist der MDK die einzige Institution, die die Prüfung der Erforderlichkeit der Hilfsmittelversorgung in seiner Gesamtheit vornehmen kann.

Das Schreiben vom Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit vom 18.07.2013 ist zur Information als **Anlage 2** beigefügt.

Fehlende Qualifikations- und Zulassungsanforderungen für Externe Hilfsmittelgutachter

Leistungserbringer in der Hilfsmittelversorgung müssen ein gesetzlich vorgegebenes, strenges Präqualifizierungsverfahren durchlaufen und zahlreiche Qualifikationen nachweisen. Zu den Tätigkeiten eines solchen zugelassenen Leistungserbringerbetriebes gehört insbesondere die Beratung und bedarfsgerechte Versorgung von Hilfsmitteln beim Patienten vor Ort. „Externe Hilfsmittelberater“ oder „Gutachterdienste“, die Hilfsmittelversorgungen durch solche Leistungserbringer prüfen sollen, unterliegen hingegen keinen offiziellen Zulassungsanforderungen oder Qualifizierungsaufgaben. Da Marktzugang und Tätigkeitsumfang privater Gutachterdienste im Hilfsmittelbereich gesetzlich nicht geregelt sind und der Begriff des Gutachters / Beraters nicht geschützt ist, kann im Grunde Jedermann diese Dienste anbieten. In der Praxis stellt sich ein sehr heterogenes Gutachterprofil dar, das die erforderlichen Sach- und Fachkenntnissen in 33 Produktgruppen des GKV-Hilfsmittelverzeichnis in der Regel nicht abbildet. Die unregelmäßig und von Sei-

ten der Krankenkassen ungeprüfte Tätigkeit von Berater- oder Gutachterdiensten stellt insbesondere in komplexen Versorgungsbereichen ein Risiko für den Patienten dar.

Offene Haftungsfragen

Die Stellungnahme eines Externen Hilfsmittelberaters oder -gutachters wirkt sich mittelbar und unmittelbar auf die Leistungsgewährung an den Versicherten aus. Fraglich ist insbesondere vor dem Hintergrund der unklaren Qualifikation, wer für das Fehlverhalten eines von der Krankenkasse beauftragten, privaten Dienstes und hieraus entstandener Patientenschäden haftet.

Kritische Vergütungsanreize in der Gutachterpraxis

Anbietende Gutachterdienste werben gegenüber den Krankenkassen aktiv mit der Einsparung von Kosten in der Hilfsmittelversorgung. In der Praxis bestehende Honorierungsmodelle, die sich am Einsparvolumen bei einer Hilfsmittelversorgung orientieren, stellen Fehlanreize zu Lasten einer patientenorientierten Versorgung dar.

Neutralität und Unabhängigkeit des MDK

Die Zuständigkeit des MDK endet mit der Prüfung der Erforderlichkeit der Hilfsmittelversorgung im individuellen Einzelfall. Der MDK ist in keine weiteren Prozesse im Bereich der Hilfsmittelversorgung der Krankenkassen involviert und agiert damit wirtschaftlich unabhängig vom Einzelauftrag. Er ist nicht Erfüllungsgehilfe der Krankenkasse und steht nicht im Wettbewerb mit weiteren Dienstleistern/Institutionen. Damit entscheidet der MDK ausschließlich auf Basis des Leistungsanspruches des Versicherten nach SGB V.

4. Fazit

Die Zulassung externer Gutachter neben dem MDK zur Prüfung der Erforderlichkeit eines Hilfsmittels im Auftrag der Krankenkassen ist für die Hilfsmittelversorgung gesetzlich nicht vorgesehen und im Ergebnis auch nicht notwendig. Die vom Gesetzgeber bereits geschaffenen Strukturen (u. a. MDK, § 13 Abs. 3 a SGB V – zügige Entscheidung gemäß Patientenrechtegesetz, Verträge nach § 127 SGB V) bieten eine gute und ausreichende Grundlage für die Krankenkassen zur Prüfung der Erforderlichkeit der Hilfsmittelversorgung.

Zur weiteren Optimierung sollten diese vorhandenen Strukturen ausreichend ausgestattet, finanziert und ausgebaut werden. Auf diesem Weg kann das Ziel einer Prüfung der Erforderlichkeit der Hilfsmittelversorgung erreicht werden, ohne unwirtschaftliche Doppelstrukturen aufzubauen und Datenschutzverletzungen Vorschub zu leisten, die die gerade erst gestärkten Rechte der Patienten/-innen in Frage stellen würden.