

BVMed-Thesepapier zur Versorgung von Versicherten der GKV mit Hilfsmitteln

Präambel

Die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung haben Anspruch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln und Zubehörteilen, die Anleitung zu deren Gebrauch, sowie auf Anpassung, Änderung, Instandsetzung und Wartung. Bei der Versorgung sind der aktuelle Stand der medizinischen Wissenschaft und der technische Fortschritt zu berücksichtigen.

Die Hilfsmittelversorgung besteht sowohl aus der Abgabe des erforderlichen Hilfsmittels als auch aus dem mit dem Hilfsmittel untrennbar verbundenen Anpassungs-, Beratungs- und Einweisungsbedarf. Daraus ergibt sich bei Hilfsmitteln ein gegenüber Arzneimitteln im Allgemeinen erhöhter individueller Dienstleistungs- und Beratungsbedarf.

Dieses Thesepapier definiert Grundprinzipien, die ein System zur bedarfsgerechten und individuellen Versorgung mit Hilfsmitteln erfüllen sollte. Dieser Gestaltungsrahmen wird hier bewusst nicht durch Lösungsvorschläge eingeengt, um ausreichend Freiraum zur Neugestaltung oder Weiterentwicklung des Systems zu lassen. Die Thesen sollen die vorurteilsfreie Diskussion mit Anwendern und Entscheidern in der Gesundheitswirtschaft erleichtern und die Kooperation fördern.

Grundprinzipien, die ein funktionierendes und leistungsfähiges System zur Hilfsmittelversorgung erfüllen sollte:

> Sachleistungsprinzip

Den Patienten sollen die medizinisch im Einzelfall ausreichenden, notwendigen und zweckmäßigen Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden und zwar unabhängig von seiner finanziellen Leistungsfähigkeit.

> Recht auf Wahlfreiheit des Leistungserbringers

Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung haben grundsätzlich ein Recht auf Wahlfreiheit unter den Leistungserbringern, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse in dem jeweiligen Versorgungsbereich sind. So können langfristige Vertrauensverhältnisse mit dem Versorger der Wahl erhalten oder aufgebaut werden. Unnötige Brüche in der Versorgung und daraus entstehende zusätzliche Kosten können so vermieden werden. Durch das Wahlrecht des Patienten wird der Wettbewerb unter den Leistungserbringern gestärkt.

> Wohnortnahe Versorgung

Die Versorgung muss wohnortnah so erfolgen, dass für den Patienten Wahlfreiheit und zwischen den Anbietern Wettbewerb gewährleistet wird, um eine schnelle Verfügbarkeit auch für Patienten mit eingeschränkter Mobilität sicherzustellen.

> Produktvielfalt

Es ist unerlässlich, die Produktvielfalt in den einzelnen Hilfsmittelbereichen im Markt zu erhalten. Nur so kann eine patientenindividuelle und gleichzeitig den medizinischen Ansprüchen entsprechende Hilfsmittelversorgung stattfinden. Zusätzlich fördert die Produktvielfalt den Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit.

> **Wettbewerb um Versorgungsqualität**

Die Qualität der Hilfsmittelversorgung muss dem aktuellen Stand der Forschung und Entwicklung entsprechen, um Effizienzreserven zu heben und die gesetzlich Versicherten nicht vom Fortschritt abzukoppeln. Der Wettbewerb im Markt bei Produkten und Dienstleistungen soll primär über messbare Qualitätskriterien erfolgen. Dem Kostenträger obliegt die Prüfung der Einhaltung von gesetzlichen und vertraglich vereinbarten Anforderungen an den Versorgungsprozess.

Dadurch werden notwendige Innovationsanreize gesetzt und die ambulante Hilfsmittelversorgung optimiert.

> **Leistungsgerechte und innovationsfördernde Erstattung**

Das Erstattungssystem muss sowohl den Herstellern wie den Leistungserbringern gerecht werden und darf die Patienten nicht von Innovationen und dem medizinisch-technischen Fortschritt abkoppeln. Daraus ergibt sich, dass Standards regelmäßig überprüft und fortentwickelt werden müssen. Das Vergütungssystem muss deshalb ausreichend Anreize bieten, die Versorgung entsprechend dem medizinisch-technischen Fortschritt und der Wirtschaftlichkeit ständig weiterzuentwickeln.

Die Versorgung mit Hilfsmitteln ist als Einheit aus Lieferung des Hilfsmittels und den dazu gehörenden Dienstleistungen (z. B. Anpassung oder Einweisung) anzusehen und auch entsprechend zu vergüten.

> **Ärztliche Verantwortung**

Der Arzt trägt die Diagnose- und die Therapieverantwortung und entscheidet damit über das „Ob“ und das „Wie“ einer Hilfsmittelversorgung. Der Leistungserbringer führt die vom Arzt vorgesehene Hilfsmittelversorgung unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben aus. Dabei ist dem Einzelfall des Patienten und seiner individuellen Situation Rechnung zu tragen. Individuelle Versorgungsgegebenheiten, medizinisch-technischer Fortschritt und die Patientenwünsche müssen innerhalb des Wirtschaftlichkeitsgebots berücksichtigt werden.

> **Ausrichtung der Produktmengen auf den individuellen Bedarf**

Eine zweckmäßige und patientengerechte Versorgung setzt voraus, dass die je nach Einzelfall unterschiedlichen Erfordernisse berücksichtigt werden. Die Produktmengen für einen bestimmten Zeitraum sollen sich deshalb an der persönlichen, d. h. individuell unterschiedlichen Bedarfslage des Versicherten orientieren. Empfehlungen von Selbsthilfegruppen, Berufsverbänden und Fachgesellschaften sind zu berücksichtigen. Im Ergebnis muss der Arzt entsprechend dem medizinischen Bedarf des Einzelfalls die individuell notwendige Menge verordnen können.

> **Schnelle Entscheidung bei dringendem Versorgungsbedarf**

Bestimmte Situationen bedürfen sofortiger Versorgung. Deshalb sind flexible Notversorgungsregelungen für akute Versorgungsbedarfe bei der Prüfung der Kostenübernahme durch die Krankenkassen wichtig.

> **Administration**

Der administrative Aufwand in der Hilfsmittelversorgung sollte für Kostenträger und die Leistungserbringer auf das notwendige Maß beschränkt werden, um so die Kosten für die Verwaltung und die Wartezeit für die Patienten gering zu halten.