

Qualitätszirkel

## Hilfsmittelversorgung im Kindes- und Jugendalter in Sozialpädiatrischen Zentren

### Versorgungssystematik

BAG SPZ

#### Mitglieder des Qualitätszirkels:

Dr. med. Helmut Peters (Qualitätszirkelleiter)  
Klaus Happes (Orthopädietechnik)  
Pasquale Incoronato (Physiotherapie)  
Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann (Orthopädie)  
Dr. med. Bettina Stein-Bayet (Pädiatrie)  
Stefan Steinebach (Physiotherapie,)  
Christa Wollstädter (Kinderkrankenpflege)

KINZ, Mainz  
Heidelberg  
SPZ Charité, Berlin  
Bad Kreuznach  
SPZ, Landstuhl  
KNZ, Bonn  
KINZ, Mainz

#### Korrespondenzadresse:

SPZ Kinderneurologisches Zentrum Mainz  
Hartmühlenweg 2-4  
55122 Mainz  
Tel.: 06131-378-151  
Fax.: 06131-378-200  
H.Peters@kinzmainz.de

## Einführung

Hilfsmittel sind für Menschen mit Behinderung in jedem Lebensalter von hohem Stellenwert. Hilfsmittel sollen eine Behinderung ausgleichen und unterstützend wirken, damit Menschen mit Behinderung am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können. Auch können sie Komplikationen und Folgeschäden verhindern und zur Behandlung einer Krankheit oder von Unfallfolgen oder zur Sicherung des Behandlungserfolges im Rahmen eines Behandlungsplanes notwendig sein.

Die Versorgung mit Hilfsmitteln ist als Bestandteil eines Habilitationskonzeptes zu sehen, dessen Ziel die WHO so definiert: „(Re) Habilitation umfasst den koordinierten Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen sowie Einflussnahmen auf das physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität zur weitestgehend unabhängigen Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird.“

Die Versorgung von Menschen mit Behinderungen orientiert sich:

1. an ihrem individuellen Bedarf unter besonderer Berücksichtigung des Alters und seiner sozialen Beziehungen.
2. an der Art der Behinderung
3. an der Schwere der Behinderung
4. an der Diagnose und den daraus folgenden Handlungsstrategien und der Prognose
5. an Kontextfaktoren

ad 1

Auch wenn bei Kindern besonders zu berücksichtigen ist, dass ihre Entwicklung im Rahmen eines sozialen Beziehungsgefüges geschieht, in dem das Kind seinen Platz finden muss, steht das Kind mit seinem individuellen Bedarf an erster Stelle.

Ad 2

Für die Dimensionierung der Behinderungsart wird künftig die *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* für Kinder und Jugendliche der Weltgesundheitsorganisation, (ICF-CY) eine zunehmend wichtige Rolle spielen.

Ad 3

Für die motorische Dimension des Behinderungsgrads kann das Gross Motor Function Classification System für Kinder und Jugendliche mit Zerebralparese (GMFCS für ICP) zur Eingruppierung von Versorgten in funktionellen Klassen eine Hilfe sein, wenn sie den Bedarf an Hilfsmitteln für die Bereiche Mobilität und Körperbewegung widerspiegeln und damit vergleichbar machen kann.

Ad 4

Die Festlegung der therapeutischen Ziele setzt eine genaue Diagnose und klinische Kenntnisse über den individuellen Verlauf der Krankheit voraus.

Ad 5

Bei der Hilfsmittelversorgung sind die Kontextfaktoren zu berücksichtigen, d.h. die Umgebungsfaktoren und auch die personellen und sozialen Lebensbedingungen. Dabei können die vorhandenen Förderfaktoren und Barrieren ggf. als solche selbst modifizierbar sein.

Der Hilfsmittelversorgung liegt eine Strategie zugrunde, die durch entwicklungsabhängige Ziele geleitet wird.

Ausgleich oder Verringerung von Art und Umfang der Behinderung und Ermöglichung von Aktivitäten und Teilhabe sind die grundlegenden Ziele für die Hilfsmittelversorgung.

Der Prozess der Hilfsmittelversorgung wird nur dann erfolgreich sein, wenn

- der Zugang zu qualitativ guter Hilfsmittelversorgung niedrigschwellig gewährleistet ist (z.B. Kompetenz im SPZ, einfaches Genehmigungsverfahren, Service,)
- die Anwendung von Hilfsmitteln von der Gesellschaft integriert und nicht behindert wird (z.B. durch architektonische oder personelle Barrieren, durch unzureichende Personalausstattung in Schulen und anderen Einrichtungen, durch Fehlen von persönlicher Assistenz etc.)
- die Hilfsmittel in sein Körperbild integriert werden können und
- der Versorgungsprozess als bestmöglicher Kompromiss zwischen Aufwand und Einschränkung einerseits sowie Nutzen und Gewinn andererseits geplant und durchgeführt wird
- die Umgebung des Kindes in den Versorgungsprozess soweit wie möglich einbezogen wird (z.B. neben der Familie auch andere wichtige Bezugspersonen, wie behandelnde Therapeuten, pädagogische Fachkräfte).

Die Partizipation des Kindes und die seiner Familie am sozialen Leben werden von Hilfsmitteln unterstützt, wenn durch die Hilfsmittel

- seine Handlungsfähigkeit, die praktische Teilnahme am Alltagsleben und die Übernahme und Erfüllung entsprechender sozialer Funktionen und Rollen in folgenden Bereichen (im Sinne der ICF) ermöglicht bzw. gefördert werden:
  - Lernen und Wissensanwendung
  - Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
  - Kommunikation
  - Mobilität
  - Selbstversorgung
  - Häusliches Leben
  - Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
  - Bedeutende Lebensbereiche (u. a. Arbeit, Beschäftigung)
  - Gemeinschaftliches, soziales und staatsbürgerliches Leben
- das Kind als Subjekt in Gesellschaft und Umwelt mehr und besser einbezogen werden kann (Inklusion),
- Zufriedenheit und Lebensqualität des Kindes und seines Umfeldes positiv beeinflusst werden

- Wertschätzung und Anerkennung des Kindes gefördert werden

Die Aktivitäten des Kindes werden von Hilfsmitteln unterstützt, wenn das Kind in die Lage versetzt oder seine Chancen verbessert werden, all die Aktivitäten zu entfalten, die in seinem Alter und seiner gesellschaftlichen und sozialen Position üblich und von ihm bzw. seinem Umfeld gewünscht sind. Dazu gehört, dass durch Hilfsmittel seine Handlungskompetenz in den wichtigen Lebensbereichen, die unter Partizipation bereits genannt sind, gesteigert wird. Dabei soll nicht nur die *Leistungsfähigkeit* (im Sinne der ICF **capacity**) sondern v. a. die *tatsächliche Ausführung einer Handlung* (im Sinne der ICF **Performance**) gefördert werden. In diesem Sinne sind Hilfsmittel Kontextfaktoren, die in der Regel als Förderfaktoren wirken, unter bestimmten Bedingungen z.B. als Therapiemittel jedoch auch Barrieren sein können.

Die Körperfunktionen des Kindes werden von Hilfsmitteln unterstützt, wenn:

- fehlende Funktionen ersetzt oder kompensiert werden
- Restfunktionen unterstützt werden
- die Hilfsmittel vom Kind in die Planung und Kontrolle seiner Handlungen integriert werden

Die Körperstrukturen des Kindes werden von Hilfsmitteln günstig beeinflusst, wenn:

- sie präventiv auf Deformitäten wirken
- sie bestehende Deformitäten zunehmend korrigieren können
- sie den Verlauf von primären, sekundären und tertiären Deformitäten verhindern oder verlangsamen können
- sie Verluste von Gliedmaßen ausgleichen können

Durch die rasante technische Entwicklung von Hilfsmitteln und Verwendung neuer Materialien sind in den letzten Jahren in der Hilfsmittelversorgung besondere Fortschritte erreicht worden. Dies bedingt aber auch eine zunehmende Unübersichtlichkeit des Angebotes, das zusätzlich auch wirtschaftlich anspruchsvoller geworden ist. Die Mehrzahl der verordnenden Ärzte, Therapeuten, Kostenträger und Hilfsmittelversorger können wegen der zunehmenden Angebotsausweitung kaum noch einen vollständigen Überblick über sämtliche Versorgungsmöglichkeiten haben. Folge können nicht zweckmäßige, der Zielsetzung entgegenstehende oder auch unwirtschaftliche Versorgungsformen sein. Gleichzeitig sind die Rechtsgrundlagen so umfassend geworden, dass für die meisten Patienten und nicht wenige Verordner diese Materie verwirrend ist. Auch Vertreter der Kostenträger überblicken nicht immer die Rechtslage.

Eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Hilfsmittelversorgung kann sich in der Regel nicht auf das Ausstellen einer Verordnung im Sinne eines Rezeptierens beschränken, sondern ist als Resultat einer aufwändigen Prozesskette aufzufassen:

- Indikationsstellung
- Definition des Versorgungszieles
- Wahl und Anpassung des Hilfsmittels unter Berücksichtigung der Alternativen, ggf. Erprobung
- Zuständigkeits-, Notwendigkeits-, Zweckmäßigkeit- und Wirtschaftlichkeitsprüfung, ggf. inkl. MDK-Prüfung und Kostenregelung
- Anproben, Abnahme, Auslieferung
- Funktionsprüfung ggf. Schulung und abschließende Überprüfung des Versorgungszieles
- Nach- /Folgebetreuung (Komplikationen, Wachstum, etc.).

Da oft ganz unterschiedliche Gesichtspunkte bei der Hilfsmittelversorgung zu berücksichtigen und in der Regel mehrere Fachdisziplinen zu beteiligen sind, sollte die Hilfsmittelversorgung im Sinne einer optimalen Prozessqualität im Team durchgeführt werden. Es liegt auf der Hand, dass das Versorgungsergebnis entsprechend abgesicherter und bedarfsgerechter ausfallen wird, wenn Ärzte, Therapeuten (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie...), Pflegefachkräfte, Hilfsmittelspezialisten (Rehabilitations-, Orthopädietechniker...) zusammenarbeiten.

Für solche Teamarbeit gibt es aber im Gesundheitswesen keine angemessene Vergütung, weder im EBM für niedergelassene Ärzte noch in den Leistungsvereinbarungen mit den Heil- und Hilfsmittelerbringern. Außerdem sind für die Hilfsmittelversorgung bei Kindern und Jugendlichen allein für die Berücksichtigung der individuellen und z. T. behinderungsspezifischen Entwicklungsdynamik umfangreiche Erfahrungen und Kenntnisse erforderlich. Allein schon die Entscheidung, ob z.B. ein Hilfsmittel nach Maß angefertigt oder konfektioniert mit oder ohne individuelle Anpassung bzw. Zurüstung zu wählen ist, verlangt, auch wegen ihrer wirtschaftlichen Tragweite, für eine sichere Beurteilung entsprechende Erfahrung und Fortbildung, die wegen des raschen Wandels ständig aktualisiert werden muß.

Wegen dieses beträchtlichen Aufwandes und der Anforderungen an den Hilfsmittelversorgungsprozess erfüllen diese Patienten regelhaft die Anforderungen des § 119 SGB V. Die Sozialpädiatrischen Zentren sind mit ihrer grundsätzlich teamorientierten Arbeitsweise und ihren spezifischen Kenntnissen und Erfahrungen für die Hilfsmittelversorgung besonders geeignet. Sie müssen sich auch deshalb mit dieser Versorgungsaufgabe befassen (siehe „Altöttinger-Papier“), da die Hilfsmittelversorgung einen wesentlichen Bestandteil ihres gesetzlichen Auftrages nach § 119 SGB V darstellt.

## Ziel

Ziel dieses Qualitätspapieres ist die Entwicklung von Qualitätsstandards und der Qualitätssicherung in der Hilfsmittelversorgung. Es kann keine vollständige und detaillierte Abhandlung sein.

Eine gut begründete Hilfsmittelversorgung mit von außen nachvollziehbarer Zielsetzung und von allen Beteiligten klar dargestelltem Ablauf erhöht die Wahrscheinlichkeit für eine unbürokratische Bearbeitung und zügige Realisation.

Der Hilfsmittelbereich ist in seiner Wirksamkeit wenig evaluiert. Obwohl die Ausgaben für Hilfsmittel für Kinder und Jugendliche unter einem 1 % der Kassenaufwendungen liegen, ist hier Versorgungsforschung, wie sie von der Bundesärztekammer für die deutsche Ärzteschaft in den letzten Jahren in Gang gesetzt worden ist, sinnvoll. Solange die Versorgungsforschung noch keine verwertbaren Ergebnisse erbracht hat, müssen vorhandene Vorgehensweisen angewandt und ggf. verbessert werden.

Mit guten Versorgungskonzeptionen und einem nicht zu bürokratischen Verwaltungsablauf (ggf. unter Zuhilfenahme von Bilddokumentation) sollte in zeitlicher und räumlicher Nähe eine

- funktionierende,
- passgenaue,
- alltagstaugliche
- komplikationsfreie

Versorgung erfolgen, die den Ausgleich von Behinderung erreicht und die Chance auf Teilhabe des betroffenen Menschen am gesellschaftlichen Leben erhöht z. B.

- durch Mobilitätsverbesserung (insbesondere auch des Sitzens)
- durch verringertes Angewiesensein auf andere
- durch Verringern von Folgeschäden /Unfällen
- durch Ermöglichen des Kindergarten- und Schulbesuches
- durch Ermöglichung von Arbeit oder Beschäftigung

Zugleich sollte der Aufwand für alle Beteiligten, insbesondere aber die Eltern auf ein Minimum begrenzt bleiben.

### Definition Hilfsmittel

Die gesetzliche Grundlage für die Hilfsmittelversorgung findet sich in § 31 SGB IX:

„(1) Hilfsmittel (Körperersatzstücke sowie orthopädische und andere Hilfsmittel) nach § 26 Abs. 2 Nr. 6 umfassen die Hilfen, die von den Leistungsempfängern getragen oder mitgeführt oder bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können und unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles erforderlich sind, um

1. einer drohenden Behinderung vorzubeugen,
2. den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern oder
3. eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen, soweit sie nicht allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind.“

Im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung bilden die §§ 33, 34, 126, 127, (ab 1.1.2009 § 128) und § 139 SGB V die rechtliche Grundlage.

Die unterschiedlichen Hilfsmittel sind detailliert im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V in Produktgruppen (PG) gegliedert und dort einsehbar ([www.rehadat.de](http://www.rehadat.de)) (Abb. 1). Jeder Produktgruppe ist eine Definition und ein Indikationsverzeichnis vorangestellt. Dieser Katalog ist für die Leistungsträger nur eine Auslegungshilfe, kein rechtsverbindlicher Positivkatalog. Deshalb können auch nicht aufgelistete Hilfsmittel im Sinne der Einzelfallentscheidung genehmigt werden.

Im Sinne der ICF sind Hilfsmittel Kontextfaktoren, die in der Regel als Förderfaktoren für Aktivitäten und Teilhabe wirksam werden, wenn sie nicht durch ihre therapeutische Funktion als unerwünschte, aber unvermeidliche Wirkung Funktionen einschränken oder durch Stigmatisierung im Rahmen mangelnder sozialer und gesellschaftlicher Akzeptanz als Barrieren wirken.

### Rechtliche Grundlagen für die Hilfsmittelversorgung

Die rechtlichen Grundlagen für die Hilfsmittelversorgung sind inzwischen umfangreich und nicht immer einfach anzuwenden. Dies liegt auch daran, dass die Details der Versorgung in den letzten Jahren erst durch die Rechtssprechung konkretisiert wurden.

In der Regel erfolgt die Versorgung mit Hilfsmitteln im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 2 Nr. 7. SGB V. Allerdings ist eine ärztliche Verordnung eines Hilfsmittels zum Behinderungsausgleich nicht zwingend dafür erforderlich, um eine Leistungspflicht der Krankenkasse auszulösen.

Im Rahmen des SGB IX kann der Versicherte auch einen Antrag an den zuständigen Rehabilitationsträger stellen, ohne dass eine ärztliche Verordnung vorliegt. Wird dabei auf

das SGB IX hingewiesen, hat in jedem Fall § 14 SGB IX Gültigkeit, in dem das weitere Vorgehen exakt festgelegt wird. Von dieser Möglichkeit wird bis jetzt wenig Gebrauch gemacht, obwohl §14 SGB IX das Antragsverfahren mit konkreten Fristen umfassend regelt.

Zur Absicherung der Verordnung (zur Sicherung des Erfolges einer Heilbehandlung) gem. § 31, Abs 1. Nr. 2. SGB IX kann die Verwendung des folgenden Passus dienen: *Dieses Hilfsmittel ist Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplanes; eine Änderung dieser Verordnung stellt einen Eingriff in die ärztliche Behandlung dar.*

Zur Wahrung von Fristen ist es hilfreich, folgenden Hinweis in die Verordnung aufzunehmen: „*vorsorglich verweisen wir auf die Regelungen der §§ 10 und 14 SGB IX.*“

Näheres zur Verordnung von Hilfsmitteln regeln die „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung“ ("Hilfsmittel-Richtlinien"), Neufassung vom 16. Oktober 2008, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009, Nr. 61 S. 462, in Kraft getreten am 7. Februar 2009 .

Die ärztliche Verordnung muss u.a. § 12 SGB V berücksichtigen: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

Im Sozialgesetzbuch V Krankenversicherung sind die Bestimmungen zu Hilfsmitteln in § 33 sowie den §§ 126-128 und 139 enthalten. Der wichtigste wird im Folgenden im Wortlaut wiedergegeben:

### **SGB V § 33 Hilfsmittel**

*(1) Versicherte haben Anspruch auf 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 allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind. Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich hängt bei stationärer Pflege nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist; die Pflicht der stationären Pflegeeinrichtungen zur Vorhaltung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die für den üblichen Pflegebetrieb jeweils notwendig sind, bleibt hiervon unberührt. Für nicht durch Satz 1 ausgeschlossene Hilfsmittel bleibt § 92 Abs. 1 unberührt. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen. Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen.*

*(6) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse oder nach § 126 Abs. 2 versorgungsberechtigt sind. Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 1 über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. Abweichend von Satz 2 können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen.*

*(7) Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise. Erfolgt die Versorgung auf der Grundlage des § 126 Abs. 2 durch einen Leistungserbringer, der nicht Vertragspartner der*

*Krankenkasse ist, trägt die Krankenkasse die Kosten in Höhe des niedrigsten Preises, der für eine vergleichbare Leistung mit anderen Leistungserbringern vereinbart wurde, bei Hilfsmitteln, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, höchstens bis zur Höhe des Festbetrags.*

## Hilfsmittelversorgung und Pflege

Auch Kinder haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach § 40 SGB XI.

Außerdem besteht nach § 37 SGB V Anspruch auch auf solche Hilfsmittel, die im Rahmen der Krankenbehandlung im Zusammenhang mit Maßnahmen der Behandlungspflege erforderlich werden. Dazu gehören z.B. Antidekubitusmatratzen, Katheter u.a.

Näheres zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß § 92 SGB V. Danach können Versicherte Anspruch auf Leistungen nach § 37 SGB V haben, auch wenn sie Leistungen nach dem SGB XI, z.B. Pflegegeld erhalten.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 15.03.2007 beschlossen, den erhöhten Aufwand in der Pflege bei Kindern zu berücksichtigen. Es wurden in den Richtlinien im Abschnitt I (Grundlagen) Nr. 1 Satz 2 nach dem Klammereinzug die Wörter „**sowie die besonderen Belange kranker Kinder**“ eingefügt. Ferner wurde angefügt: „Insbesondere bei der **Pflege von Kindern** kann es erforderlich sein, die Maßnahmen *schrittweise zu vermitteln und häufiger zu wiederholen*.“

Im Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege wird bei den Leistungen 11, 18, 21, 26 u. 31... als neuer Aufzählungspunkt „entwicklungsbedingt noch nicht vorhandene Fähigkeit, die Leistung zu erlernen oder selbstständig durchzuführen“ hinzugefügt.

Verordnungsfähige Maßnahmen der Behandlungspflege gehen häufig mit der Hilfsmittelversorgung einher. Dabei spielt es eine wesentliche Rolle, ob ein Kind in der Lage ist, ein Hilfsmittel selbstständig zu benutzen, die Benutzung zu erlernen oder ob es auf Grund seiner Einschränkungen dies nicht erlernen wird oder kann. Insofern ist häusliche Krankenpflege eine wichtige Voraussetzung zur Anleitung der Selbstständigkeit im Umgang mit einem Hilfsmittel wie z.B. das Erlernen des Selbstkatheterisierens, des eigenständigen An- und Ablegens von Orthesen u.a.m..

## Ausgeschlossene Leistungen, Zu- und Aufzahlungen sowie Eigenanteil bei Hilfsmitteln

Nach § 33 Abs. 1 Satz und § 34 Abs. 4 SGB V sind solche Hilfsmittel von der Erstattung ausgeschlossen, die Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind, geringen oder umstrittenen Nutzen oder einen geringen Abgabepreis haben (ausgenommen Hörgeräteinstandsetzung und Batterien bei Kindern bis zum 18. Lebensjahr). Kinder und Jugendliche sind bis zum 18. Lebensjahr von Zuzahlungen befreit. Auch haben sie einen Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen.

Für einige Hilfsmittel sind Eigenanteile, die von den Krankenkassen in eigener Zuständigkeit festgelegt werden, zu entrichten, wenn durch das Hilfsmittel ansonsten Anschaffungen ersetzt werden. Dies ist besonders relevant bei Fahrrädern, Autositzen und Schuhen.



Gelegentlich verlangen Sanitätshäuser Aufzahlungen zu Hilfsmitteln – z.B., da sie das Hilfsmittel nicht zum von den Krankenkassen akzeptierten Preis liefern können oder wollen. Die Krankenkasse teilt auf Anfrage Leistungserbringer mit, die keine Aufzahlung verlangen.

### **Antragsprüfung und Einbindung des MDK**

Die Krankenkassen entscheiden über die Leistung und den Leistungserbringer. Dazu können sie den MDK oder auch externe Gutachter hinzuziehen. Das Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten ist dabei zu berücksichtigen; dieses ist gemäß §§ 126 u. 127 SGB V eingeschränkt.

Nicht selten wird der verordnende Arzt um umfangreiche Informationen angefragt. Über Krankheitsbild und Therapiekonzepte darf datenschutzrechtlich nur dem MDK, nicht der Krankenkasse direkt berichtet werden.

Zur Sicherstellung einer erfolgreichen und zügigen Versorgung muss der verordnende Arzt und das Versorgungsteam über umfangreiche Kenntnisse der Genehmigungsprozesse, der Begründungs- und Widerspruchsmöglichkeiten auch in sozial- und leistungsrechtlicher Hinsicht detailliert verfügen.

In manchen Fällen empfiehlt es sich, den MDK von vornherein in die Versorgungskonzeption einzubinden.

### **Andere Sozialleistungsträger in der Hilfsmittelversorgung**

Neben den Krankenkassen kommen alle anderen Rehabilitationsträger (§ 6 SGB IX) sowie die gesetzliche Pflegeversicherung als Leistungsträger für Hilfsmittel in Betracht.

Außerdem sind Schulen und Bildungseinrichtungen über ihre Träger für die Beschaffung von Hilfsmitteln zuständig, die für den Unterricht selbst notwendig sind.

Von besonderer Bedeutung für die Hilfsmittelversorgung ist der Träger der Sozialhilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe, der Hilfsmittel für das schulische Lernen bis zur Erfüllung der Schulpflicht zur Verfügung stellen muss, sofern nicht andere Träger vorleistungspflichtig sind. Die entsprechenden Regelungen finden sich u. a. in den §§ 53 und 54 SGB XII sowie der Eingliederungshilfeverordnung (sog. „andere Hilfsmittel“). Typische Beispiele sind die Beschaffung von Notebooks und spezieller Lernsoftware.

Hilfsmittel und technische Hilfen für eine Berufsausbildung oder den Arbeitsplatz können als Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben von den zuständigen Rehabilitationsträgern finanziert werden.

### **Mehrfachausstattungen**

In der Regel kommt eine Mehrfachausstattung mit funktionsgleichen Hilfsmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur in Betracht, wenn dies zur Befriedigung der Grundbedürfnisse unvermeidlich ist. Dies ist z.B. dann der Fall, wenn der Mensch mit Behinderung nicht in seinem Hilfsmittel befördert werden kann und am Zielort (z.B. im Kindergarten) ein weiteres Hilfsmittel erforderlich ist oder die Beförderung des Hilfsmittels (z.B. eines Stehtrainers) einen unverhältnismäßigen Aufwand bedeuten würde, z.B. Stehtrainer. Unabweisbar ist eine Doppelausstattung auch dann, wenn nur mit einem zweiten Hilfsmittel die Transfers sicherzustellen sind. Es ist unzumutbar, einen schwerstbehinderten Menschen auf den Boden abzulegen, wenn beispielsweise seine

Sitzschale im Rahmen eines Transportes auf ein anderes Untergestell montiert werden muss.

Häufig sind Hilfsmittel auch nicht funktionsgleich, z.B. der zum Schieben geeignete Rollstuhl im Gegensatz zum Rollstuhl, der zur Fortbewegung mit den Füßen genutzt wird, oder handbetriebener Rollstuhl im Gegensatz zum Elektrorollstuhl etc.. Hier bedarf es oft einer exakten Beschreibung des Bedarfes, um die Finanzierung einer Mehrfachversorgung zu erreichen.

### **Ablauf der Hilfsmittelversorgung**

Die Hilfsmittelversorgung ist ein komplexe Prozesskette (Abb.2). Jedes Sozialpädiatrische Zentrum ist gut beraten, ihre Komponenten in Abhängigkeit der lokalen Gegebenheit für externe (Patienten, Überweiser, Hilfsmittelversorger, Kostenträger) wie interne (Mitarbeiter) Personen nachvollziehbar zu gestalten und darzustellen. (Als Beispiel hat die Arbeitsgruppe eine exemplarische Elterninformation beigefügt, die die Abläufe detailliert wiedergibt.)

Zur Sicherung der Prozessqualität sind für Sozialpädiatrische Zentren folgende Aspekte maßgebend:

- Am Anfang steht eine umfassende Problemanalyse und Bedarfserhebung, ggf. einschl. eines Assessment auf der Basis der ICF, nicht nur im Hinblick auf ein Hilfsmittel, sondern auch im Hinblick auf die Verbesserung der Aktivitäten und Teilhabe oder für therapeutische Zielsetzungen.
- Die Problemanalyse und die Bedarfsermittlung erfolgen unter Beteiligung nicht nur des Kindes, seines Umfeldes und des Arztes sondern unter Einbeziehung des Behandlungsteams und ggf. auch der pädagogischen Fachkräfte in Kindergarten und Schule.
- Ergibt die Bedarfsermittlung nach Prüfung möglicher Alternativen eine Notwendigkeit für ein Hilfsmittel, wird ein Reha- oder Orthopädietechniker etc. hinzugezogen, um mit diesem eine Versorgungskonzeption zu erarbeiten.
- Im Bedarfsfall organisiert das SPZ in Kooperation mit dem Leistungserbringer Hilfsmittel zur Erprobung und Testung.
- Diese Versorgungskonzeption, die nach Möglichkeit bereits einen Kostenvoranschlag enthalten sollte, ist Grundlage der ärztlichen Verordnung.
- Der weitere Prozess der Genehmigung inkl. Rückfragen ist in Absprache mit dem Leistungsberechtigten bis zur Auslieferung vom SPZ oder einem zuvor benannten Prozessbegleiter, z.B. an einer Schule, zu gestalten. Die Eltern sind bei der Durchsetzung ihrer berechtigten Ansprüche zu unterstützen. Dabei ist es eine wichtige Aufgabe des SPZ, den Sachverhalt so aufzubereiten und zu kommunizieren, dass eine sachgerechte Entscheidung seitens des Kostenträgers möglich wird.
- Das SPZ berät soweit wie möglich auch im Hinblick auf leistungsrechtliche Fragen. Dies gilt auch für Pflegehilfsmittel.
- Das Team des SPZ ist an der Anpassung und Fertigstellung des Hilfsmittels beteiligt.
- Das SPZ ist als verordnende Institutsambulanz für die Abnahme des Hilfsmittels zuständig. Im Vordergrund steht dabei die Prüfung, ob die Ziele der Hilfsmittelversorgung erreicht und unerwünschte Wirkungen vermieden worden sind.
- Das SPZ organisiert ggf. das notwendige Training, weitere funktionelle Anpassungen und regelmäßige Kontrollen im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben.
- Zur Sicherstellung eines durchgehend problemorientierten und effektiven Vorgehens sind die SPZ für die Wahrnehmung einer Case-Management-Funktion durch entsprechend geschulte Mitarbeiter prädestiniert. Für Transparenz und ggf. notwendige Einbeziehung des Kostenträgers ist zu sorgen.

- Sozialpädiatrische Zentren setzen sich für eine angemessene, bedarfsgerechte und umfassende Hilfsmittelversorgung ein. Dabei ist eine Unterversorgung genauso zu vermeiden wie eine Überversorgung.

Alle Menschen benötigen zur Bewältigung des Alltags Hilfsmittel: dazu gehören Werkzeuge, selbst Messer und Gabel, Auto und Fahrrad etc..

Menschen mit Behinderung benötigen zur Alltagsbewältigung und Behandlung jedoch zusätzliche, besondere Hilfsmittel und spezielle, individuelle Anpassungen der Alltagshilfen. Fehlen diese Hilfsmittel, ist eine von unserer Gesellschaft beabsichtigte Integration und Teilhabe behinderter Menschen erschwert oder unmöglich.

Literatur: (Internetbasiert)

- Hilfsmittelverzeichnis **[HMV]**:  
<http://www.rehadat.de/gkv2/Gkv.KHS?Usage=GKV&State=-1>
- *International Classification of Functioning, Disability and Health, die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* der Weltgesundheitsorganisation **[ICF-CY]**:  
[http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf\\_endaussage-2005-10-01.pdf](http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf)
- Gross Motor Function Classification System für Kinder und Jugendliche **[GMFCS]**:  
[http://www.canchild.ca/Portals/0/outcomes/pdf/GMFCS\\_German.pdf](http://www.canchild.ca/Portals/0/outcomes/pdf/GMFCS_German.pdf)
- **Altöttinger Papier**:  
<http://www.dgspj.de/pdfs/altgoettingerpapier.pdf>
- **Rehakind**-Erhebungsbogen  
<http://www.rehakind.com/pdf/Erhebungsbogen/Vorwort.pdf>  
<http://www.rehakind.com/pdf/Erhebungsbogen/Bedienungshinweise.pdf>  
<http://www.rehakind.com/pdf/Erhebungsbogen/Erhebungsbogen.pdf>
- **SGB**  
<http://www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de/>

The screenshot shows a web browser window with the URL <http://www.rehadat.de/gkv2/Gkv.KHS>. The page title is 'Hilfsmittelkatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) - Windows Internet Explorer'. The main content area is titled 'GKV-Hilfsmittelverzeichnis' and includes a search interface with fields for 'Hersteller-Suche:', 'Positionsnr.-Suche:', and 'Produktbezeichnung:'. A 'Suchen' button is present. Below the search fields, a table lists 41 products. The product '32.06.01.0001 Motomed gracile, Art.-Nr.: 92' is highlighted in blue. To the right of the table, detailed information for this product is displayed, including 'Konstruktionsmerkmale:' and 'Hersteller:'.

**Hersteller-Suche:**

**Positionsnr.-Suche:**

**Produktbezeichnung:**

**Suche:** Produktgruppe (Therapeutische Bewegungsgeräte) -> Produktanzeige(32.06.01.0001)

**Produkte**

Positionsnr.	Produktbezeichnung
32.02.01.0001	nicht besetzt
32.04.01.0001	Knie CPM Motorschiene KINETEC Optima 4621001603
32.04.01.0002	ARTROMOT K2 PRO 80.00.013
32.05.01.0001	nicht besetzt
32.06.01.0001	Motomed gracile, Art.-Nr.: 92
32.06.01.0002	Motomed pico, Art.-Nr.: 11 mit 2b
32.06.01.0003	Motomed viva, Art.-Nr.: 500 mit 501
32.06.01.0004	Theravital, Art.-Nrn.: S 00.001 mit S 00.019 und S 00.029
32.06.01.0005	Bewegungstrainer, Art.-Nr. 308530-2 mit Radiusverstellung und Fußschalen
32.06.01.0006	Theravital, Art.-Nr. 06002 mit 06020 oder 06019
32.06.01.0007	Motomed viva 2, Art.-Nr. 200
32.06.01.0008	Bewegungstrainer THERA-live, Art.-Nr. 03050-001
32.07.01.0001	nicht besetzt
32.07.01.1001	Bort Therapie-Knet Standard, Art.-Nr. 951 50 x

**Konstruktionsmerkmale:**  
32.06.01.0001 Motomed gracile, Art.-Nr.: 92  
Fremdkraftbetriebener Beintrainer für Kinder bzw. Kleinwüchsige. Das Gerät ermöglicht die stufenlose Einstellung eines Fußschaleninnenmaßes von 40 bis 150 mm. Der Pedalradius ist zweistufig einstellbar. Die Fußfixierung erfolgt über Klettbinden. Eine höhenverstellbare Unterschenkelführung ist im Lieferumfang enthalten. Die Steuerung der Gerätefunktionen erfolgt durch eine Kabelfernbedienung. Für Transportzwecke ist das Gerät mit kleinen Laufrollen ausgestattet.

**Hersteller:**  
Name: Reck Technik GmbH & Co. KG  
Strasse: Reckstraße 1-4  
PLZ-Strasse: 88422  
Ort: Betzenweiler  
Telefon: 0800 6686633  
Fax: 07374 1880  
E-Mail: [kontakt@motomed.de](mailto:kontakt@motomed.de)  
Homepage: <http://www.motomed.de>

Abb. 1

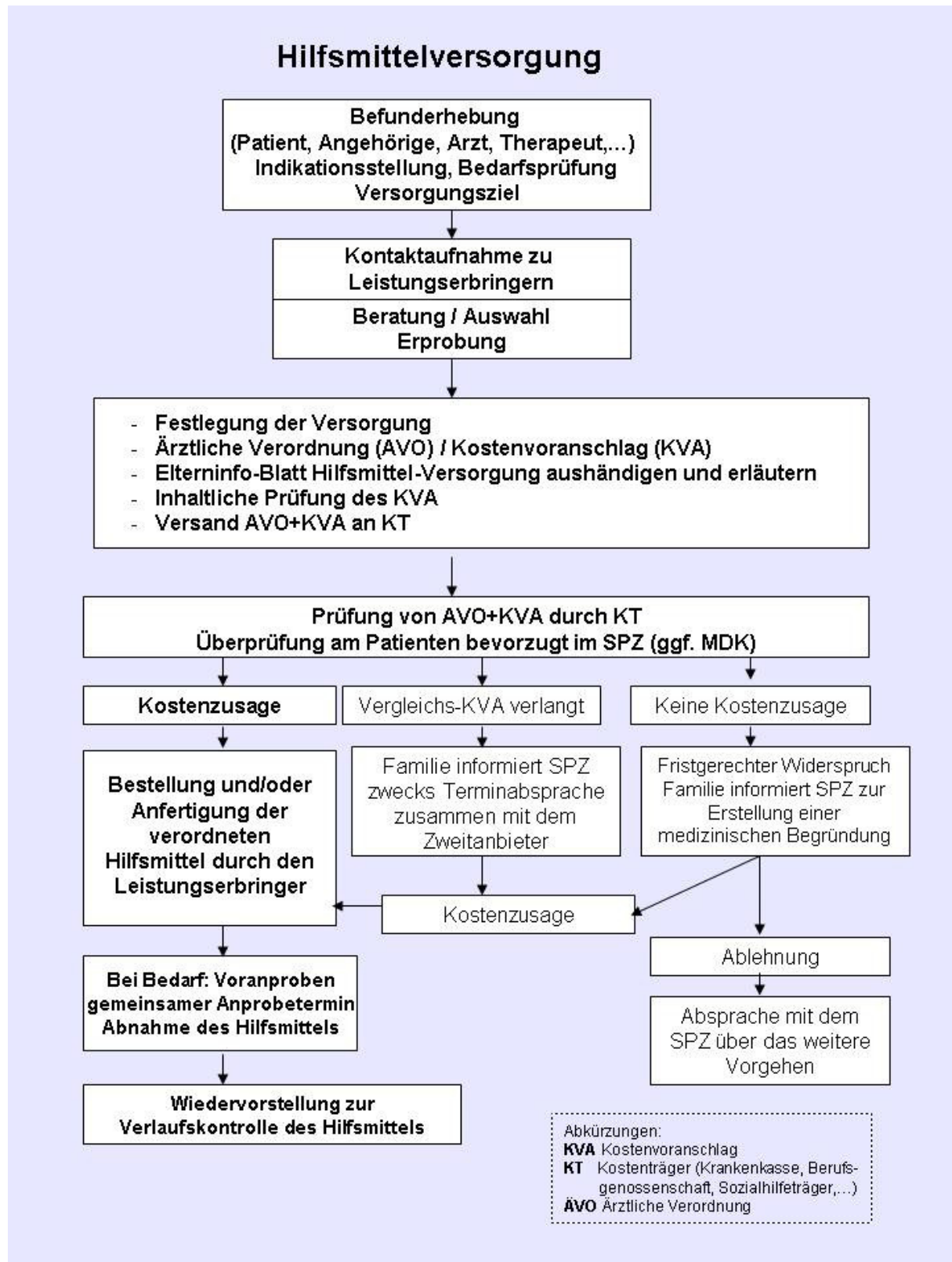


Abb.2