

## **Stellungnahme des Fachbeirates Technische Orthopädie zur Ausschreibung von Standard- und Leichtgewichtrollstühlen**

Menschen sind unterschiedlich – schon die Körperform und Größe führt zu völlig unterschiedlichen Bedürfnissen beim Sitzen. Diesem Umstand tragen strenge Vorgaben der Arbeitsplatzgestaltung, vom Berufskraftfahrer bis zur Sekretärin, Rechnung. Für behinderte Menschen ist der Rollstuhl nicht nur eine Mobilitätshilfe, sondern auch die Sitzgelegenheit, der sie im wahrsten Sinne des Wortes ausgeliefert sind – viele können sich darin nicht einmal selbst positionieren, geschweige denn einfach aufstehen und sich strecken. Der Rollstuhl ist deshalb ein an die sehr individuellen Bedürfnisse des einzelnen Patienten angepasstes Hilfsmittel, kein Massenprodukt.

Mit der Ausschreibung der Versorgung von sogenannten Standard- und Leichtgewichtsrollstühlen führen die gesetzlichen Krankenversicherungen (hier die DAK) ihre Praxis der zentralen Vergabe von Hilfsmittelversorgungen fort. Bislang wurde die Versorgung mit Rollatoren, Badewannenliftern und Hilfsmitteln zur „aufsaugenden Inkontinenzversorgung“ per Ausschreibung vergeben.

Diese Vorgehensweise gewährleistet nach Angaben der Kostenträger die im SGB V verankerte „Wirtschaftlichkeit“, ohne die Versorgungsqualität zu vermindern. Dabei handelt es sich bislang um Hilfsmittel, die nicht oder nur in geringem Umfang angepasst werden müssen. Trotzdem hat sich gezeigt, dass selbst dabei Probleme auftraten.

Ziel der Ausschreibung der Rollstuhlversorgung ist es, die Ausstattung der Patienten mit diesen Hilfsmitteln zu vereinheitlichen und sie möglichst kostengünstig zu gestalten. Nach den Angaben der Kostenträger ist dabei keine Billigversorgung gewünscht, jedoch ist nach unseren Kenntnissen der Preis das wesentliche Entscheidungskriterium für die Auswahl der teilnehmenden Bewerber.

Ausschreibungen von Hilfsmitteln für standardisierte Versorgungen sind nicht grundsätzlich schlecht und nicht grundsätzlich zu bemängeln. Allerdings sind die bisherigen Erfahrungen in diesen Bereichen überwiegend negativ, aufgezeigt z. B. auch in einer Studie (IWAK- Forschungsberichte 8, Qualität der Versorgung mit Anti-Dekubitus-Liegehilfen), die im Auftrag der AOK Hessen durchgeführt wurde. In der Studie wurden folgende Mängel aufgezeigt, die zu gravierenden Problemen in der Versorgung der Menschen mit Behinderung geführt haben:

- **Beratungsmängel:**  
Durch die räumliche Entfernung leidet die Beratungsqualität in hohem Maße. Die Versorgungsparameter werden auch bei problematischen Fällen nur telefonisch abgefragt.
- **Lieferzeit:**  
Die Ausschreibung führt zur zentralisierten Versorgung. Damit steigt die Entfernung zwischen Patient und Versorger. Die Ausschreibungsgewinner sind deshalb nicht in der Lage, schnell und kurzfristig zu reagieren. Die durchschnittliche Lieferzeit hat sich auf 7 Tage erhöht, vorher wurden zwei bis maximal drei Tage akzeptiert.
- **Qualität:**  
Die Qualität der gelieferten Hilfsmittel entspricht dem Preis. Die Qualität der Versorgung (Verlässlichkeit, adäquate Anpassung, Service vor Ort) wird in der Regel nicht überprüft.

Der in der Ausschreibung erzielte Preis macht einen hohen Grad der Standardisierung erforderlich. Dies ist beim bloßen Einkauf von Rollstühlen, die in großen Mengen für den nichtindividuellen Bedarf geordert werden – wie z. B. für den Klinikbetrieb oder Flughäfen wenig problematisch. Sobald allerdings eine individuelle Versorgung angezeigt ist, werden mindestens eine fachgerechte Auswahl, Einstellung und persönliche Einweisung in das Hilfsmittel erforderlich. Durch die Vernachlässigung der Dienstleistungsqualität als Zuschlagskriterium und des fehlenden Controlling der ausgeschriebenen Leistungen durch die Krankenkassen sind die derzeitigen Ausschreibungen der DAK nicht zielführend.

Hinzu kommt die Unschärfe der Begrifflichkeit „Standard-Rollstuhl“, die der Ausschreibung zugrunde liegt. Die Begrifflichkeit (Standardrollstuhl, sog. Standard-Leichtgewichtrollstuhl) mag bei Rollstühlen, welche ohnehin nur mit wenigen Sitzbreiten und ein oder zwei Sitztiefen angeboten werden (Standardrollstuhl, sog. Standard-Leichtgewichtrollstuhl) noch treffend sein. Durch die Ausschreibung der Produktart 18.50.02.2 (Leichtgewichtrollstühle) ist jedoch keine Differenzierung gegen modulare Leichtgewichtstühle möglich. Letztere sind durch ihre gute Anpassbarkeit Grundlage der Versorgung von Menschen, welche den ganzen Tag im Rollstuhl verbringen und nur durch den modularen Rollstuhl auch noch eine gewisse selbstständige Mobilität durch die Greifreifen oder eine Konfiguration als Trippelrollstuhl gewinnen können und sollen. Hier besteht die Gefahr, dass zahlreiche Patienten durch eine wenig angepasste Versorgung in ihren Möglichkeiten erheblich beschnitten werden. Die sachgerechte Differenzierung im Hilfsmittelverzeichnis ist – gerade im Angesicht der jetzt erfolgten Ausschreibung – unbedingt notwendig.

Ein weiteres Problem dieser Versorgungsform ist die zeitnahe und vor allem fachlich fundierte Gewährleistung des Service vor Ort. Rollstühle sind ein alltäglich und verlässlich erforderliches Hilfsmittel – die darauf angewiesenen Patienten sind in der Regel bei Defekten hilflos. Bis vor wenigen Jahren wurden regelmäßig Zweitrollstühle zur Absicherung verordnet und von den Kassen bezahlt. Dann wurden die Leistungserbringer verpflichtet, den Betrieb der Rollstühle mit Service vor Ort kurzfristig sicherzustellen. Diese Serviceleistung kann von lokalen Leistungserbringern, nicht jedoch von zentralen Versorgern sichergestellt werden.

Individuell anzupassende Hilfsmittel wie Rollstühle und auch andere elementare Lebenshilfen zum Ausgleich einer Behinderung sollten nach unserer Auffassung in jedem Fall von einer übergreifenden Ausschreibung ausgenommen werden.

Die den Kalkulationen der Ausschreibungsgewinner zugrunde liegenden Annahmen berücksichtigen die Anpassung vor Ort nicht ausreichend. Dies führt regelmäßig dazu, dass die Auftragsausführung in das Standardschema „gepresst“ wird.

Die Indikationsstellung für Art und Umfang einer behinderungsausgleichenden Hilfsmittelversorgung ist Aufgabe eines Arztes. Die zentrale Standardversorgung führt dazu, dass die verordnenden Ärzte – selbst bei eklatanter Fehlversorgung – keinerlei Möglichkeiten haben, die Hilfsmittelversorgung in Frage zu stellen, geschweige denn korrigieren zu lassen. Die Haftung für Komplikationen durch Fehlversorgung wird dann weder von den Kostenträgern, noch von den ausliefernden „Zentralversorgern“ übernommen, da sie sich alle auf den vereinbarten Standard berufen.

Zusammengefasst ist sicherzustellen, dass Leistungserbringer weiterhin individuelle Hilfsmittelversorgung leisten, auch die Überprüfung durch den verordnenden Arzt muss möglich bleiben. Soweit keine Einigung über die Eignung einer erfolgten Versorgung möglich ist, sollte sowohl

dem Patienten als auch dem Verordner die Anforderung einer Evaluation durch den MDK nach § 275 Abs. 3 Satz 3 SGB V möglich sein. Bei Ausschreibungen soll für Krankenkassen ein Mindestmaß an Controlling der Hilfsmittelversorgung verpflichtend sein, wie z. B. eine regelmäßige Überprüfung und Dokumentation.

Der Fachbeirat Technische Orthopädie fordert deshalb eine Aufhebung der Ausschreibungen für Hilfsmittel, die individuell angepasst werden müssen.

Insbesondere für die aktuell ausgeschriebene Hilfsmittelversorgung der Produktgruppe 18 fordert der Fachbeirat Technische Orthopädie:

- Die Leistungserbringer müssen für Patienten und verordnende Ärzte unmittelbar ansprechbar sein. Die Anpassung eines Hilfsmittels ist eine persönlich zu erbringende Leistung beim Patienten. Anpassungen nach telefonischer Abfrage ohne direkten Kontakt sind inakzeptabel.
- Die Versorgung muss innerhalb von 2 bis maximal 3 Arbeitstagen erfolgen.
- Reklamationen müssen innerhalb von 24 Stunden bearbeitet werden, bei Notwendigkeit durch einen Servicetechniker vor Ort.
- Die sachgerechte Differenzierung im Hilfsmittelverzeichnis zwischen Standard-Leichtgewichtrollstuhl und einem konfigurierbaren bzw. modularen Rollstuhl ist unbedingt notwendig.
- Es ist sicherzustellen, dass Leistungserbringer weiterhin individuelle Hilfsmittelversorgung leisten, auch die Überprüfung durch den verordnenden Arzt muss möglich bleiben. Soweit keine Einigung über die Eignung einer erfolgten Versorgung möglich ist, sollte sowohl dem Patienten als auch dem Verordner die Anforderung einer Evaluation durch den MDK nach § 275 Abs. 3 Satz 3 SGB V möglich sein.
- Bei Ausschreibungen sollten die Krankenkassen zum Controlling der Hilfsmittelversorgung verpflichtet sein, d. h. eine regelmäßige Überprüfung und Dokumentation.

Stand: 9. Februar 2015