

# SCHWARZBUCH

*Medizinische Hilfsmittelversorgung*

*Der Verlust der Patientenwahlfreiheit in Deutschland*

Mein Hilfsmittel. Mein Leben.

» **meine Wahl!** «

# Inhalt

Einleitung	3
<b>Inkontinenzpatienten am stärksten betroffen</b>	
Aufsaugende Inkontinenzhilfsmittel   Überblick	4
Hausbesuch   Fallbeispiele   Expertenmeinung   Fazit	5
<b>Einschränkung aktiver Inkontinenzpatienten</b>	
Ableitende Inkontinenzhilfsmittel   Überblick	10
Hausbesuch   Fallbeispiele   Expertenmeinung   Fazit	11
<b>Einschränkung der (Wahl-)Freiheit</b>	
Rollstühle und Mobilität   Überblick	16
Hausbesuch   Fallbeispiele   Expertenmeinung   Fazit	17
<b>Ein wunder Punkt der Hilfsmittelversorgung</b>	
Dekubitus   Überblick	22
Hausbesuch   Fallbeispiele   Expertenmeinung   Fazit	23
<b>Wegfall kompetenter Beratungsnetze</b>	
Stoma   Überblick	28
Hausbesuch   Fallbeispiele   Expertenmeinung   Fazit	29
<b>Einfach durchatmen?</b>	
Atemtherapie-/ Schlafapnoegeräte   Überblick	34
Fallbeispiele   Expertenmeinung   Fazit	35
<b>Elektrostimulationsgeräte – gegen Schmerz, für Beweglichkeit</b>	
TENS- und EMS-Geräte   Überblick	40
Fallbeispiele   Expertenmeinung   Fazit	41
<b>Fest steht: Krankenkassen können, müssen aber nicht ausschreiben!</b>	46
<b>Auswirkungen schlechter Ausschreibungspraxis zu Lasten der Betroffenen</b>	48
<b>Das Aktionsbündnis »meine Wahl!«</b>	50

# Einleitung

Mit Inkrafttreten der Gesundheitsreform haben sich die Rahmenbedingungen der Hilfsmittelversorgung in Deutschland grundlegend verändert. Im April 2008 verpflichtete das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) die gesetzlichen Krankenkassen, die Hilfsmittelversorgung ihrer Versicherten z. B. mit Bandagen, Rollstühlen oder Produkten zur Inkontinenz- und Stomaversorgung spätestens ab dem 1. Januar 2009 ausschließlich durch feste Vertragspartner zu regeln. Eine grundsätzliche Verpflichtung, diese Vertragspartner über Ausschreibungen zu ermitteln, wurde mit Nachbesserungen zu den Regelungen des GKV-WSG durch den Bundestag am 17. Oktober 2008 verhindert. Trotzdem gilt: Ausschreibungen können durchgeführt werden, sofern diese zweckmäßig sind.

Mit den Ausschreibungen von medizinischen Hilfsmittelversorgungen kamen auf die Versicherten tiefgreifende Veränderungen zu. Es besteht die Gefahr, dass die in jahrelanger vertrauensvoller Zusammenarbeit gewachsenen Netzwerkstrukturen zur Versorgung und Unterstützung kranker Menschen zerschlagen werden. Das Recht der Versicherten auf Mitbestimmung bei der Wahl des Versorgungspartners – Sanitätshaus, Apotheke oder Homecare-Unternehmen – ist bei Ausschreibungen faktisch entfallen. Die Mitsprache bei der Produktwahl wird massiv erschwert. Patienten werden mit neuen, ungewohnten und eventuell weniger geeigneten Produkten und Versorgern konfrontiert. Dies führt zu schwerwiegenden Belastungen für die Betroffenen.

Leistungserbringer und Hilfsmittelhersteller befürchten aufgrund von Ausschreibungen massive Wettbewerbsverzerrungen durch einen forcierten Preiskampf und die Bildung von Oligopolen. Qualitätsverluste bei Produkten sowie bei der Patientenversorgung und ein Innovationsstau sind die möglichen Folgen.

Mit dem Gesundheitsfonds treten die gesetzlichen Krankenkassen ab 2009 erstmals in einen Leistungswettbewerb. Durch den einheitlichen Beitragssatz ist für Versicherte nicht mehr der Preis das ausschlaggebende Kriterium für die Wahl der Kasse. Patientenfremdliche Kriterien in Form von Wahlfreiheit und qualitativ hochwertiger Versorgung treten in den Vordergrund. Patienten haben die Wahl: Sie können sich bewusst für oder gegen eine Krankenkasse entscheiden.

Bei allen bis September 2009 erfolgten Ausschreibungen war immer der Preis das wichtigste (oftmals auch einzige) Zuschlagskriterium. Darunter leidet die Qualität der Versorgung.

Das Aktionsbündnis »meine Wahl!« schätzt, dass ca. 12 Millionen Menschen in Deutschland vom Verlust ihrer Wahlfreiheit durch Ausschreibungen bedroht sind.

Das Schwarzbuch medizinische Hilfsmittelversorgung zeigt anhand lebensnaher Fallbeispiele, welche fatalen Folgen die Ausschreibungspraxis der gesetzlichen Krankenversicherungen hat. Damit fordert das Aktionsbündnis »meine Wahl!« alle Verantwortlichen zum Umdenken auf. Denn bei allen notwendigen Sparmaßnahmen, muss der Mensch im Zentrum allen Handelns stehen.

## Inkontinenzpatienten am stärksten betroffen

### Aufsaugende Inkontinenzhilfsmittel

#### Überblick

In der Inkontinenzversorgung wird zwischen Harn- und Stuhlinkontinenz unterschieden. Über sechs bis acht Millionen Frauen und Männer leiden in Folge eines Unfalls oder einer Erkrankung darunter.

Insbesondere Patienten, die auf aufsaugende Inkontinenzhilfen angewiesen sind, hier gab es die meisten Ausschreibungen (11 von 38, Stand Mai 2009), wurden am stärksten in ihrer Wahlfreiheit eingeschränkt. Die Folgen des Entzugs der Wahlfreiheit wurden schnell deutlich: Schlechtere Qualität der Inkontinenzhosen und -vorlagen sowie unzumutbare Liefer- und Servicebedingungen belasten Patienten in ganz Deutschland. Immer mehr Patienten klagen über zu geringe Mengen an Inkontinenzhosen und -vorlagen, unzumutbare Belastungen durch Quartalslieferungen und schlechte Erreichbarkeit der Hotlines bzw. keinerlei Beratung und Service durch die neu zugewiesenen Versorgungspartner. Viele Betroffene sehen sich gezwungen, sich »ihre« passenden Produkte selbst zu kaufen, weil neue Leistungserbringer oftmals weder operativ noch logistisch in der Lage sind, den Bedarf des »neu gewonnenen« Kundenkreises zu decken.

»Insbesondere in der häuslichen Pflege«, so ein Angehöriger eines inkontinenten Patienten aus Niedersachsen spöttisch, »hat sich eine regelrechte Windelmafia gebildet«: Pflegedienste sollen sich immer häufiger Inkontinenzwindeln und -vorlagen bei Patient A leihen, um Patient B dringend zu versorgen, bis die nächste Quartalslieferung kommt. Dann erhält Patient A seine »Leihgabe« wieder zurück. Das sind inakzeptable Zustände für betroffene Patienten, Pflegepersonal und Angehörige gleichermaßen. Zudem scheinen mögliche Folgeerkrankungen durch zu lange Tragezeiten wie Blasenentzündungen oder gar Dekubitus den Verantwortlichen kaum bewusst zu sein.

## Hausbesuch

### Angelika Roll pflegt ihre Mutter

Für meine Mutter, die ich nach ihrem Schlaganfall zu Hause pflege, kämpfe ich seitdem ihre Krankenkasse die Inkontinenzversorgung ausgeschrieben hat. Die Krankenkasse teilte uns den neuen Versorgungspartner mit und meinte, wir sollen in nächster Zeit Produktproben erhalten. Das dauerte über zwei Monate. Erst nach vielen Telefonaten mit dem neuen Versorger und ständigen Nachfragen, auch bei der Krankenkasse, erhielten wir ein Paket mit Musterwindelhosen. Wie wir die Versorgung zwischendurch gedeichselt haben, hat weder den Versorger noch die Krankenkasse interessiert; denn beim alten Versorger durften wir nicht mehr die uns bekannten Windelhosen kaufen. Was wir dann vom neuen Versorger als Produktproben erhielten war die Katastrophe. Keine einzige Windelhose

hatte eine annehmbare Qualität hinsichtlich Saugstärke und Passform. Beratung gab es vom neuen Versorger keine, obwohl uns das von der Krankenkasse zugesichert wurde. Beim neuen Versorger wurden wir mit dem Satz »Mit den Passformmängeln müssen Sie leben!« abgespeist. Und auch die Krankenkasse hat sich nicht für die auftretenden Probleme interessiert.

Anfang 2009 folgten dann die rechtlichen Schritte, die uns, neben der eigentlichen Belastung, nun noch mehr abverlangen. Ich stelle mir nur eine Frage: Was machen ältere Leute, die nicht von einem Angehörigen gepflegt werden und sich nicht wie ich beschweren können? Die Folgen der Ausschreibungspraxis mancher Krankenkassen sind nicht hinnehmbare Zusatzbelastungen für Patienten und ihre pflegenden Angehörigen.



**»Wenn der Preis das entscheidende Kriterium ist, bleibt die Qualität zwangsläufig auf der Strecke. Inkontinenzbetroffene müssen sich darauf verlassen können, dass Hilfsmittel ihren Zweck erfüllen.«**

Christoph Saloschin  
Vorstand Inkontinenz Selbsthilfe e.V.

## Fallbeispiele

### Keine Produktmuster, keine Beratung

Der neue Versorger von Michaela S. konnte weder über die zu liefernden Produkte noch über Fragen der Abwicklung mit der Krankenkasse telefonisch noch sonst irgendwie Auskunft geben. Proben konnten nur von der hauseigenen Billigmarke zur Verfügung gestellt werden. Die versprochenen Mustersendungen hat Frau S. bis heute nicht erhalten. Ebenso fand das von der Krankenkasse mit dem Versorgungspartner laut Ausschreibung geforderte Beratungsgespräch mit der Patientin nie statt. Seit Februar 2009 hat Frau S. keine ihr gesetzlich zustehende Kassenversorgung für aufsaugende Inkontinenzmittel.

### Unter Druck gesetzt

Maria N. berichtete von der Umstellung auf einen neuen Versorgungspartner für Inkontinenzprodukte zur Versorgung ihrer Großmutter. Frau N. erhielt nach mehreren Telefonaten mit dem Versorgungspartner drei verschiedene Produktproben. Mit dabei war ein Schreiben zur Unterschrift, das bestätigen sollte, dass eine umfassende ausführliche Beratung vor Ort (»Hausbesuch«) mit der Feststellung der Inkontinenz bzw. der Wechselintervalle, der Einweisung in den Gebrauch der Hilfsmittel sowie Absprachen zu Lieferterminen und Erläuterungen zu entstehenden Kosten (Zuzahlungen/Mehrkosten) erfolgten. Da Frau N. keinerlei derartige Beratung oder Information vom Versorgungspartner erhielt, unterschrieb sie das Formular nicht, sondern wandte sich kritisch an den Vertragspartner ihrer GKV. Dieser setzte sie unter Druck: entweder unterschreiben oder keine Lieferungen.

### Damenbinden für Herrn S.

Nach einem Telefonat mit dem Leistungserbringer erreichte Adalbert S. ein Paket mit einer Windelhose, adressiert an »Frau Adalbert S.« Er benötigt aber eine Netzhose und 20×40cm große Einlagen für den Mann. Nach Beschwerden bei Krankenkasse und Versorger der nächste Schock: 160 Fraueneinlagen. Er kauft sich seine Einlagen nun wieder beim gewohnten Sanitätshaus und zahlt selbst. »Jetzt hab ich meine Ruhe«, sagt er.



### Expertenmeinung

**Renate Hofmeister, Landesvorsitzende der Deutschen Parkinsonvereinigung Baden-Württemberg**

Gerade Patienten mit Parkinson leiden häufig auch an Inkontinenz und sind auf aufsaugende Inkontinenzhilfen angewiesen. Die Deutsche Parkinsonvereinigung hat festgestellt, dass die Lieferbedingungen dieser Hilfsmittel unzumutbar werden. Einer alten Dame wurden Windelpackungen für ein ganzes Quartal in die Zweizimmerwohnung zugestellt, das ist einfach nur dreist. Doch kritisieren wir nicht nur die Quartalslieferungen als solche. Viel schlimmer noch: Es wird uns berichtet, dass die Lieferanten die Lieferungen einfach vor die Wohnungstür stellen, wenn der Adressat nicht zu Hause ist. Das widerspricht jedem Verständnis von Privat- bzw. Intimsphäre und zeigt, wie wenig der Patient als Kunde von gesetzlichen Krankenkassen und Leistungserbringern verstanden wird. Wir bleiben dabei: Die Wahlfreiheit für Patienten bei der medizinischen Hilfsmittelversorgung muss erhalten bleiben.

### Fazit

Patienten, die aufsaugende Inkontinenzhilfsmittel benötigen, sind bundesweit am stärksten von dem Verlust der Wahlfreiheit durch Ausschreibungen der gesetzlichen Krankenkassen betroffen. Zu ihren Lasten gehen 11 von 38 Ausschreibungen bis Mai 2009. Infolgedessen kommt es vielerorts zu massiven Versorgungsfehlern: zu späte Lieferungen, Quartalslieferungen, die Patienten vor enorme Herausforderungen hinsichtlich Lagerung stellen, nicht passende und qualitativ minderwertige, der Versorgung nicht gerecht werdende Produkte sowie immer häufiger auch Abrechnungsfehler.

## Einschränkung aktiver Inkontinenzpatienten

### Ableitende Inkontinenzhilfsmittel

#### Überblick

Bei der ableitenden Inkontinenzversorgung muss zwischen Hilfsmitteln für Männer und Frauen unterschieden werden. Zudem wird zwischen Kathetern (Dauerkatheter und Katheter für den intermittierenden Katheterismus), Urinauffangbeuteln und Katheterventilen unterschieden. Für Männer gibt es zudem Zubehör wie Penistaschen oder Kondomurinale. Auch bei der ableitenden Inkontinenz ist das Ziel der Urologie die Sicherstellung der Nierenfunktion und einer medizinisch angepassten Form der Blasenentleerung. Hinzu kommt, dass die Inkontinenzversorgung dieser Patienten darauf ausgerichtet sein muss, ihnen nach wie vor möglichst viel Freiraum zu bieten, um aktiv zu bleiben. Eine fachgerechte und zweckmäßige Versorgung ist unerlässlich, damit diese Patienten weiterhin am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können. Die Kontinenzversorgung steht nicht nur für eine adäquate Hilfsmittelversorgung. Angefangen bei einer intensiven Beratung und Betreuung nach Erstkontakt mit dem Patienten bis zur professionellen Überleitung in den häuslichen Bereich ist vieles unabdingbar. Gerade in der Anfangsphase benötigen Patienten intensive Beratung und individuelle Versorgung.

Für betroffene Patienten, die auf ableitende Inkontinenzhilfsmittel angewiesen sind, haben Ausschreibungen und der damit verbundene Verlust der Wahlfreiheit enorme Auswirkungen: Qualitativ hochwertige hydrophile oder gelbeschichtete Einmalkatheter können aufgrund des Preisdrucks kaum von den Leistungserbringern abgegeben werden. Versorgungs-pauschalen sichern nur die Versorgung mit einfachen Einmalkathetern. Ebenfalls wird durch Ausschreibungen eine bedarfsgerechte Belieferung nach dem tatsächlichen Verbrauch unmöglich gemacht, da die logistischen Voraussetzungen bei »Billigversorgern« nicht existieren. Es ist davon auszugehen, dass bei Produkten, deren Verbrauch schwankt (Urinalkondome, Beinbeutel, Einmalkatheter etc.), die Folgen bei manchen Patienten vermehrte Arztbesuche und Behandlungen aufgrund von Komplikationen, ein Anstieg des Verbrauchs und unnötige Lagerhaltung sein werden.

Ebenso sind bei vielen Patienten zusätzliche finanzielle Belastungen durch Aufzahlungen nachzuweisen.

## Hausbesuch

### Juri Dretzko, Außendienstmitarbeiter einer Lebensmittelkette

Ich war schon immer ein aktiver Mensch, der seine Ideen immer gleich schnell umsetzen will. Ich bin immer auf Tour. Als vor vier Jahren die Sache mit meiner Prostata kam, hat mich das zunächst sehr geschockt. Es war nicht einfach, damit umzugehen. Katheter, Urinbeutel am Bein, die »Strapse« dazu, wie meine Frau so schön sagt. Aber letztlich arrangiert man sich damit und das Leben geht weiter. Und man kann durchaus auch wieder Lebensmut finden und Spaß haben, keine Frage.

Mit meinem Hilfsmittelversorger hatte ich nie Probleme. Die wussten, was ich benötige, und mit dem Rezept konnte ich mir auch immer einfach das Material holen. Das lag immer auf dem Weg. Dann machte mir aber meine Krankenkasse mit ihrer Ausschreibung einen Strich durch die Rechnung. Neuer Versorger und nur Probleme! Bevor ich überhaupt von dem neuen Versorger eine Antwort bekam, vergingen Wochen. Dann kam

ein Paket mit unterschiedlichen Materialien zum Ausprobieren. Das hatte ich gar nicht verstanden, immerhin wusste ja eigentlich meine Kasse, was ich benötige. Trotzdem das ganze Procedere. Mit im Paket lag ein Zettel, auf dem ich unterschreiben sollte, dass ich alle Beratungen und Hinweise »vor Ort« erhalten hätte. Der neue Versorger schien ordentlich zu kassieren – für nicht erbrachte Leistungen. Aber alle Materialien hatten eine schlechte Qualität und passten auch gar nicht zu meiner aktiven Lebenssituation. Meiner Kasse war das völlig egal. Sie berief sich nur auf die Ausschreibung und meine Verpflichtung, den neuen Versorger anzuerkennen. Das hab ich nicht mehr mitgemacht. Zum Glück verdiene ich ganz gut; bis ich eine neue Kasse hatte, habe ich mir meine Materialien in meinem Sanitätshaus selbst gekauft. Meine neue Kasse verzichtet auf Ausschreibungen. Da sieht man, dass es auch anders geht.



**Individualität!**

**»Die Hilfsmittelversorgung muss sich an den persönlichen Lebensumständen der Patienten ausrichten und nicht umgekehrt. Das Wichtigste ist, dass die Betroffenen mit ihrem Hilfsmittel gut zurechtkommen und weiter mitten im Leben stehen können. Bei einer Versorgung nach Schema F ist das unmöglich.«**

Hanne Brenner  
Europameisterin und zweifache  
paralympische Goldmedaillengewinnerin  
im Dressurreiten mit Handicap

## Fallbeispiele

### Keine Beratung

Harald S. war bislang mit seiner Hilfsmittelversorgung sehr zufrieden. Mit einer inkompletten Querschnittlähmung benötigt er Katheter, Desinfektionsmittel, Urinalkondome, Kleber, Beinbeutel, Einlagen und dergleichen. Seinen Versorger musste er aufgrund einer Ausschreibung wechseln. Früher bekam er »eine menschliche, persönliche Beratung und Betreuung«. Jetzt kümmern sich drei bis vier unterschiedliche Mitarbeiter um seine Bestellung, doch Beratung gibt es nicht mehr. Die gelieferte Ware ist sogar oft fehlerhaft und wegen des Transports eingedrückt.

### Hinweis der Krankenkasse: Den Einmalkatheter mehrmals benutzen!

Susanne E. wurde bislang gut von ihrer Krankenkasse versorgt. Doch wegen einem undichten Bauchnabelstoma musste Frau E. bis zu zwölf Katheter am Tag verwenden. Nach der Ausschreibung ihrer Krankenkasse sollte die Kathetermenge auf zwei Stück pro Tag reduziert werden. Im Telefonat mit der Krankenkasse kam der Hinweis, man könne einen Einmalkatheter ja mehrmals benutzen. Und alle zwölf Stunden Blase leeren würde ja genügen (bei einer empfohlenen Trinkmenge von vier Litern am Tag).

### Irrungen und Wirrungen

Bereits im Februar 2009 erhielt Markus G. die Information seiner Krankenkasse, dass er seinen Versorger wechseln muss und ab Mai von einem anderen Leistungserbringer mit ableitenden Inkontinenzhilfen versorgt werden sollte. Als sich Herr G. wie von der Kasse gefordert mit dem Lieferanten in Verbindung setzte und die notwendigen Hilfsmittel anhand der Hilfsmittelnummern bestellen wollte, war dieser völlig erstaunt. Es kam heraus, dass die betreffenden Hilfsmittelnummern gar nicht zur Ausschreibung gehörten. Ein Anruf bei seiner Krankenkasse bestätigte die Vermutung: Ein Fehler lag hier vor. Herr G. sollte wie bisher von seinem alten Lieferanten versorgt werden. Alles schien beim Alten zu bleiben. Im April dann ein neues Schreiben seiner Krankenkasse mit der Aufforderung, den Versorger zu wechseln. Der Grund dafür war auch bei der Krankenkasse unbekannt. »Da scheint die rechte Hand nicht zu wissen, was die linke macht«, so Herr G.



### Expertenmeinung

**Christoph Saloschin, Vorstand Inkontinenz Selbsthilfe e.V.**

Das Leben von Menschen mit Inkontinenz wird durch die Ausschreibungspraxis der Krankenkassen dramatisch eingeschränkt. Wir wehren uns gegen schlechte Versorgung und Entmündigung. Über das Internetforum der Inkontinenz Selbsthilfe erreichen uns viele Sorgen von Betroffenen, viele unglaubliche Fälle von schlechter Versorgung nach Ausschreibungen. Wir haben zum Beispiel einen Inkontinenzpatienten, der überlegt, sich einer risikoreichen Operation zu unterziehen, nur um den Billigprodukten vom neuen Versorgungspartner zu entkommen. Es darf nicht immer wieder bei den Schwächsten gespart werden. Die Menschenrechte und die Menschenwürde gelten für jeden.

### Fazit

Gerade bei medizinischen Hilfsmitteln im Bereich der ableitenden Inkontinenz ist es wichtig, dass die Versorgung stimmt, um Folgeerkrankungen zu vermeiden. Unzureichende Versorgungsmengen und Lieferprobleme aufgrund falscher Ausschreibungspraxis führen in ganz Deutschland dazu, dass sich Patienten gezwungen sehen, manche Produkte nicht einmal sondern mehrfach zu verwenden. Die Folgen sind katastrophal: Patienten können sich lebensgefährliche Erkrankungen zuziehen und werden in ihrer Teilhabe am sozialen Leben eingeschränkt. Und das Sparen im Gesundheitssystem wird unmöglich, wenn Folgeerkrankungen die Kassen zusätzlich belasten.

## Einschränkung der (Wahl-)Freiheit Rollstühle und Mobilität

### Überblick

Zirka 400.000 Menschen in Deutschland sind auf Rollstühle angewiesen. Hinzu kommen tausende Patienten, für die neben Rollstühlen auch Rollatoren und andere Mobilitätshilfen nicht nur Beweglichkeit, sondern auch Teilhabe am sozialen Leben und soziale Unabhängigkeit bedeuten. Hier zeigt sich schnell, welche Folgen schlechte Qualität und unzureichender Service haben.

Der Deutsche Rollstuhl-Sportverband e.V. bestätigt: »Richtig mobil zu sein setzt voraus, dass der Rollstuhl immer richtig angepasst und eingestellt ist. Nur unter diesen Voraussetzungen werden ökonomische und physiologische Fahrtechniken sichergestellt. Anpassungen und Einstellungen des Rollis müssen ständig kontrolliert und aktualisiert werden. Denn veränderte Körperproportionen oder auch bessere Fähigkeiten im Umgang mit dem Rollis stellen neue Anforderungen an diesen.«

Durch die Ausschreibungen gesetzlicher Krankenkassen scheinen diese Voraussetzungen aus dem Bewusstsein der Verantwortlichen gerückt zu sein. Immer mehr Patienten mit eingeschränkter Mobilität klagen über:

- qualitativ minderwertige Mobilitätshilfen
- schlechte Beratung und lange Lieferzeiten
- unsachgemäße oder keine Anpassung der Sitzschalen und
- dadurch immer häufiger Sekundärschäden wie Dekubitus und Unfälle mit den Mobilitätshilfen

Die Einschränkung der Wahlfreiheit bei der Wahl des Leistungserbringers hat zudem die Folge, dass Reparaturen am Rollstuhl jetzt deutlich länger dauern können als früher. Betroffene sprechen von wochenlangen Wartezeiten, denn das zuständige Sanitätshaus um die Ecke darf nicht mehr versorgen bzw. reparieren. Damit werden Patienten mit eingeschränkter Mobilität in zahlreichen Fällen dazu gezwungen, zu Hause zu bleiben – das Aktionsbündnis »meine Wahl!« konstatiert hier einen nicht hinnehmbaren Zustand.

## Hausbesuch Sascha Wiegand, Anlageberater bei einer Bank

Ich bin auf dem Land groß geworden und war schon als Kind ziemlich quirlig. Der Heuboden auf dem Hof meiner Tante war für mich der absolute Abenteuerspielplatz. Das wurde mir auch zum Verhängnis. Mit acht Jahren fiel ich in der Scheune ziemlich ungünstig auf einen Balken. Seitdem sitze ich im Rollstuhl. Mein Leben hat sich danach sehr verändert, aber der Lausbub bin ich wohl geblieben. Trotz Rollstuhl bin ich ein lebensfroher Mensch und immer unterwegs. Gerade Rollstuhlbasketball macht echt Spaß und das ist auch der richtige Ausgleich zur Büroarbeit. Aber die Sache mit den Ausschreibungen macht mir Sorge. Zum Glück hat meine Kasse noch keine Mobilitätshilfen ausgeschrieben, aber was tun, wenn es so weit ist? Ich hab im Internet schon manche Horrormeldungen gelesen, von wegen gebrauchte Rollstühle, die nicht an die Bedürfnisse der Einzelnen angepasst sind. Ich benötige einen leichten Rollstuhl, mit dem ich flink unterwegs sein kann. Sparen müssen wir im Gesundheitssystem, das sehe ich ein. Aber wenn, dann muss das richtig gemacht werden. Ausschreibungen scheinen da nicht die geeignete Lösung zu sein.

**»Bei der Beratung und individuellen Anpassung von Rollstühlen gibt es immer wieder erhebliche Beratungs- und Qualitätsdefizite und damit Einschränkungen der Lebensqualität. Das müssen Experten machen. Denn nichts ist so nutzlos, wie ein schlecht angepasster Rollstuhl, mit dem der Betroffene nicht zurechtkommt.«**

Jean-Marc Clément  
Deutscher Meister im Rollstuhltanz



## Fallbeispiele

### Unpassender Rollstuhl

Ohne vorherige Anmeldung und Information erhielt Christa M. Besuch: Der »passende« Rollstuhl ihres Mannes wurde vom bisherigen Versorgungspartner abgeholt. Vier Stunden später erhielt Herr M. einen neuen, allerdings nicht passenden Rollstuhl. Herr M. ist über 1,90 m groß; ein angepasster Rollstuhl ist also unabdingbar. Noch immer wartet die Familie auf eine Erklärung und den Rückruf ihrer GKV.

### Lieber einen alten als einen schlechten Rollstuhl

Sabine S. benötigte einen neuen Elektrorollstuhl, da ihr bisheriger nicht mehr reparabel war. Bis zum Tag der Auslieferung wurde ihr nicht mitgeteilt, welchen Rollstuhl sie bekommt, es erfolgte keinerlei Beratung oder notwendige Anprobe bzw. Anpassung. Geliefert wurde ein gebrauchter, qualitativ minderwertiger Rollstuhl. Zudem hätte Frau S. auch einen neuen Rollstuhl für die Wohnung benötigt. Doch aus Angst, einen manuellen Rollstuhl zu bekommen, den sie aufgrund ihrer Behinderung nicht selbstständig nutzen kann, bewegt sie sich bis heute noch im alten Rollstuhl durch ihre Wohnung.

### Abrechnungsschwindel bei Reparaturen

Seit über einem Jahr lässt die Rollstuhlversorgung (Rollstuhl mit E-Zusatzantrieb) für Rainer V. sehr zu wünschen übrig. Nach der Umstellung auf einen neuen Leistungserbringer konnte Herr V. nicht mehr von seinem bisherigen Sanitätshaus versorgt werden. Auf den Hinweis und die Beschwerde an seine Krankenkasse, dass das neu zugeordnete Sanitätshaus vier Reparaturen ausführen sollte und auch abrechnete, aber nur einen Posten abgearbeitet hatte, reagierte die Krankenkasse nicht. Bis heute hat Herr V. von seiner Krankenkasse bzw. dem neuen Sanitätshaus keine Stellungnahme dazu erhalten.



### Expertenmeinung

**Dr. med. Yorck-Bernhard Kalke, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Ärztlicher Leiter am Querschnittgelähmtenzentrum Ulm**

Die Versicherten erwarten von ihrer Krankenkasse nicht mehr allein die Finanzierung der medizinischen Versorgung, sondern auch aktive Beratung und Unterstützung.

Dies bedeutet, dass der Patient, der auf eine medizinische Hilfsmittelversorgung angewiesen ist, auch zumindest eine adäquate Versorgung erwarten darf. Eine nicht ausreichende Rollstuhlversorgung und eine nicht einwandfreie Sitzschalenanpassung haben nicht nur eine mangelnde Lebensqualität mit Mobilitätseinbußen zur Folge, sondern können zu zusätzlich teilweise massiv beeinträchtigenden Folgeschäden wie Lähmungsskoliose, Schmerzsyndromen, Kontrakturen, Spastiken, Sturz aus oder mit dem Rollstuhl sowie vor allem Dekubitalulcera mit langwierigen Krankenhausaufenthalten führen. Eine adäquate Versorgung schließt solche Folgeschäden aus und ist Zeichen der stimmigen Interaktion zwischen Patient, Krankenkasse, Hilfsmittelversorger sowie dem Arzt und seinem Behandlungsteam.

### Fazit

An körperliche und soziale Bedürfnisse und Umstände eines Patienten angepasste Mobilitätshilfen wie Rollstühle sind unerlässlich, denn sie sollen ihren Nutzern möglichst viel Bewegungsfreiraum ermöglichen und ihnen damit auch Raum in der Gesellschaft garantieren. Von Ausschreibungen ihrer Krankenkasse betroffene Hilfsmittelnutzer sehen sich immer größer werdenden Einschränkungen gegenüber konfrontiert. Neu zugewiesene Versorger haben ihre Firmensitze oftmals weit entfernt von den betroffenen Patienten; schnelle Hilfe im Reparaturfall wird dadurch unmöglich gemacht. Zudem setzen sich immer stärker Billigprodukte durch. Mit fatalen Folgen: Durch unpassende Rollstühle kann es zu Stürzen mit dem Rollstuhl kommen. Die Folgeerkrankungen belasten Patienten und Krankenkassen.

## Ein wunder Punkt der Hilfsmittelversorgung Dekubitus

### Überblick

Schätzungsweise leiden über 1,2 Millionen Menschen in Deutschland an einem Dekubitusgeschwür. Als Dekubitus wird eine Gewebeschädigung bezeichnet, die durch hohen und andauernden Druck auf Hautbereiche entsteht (oft im Bereich über dem Kreuz- oder Steißbein sowie an Knöcheln), wodurch die betroffenen Körperstellen schlecht durchblutet werden. Durch die offenen Wunden können lebensgefährliche Komplikationen wie Blutvergiftung entstehen. Betroffen sind vor allem Patienten, die längere Zeit bettlägerig sind. Aber auch Rollstuhlfahrer gehören zur Dekubitus-Risikogruppe.

Zur Unterstützung der Dekubitusprophylaxe kommen Antidekubitus-Hilfsmittel zum Einsatz. Ob einfache Lagerungskissen oder hochspezialisierte Krankenbetten, alle diese Hilfsmittel mindern den Druck, der auf die gefährdeten Hautstellen wirkt.

Drei Kategorien werden bei Antidekubitus(AD)-Hilfsmitteln unterschieden:

- Weichlagerungssysteme (Schaumstoffmatratzen, Gelaufagen, Luftkissen etc.)
- Wechseldrucksysteme
- Mikrostimulationssysteme

Der Arzt muss von Fall zu Fall unterscheiden, welche Hilfsmittel zum Einsatz kommen, denn nicht jedes Hilfsmittel ist bei jedem geeignet. Folgende Kriterien müssen für eine fachgerechte Entscheidung beachtet werden:

- Grunderkrankung und geistiger Zustand des Patienten
- Risiko für Dekubitus einschätzen
- Ist bereits ein Druckgeschwür entstanden?
- In welchem Stadium ist der Dekubitus?
- Wundheilungsphase
- Bewegungsgrad (Mobilitätsgrad) des Patienten
- Langzeit-, Kurzzeit- bzw. Akutversorgung notwendig?
- Wer versorgt den Patienten?

Durch die Ausschreibungspraxis der Krankenkassen, vor allem aber durch die damit im Zusammenhang stehenden Versorgungspauschalen, ist die Wundversorgung und Dekubitusprophylaxe von Qualitätseinbußen bedroht. Die Fälle des Aktionsbündnis »meine Wahl!« beweisen das.

## Hausbesuch Sabine Hofmann, Altenpflegerin in einem Berliner Seniorenheim

Wer Senioren betreut, weiß: Trotz aller routinierten Handgriffe muss die Menschlichkeit im Vordergrund stehen. Für mich gehört das zu einer professionellen Pflege dazu. Doch Sorge ich mich sehr, wenn ich die aktuelle Entwicklung der Hilfsmittelversorgung verfolge. Neben der immer schwieriger werdenden Inkontinenzversorgung wirft bei uns vor allem die Dekubitusversorgung große Fragen auf. Zum Glück gab es für Berliner Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen noch keine Ausschreibungen für Antidekubitus-Hilfsmittel, aber wer weiß. Wenn ich nach jahrelanger Arbeit mit und am Menschen die Menschlichkeit nicht aus den Augen verliere, dann sollten die Krankenkassen, als Dienstleister der Patienten, dies erst recht nicht tun. Jeder Dekubitusfall ist anders. Das heißt, die Dekubitusversorgung muss immer individuell erfolgen. Mit Pauschalen kann hier keine professionelle Pflegequalität erreicht werden. Ich hoffe, dass die Berliner Krankenkassen das verstehen und unseren Bewohnern weiterhin die bestmögliche Versorgung zuteilwerden lassen.



**»Pflegerische Angehörige sind auf kompetente Partner angewiesen. Sie brauchen ein verlässliches Team von qualifizierten Ansprechpartnern sowohl bei den Leistungserbringern als auch bei der Krankenkasse.«**

Angelika Roll  
pflegt ihre schwerstkranke, bettlägerige Mutter

## Fallbeispiele



### Hauptsache billig

Nach Gehirnblutungen und einem Schlaganfall ist Rolf S. halbseitig gelähmt und benötigt zur Dekubitusvorsorge und zur Mobilisierung der gelähmten linken Seite ein sogenanntes Mikrostimulationssystem. Der neue Leistungserbringer bot dieses spezielle System aber nicht an. Er offerierte stattdessen ein Wechseldrucksystem oder eine Weichlagerungsmatratze. Dabei hatte sich nach wochenlangen Tests die Wirksamkeit eines von einem Apotheker probeweise zur Verfügung gestellten Mikrostimulationssystems bestätigt. In dieser Zeit konnte Rolf S. seine linke Seite besser einsetzen und schlief auch deutlich besser. Diese Wirksamkeit hatte auch die Hausärztin der Familie bestätigt. Denn sie hatte das Mikrostimulationssystem verschrieben. Doch der Apotheker, von dem sich Frau S. schon während des Klinikaufenthalts ihres Mannes beraten ließ, darf Rolf S. mit diesem Hilfsmittel nicht mehr beliefern. Seine Apotheke hatte nicht die Ausschreibung der Krankenkasse gewonnen. Familie S. bleibt keine Wahl.



### Viel Diskussion und Unverschämtheit

Katharina H. ist eine noch sehr aktive Rollstuhlfahrerin, leidet neben ihrer MS-Erkrankung allerdings an zahlreichen Allergien. Bis die richtige Inkontinenzversorgung gefunden und der durch Fehlversorgung entstandene Dekubitus verheilt war, vergingen Jahre. Ein Qualitätsprodukt konnte ihr letztlich ein selbstbestimmtes Leben ohne Wunden und Schmerzen ermöglichen. Ihre Krankenkasse nannte ihr nach einer Ausschreibung allerdings einen Anbieter, der die erforderliche Inkontinenzversorgung (Windelhose) nur gegen horrende Zuzahlung anbieten konnte. Das »berechtigte Interesse« von Katharina H. schien die Krankenkasse nur wenig zu interessieren. Die Kasse meinte, als Frührentnerin müsse sie ja auch nicht aus dem Haus gehen. »Seien Sie doch froh, dass Sie nicht arbeiten müssen. Da können Sie auch die günstigeren Vorlagen nehmen.« Erst nach vielen Diskussionen und rechtlichem Beistand durch einen Fachanwalt konnte Frau H. ihre ursprüngliche Inkontinenzversorgung wieder erhalten.



### Expertenmeinung

**Armin Nentwig, Landrat a.D., Bundesvorsitzender von Schädel-Hirnpatienten in Not e.V.**

Viele behaupten, an der Zahl der Dekubituspatienten ließe sich die Qualität der Pflege in einer Pflegeeinrichtung erkennen. Vielleicht ist das sogar richtig. Doch wenn man neben der Zuwendung durch Pflegepersonal die Qualität der Hilfsmittel betrachtet, die Patienten verordnet bekommen, entsteht ein anderes Bild.

Die Ausschreibungspraxis zahlreicher Krankenkassen und der damit verbundene Kostendruck für Leistungserbringer führt nahezu automatisch zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität. Dieses Vorgehen kann nicht hingenommen werden; vor allem nicht bei einer Erkrankung wie Dekubitus, die in den meisten Fällen mit der richtigen Hilfsmittelversorgung vermeidbar ist.

### Fazit

Dekubitus gehört zu den (Folge-)Erkrankungen, die mit der richtigen Hilfsmittelversorgung vermieden werden können. Die Voraussetzung dafür ist eine individuelle, auf die physiologischen und pflegerischen Rahmenbedingungen des Patienten ausgerichtete Dekubitusprophylaxe mit Hilfe passender Antidekubitussysteme. Billigprodukte sind hier fehl am Platz. Ebenso gehört eine adäquate Wundversorgung zum Pflegealltag für Dekubituspatienten. Ausreichende Materialmengen und gute Lieferbedingungen sind unerlässlich.

## Wegfall kompetenter Beratungsnetze Stoma

### Überblick

Ein Stoma, besser bekannt als »künstlicher Darmausgang«, muss angelegt werden, wenn Teile des Darms oder die Harnblase entfernt werden müssen. Ursachen hierfür sind oft bösartige Tumore, sprich Krebs. Aber auch schwerwiegende chronische Darmerkrankungen wie Morbus Crohn können eine Stomaanlage notwendig machen. In Deutschland sind ca. 100.000 Menschen auf eine adäquate Stomaversorgung angewiesen.

In unserer Gesellschaft haben Reinlichkeit und Sauberkeit einen hohen Stellenwert. Dementsprechend hat eine kontrollierte Darm- und Blasenentleerung für uns große Bedeutung. Genau diese Fähigkeit wird Stomapatienten genommen und führt bei vielen Betroffenen neben der körperlichen

Erkrankung zu großen psychischen Belastungen. Gerade wenn der Patient das Stoma erst vor kurzer Zeit erhalten hat, bedarf es einer professionellen Betreuung und vor allem Beratung. Diese wird durch die Ausschreibungspraxis der Krankenkassen erschwert.

Zudem können Stomafehlversorgungen zu lebensbedrohlichen Komplikationen führen, vor allem hinsichtlich schwerer Entzündungen der Hautregion um die Stomaanlage. Unabdingbar für eine sachgemäße Stomaversorgung ist deshalb der rechtzeitige Wechsel des Stomabeutels und die Reinigung der Haut. Lieferverzögerungen oder mangelhafte Produkte sind deshalb für Stomapatienten nicht hinnehmbar.

## Hausbesuch Anja U. Dillmann, Buchautorin, berichtet:

Von einem Tag auf den anderen ändert sich alles bei vielen von uns Stomaträgern in der Versorgungssituation. Die Just-in-Time-Lieferung unserer Artikel und des Services wird immer schwieriger. Ein über Jahre gut funktionierendes und auch verzahnt arbeitendes Netzwerk bricht zusammen. Und es geht spürbar zu Lasten der Qualität. Was passiert, wenn – wie bei mir durch eine medikamentöse Therapie – mein Darm binnen eines Tages das Beutelkontingent von mehreren Tagen aufbraucht? Gut, dass mein Stomaberater in meiner Nähe ist, denn in den letzten 20 Jahren brauchte ich öfters schnelle Hilfe und Beratung sowie einen sehr guten Service. Besonders in meinen früheren Rundum-die-Uhr-Jobs brauchte ich zuverlässige Systeme mit einem hohen Qualitätsanspruch und einen absolut optimalen Service in allen Bereichen. Heute würde ich sagen: Hartz IV winkt dir entgegen, wenn dies alles nicht mehr gegeben ist. Phasenweise hatte ich Hautirritationen bis offene Wunden unter der Versorgung. Situationen, in denen ich meinen Versorgungsstützpunkt in meiner Nähe brauche. Dafür gibt es und kann es kein Standardprogramm geben. Der Mensch bleibt Mensch. Keine genormte Haut und kein genormter Körperbau. Die aktuelle Ausschreibungspraxis ist daher mehr als fragwürdig.



**»Hilfsmittelnutzer wollen selbst entscheiden, wem sie ihre Versorgung oder Therapie anvertrauen. Schließlich geht es um ihre persönliche Gesundheit und oft um sehr private Fragen, die ein gewisses Vertrauensverhältnis voraussetzen.«**

Silja Korn  
Deutschlands erste blinde Erzieherin

## Fallbeispiele



### Nur noch die Hälfte

Sylvia M. bekam von ihrer Krankenkasse einen neuen Leistungserbringer für ihre Stomaversorgung zugewiesen. An eine telefonische Beratung seitens des neuen Versorgers war gar nicht zu denken und es kam sogar schlimmer. Ihre Krankenkasse legte ihr gegenüber die Wahlfreiheit von Patienten wie folgt aus und lies sie entscheiden: Entweder sie erhält nur noch die Hälfte ihres benötigten Materials oder aber sie steigt auf ein anderes billigeres System um. Frau M. testete das billigere System mit dem Ergebnis, dass kein einziger Stomabeutel hielt.



### Zwei Beutel pro Tag

Seit einiger Zeit sind die Urostomie- bzw. Colostomiebeutel von Marlene G. rationiert. Die Krankenkasse rechnete ihr vor, wie viele Beutel sie pro Tag zu nutzen habe. Auf ihre Anfrage hin, wurde ihr mitgeteilt, dass eine Mischkalkulation zu Grunde liege und sie vom neuen Versorger beliefert werden solle wie bisher. Doch laut Versorger darf sie nur zwei Beutel pro Tag verwenden, anderenfalls wird ihr mit der Versorgungseinstellung gedroht. Die Krankenkasse scheint das wenig zu stören. Jetzt soll Frau G. umgestellt werden. Das neue Problem: Das 1974 angelegte Stoma scheint für heutige Beutelgrößen zu klein zu sein.



## Expertenmeinung

**Gabriele Gruber, Vorsitzende des ECET Deutschland e.V.**

Zu einer qualitativ hochwertigen, sektorenübergreifenden Hilfsmittelversorgung gehören neben einer adäquaten Hilfsmittelversorgung auch entsprechend qualifizierte Pflegekräfte sowohl im klinischen als auch poststationären Sektor. Darüber hinaus beeinflussen Wohnortnähe und Berücksichtigung der beruflichen Situation sowie der individuellen Rehabilitation die Lebensqualität der Betroffenen maßgeblich.

**Werner Droste, Vorsitzender des DVET Fachverband Stoma und Inkontinenz e.V.**

Die Neigung von Unternehmen zur Umsetzung von Sparmaßnahmen auf Kosten der Qualität, verursacht durch die aktuelle Ausschreibungspraxis zahlreicher Krankenkassen, findet in Zeiten der Krise schnell Umsetzung. Diese fatalen Entwicklungen gehen immer zu Lasten der Schwächsten in unserem System. Diesem Trend wirken wir durch unsere Forderungen z. B. bei Weiterbildungskriterien und Qualitätsstandards entgegen.

## Fazit

Die Stomaversorgung bedarf umfangreicher Beratung und Betreuung durch Stomamanager. Persönlichkeit und Vertrauen stehen dabei im Vordergrund, damit der Patient ein sicheres Gefühl für sein angelegtes Stoma entwickelt und seinen Weg zurück ins Leben findet. Auch Monate und Jahre nach einer Stomaanlage entstehen durch Erkrankungen und Lebensumstände Situationen, in denen kompetente und ausführliche Beratung notwendig ist, um eine angemessene Stomaversorgung zu gewährleisten. Durch Ausschreibungen und dem damit im Zusammenhang stehenden Preisdruck kann dies nicht mehr gewährleistet werden. Neue Versorger können oft nur schlechte Qualität anbieten oder nicht mit ausreichenden Mengen versorgen. Beratung und persönliche Betreuung bleiben auf der Strecke.

## Einfach durchatmen? Atemtherapie-/ Schlafapnoegeräte

### Überblick

Etwa vier Millionen Menschen leiden in Deutschland an Schlafapnoe, eine der häufigsten und gefährlichsten Ursachen für gestörten Schlaf. Doch Schlafapnoe ist auch Ursache für schwere Folgeerkrankungen. Betroffen von den Folgen dieser Erkrankung ist auch der beliebte Schauspieler Ulrich Pleitgen. Aufgrund von Schlafapnoe litt er unter schweren Erschöpfungszuständen und musste aus der Serie »Die Männer vom K3« aussteigen. So oder ähnlich geht es tausenden Menschen in Deutschland.

Um diesen Menschen zu helfen, wurden mechanische Atemhilfen, Schlafapnoegeräte, entwickelt. Unterschieden werden diese in CPAP-Atemtherapiegeräte, BiLevel-Atemtherapiegeräte, BiLevel-ST-Atemtherapiegeräte, Auto-PAP-Atemtherapiegeräte, Auto-BiLevel-Atemtherapiegeräte und Auto-CS-Atemtherapiegeräte, die je nach Indikation zum Einsatz kommen. Hinzu kommt vielfältiges Zubehör, wie Maskensysteme oder Atemluftbefeuchter.

Allein die Vielfalt all dieser Geräte zeigt, dass mit pauschaler Hilfsmittelversorgung hier nicht geholfen werden kann. Je nach Indikation und Lebenssituation müssen die entsprechend wirksamen Geräte zur Verfügung gestellt werden. Ebenso sind eine optimale Anpassung der Nasenmaske und eine Einweisung in den richtigen Gebrauch notwendig. Der richtige Sitz der Masken und die korrekte Benutzung des Geräts sind unerlässlich für den Therapieerfolg. Deshalb sollten Versorger auch für regelmäßige Sprechstunden und für Hausbesuche den Patienten beratend zur Verfügung stehen. Doch gerade hier zeichnen sich für viele betroffene Patienten große Probleme ab. Durch die Ausschreibungspraxis der gesetzlichen Krankenkassen ist auch für diese Patienten die Wahlfreiheit und adäquate Versorgung bedroht bzw. schon unmöglich geworden.

**Allein die Vielfalt all dieser Geräte zeigt, dass mit pauschaler Hilfsmittelversorgung hier nicht geholfen werden kann. Je nach Indikation und Lebenssituation müssen die entsprechend wirksamen Geräte zur Verfügung gestellt werden.**

**»Ich möchte selbst entscheiden, zu wem ich mit meinem Rezept gehe und wem ich die Anpassung meiner Hilfsmittel anvertraue. Patienten sollten sich nicht bevormunden lassen.«**

Dominika Stutzky  
engagiert sich für Patientenrechte



## Fallbeispiele



### Einstweilige Verfügung rettet Leben

Ariane S. pflegt ihre schwerst mehrfachbehinderte Tochter. Neben Roll- und Toilettenstuhl benötigt sie auch Materialien zur Beatmung und Sondenernährung. Nach dem Wechsel zu einem neuen Versorger der nächste Schock: Ihre GKV kürzte das gesamte Beatmungsverbrauchsmaterial, ohne Rücksicht auf die Überlebensnotwendigkeit dieser Hilfsmittel. Diskussionen mit der Krankenkasse halfen nicht. Erst eine einstweilige richterliche Verfügung gewährleistete die Fortsetzung der Lieferungen. Letztlich nahm die GKV die Kürzungen zurück; der neue und deutlich schlechter liefernde Versorger blieb.



### Keine Stellungnahme

Willi M. erhielt von seinem Lungenarzt ein neues Gerät verordnet, weil das bisherige altersschwach war und nicht mehr im Schlaflabor eingesetzt werden konnte. Ein Sachbearbeiter seiner Krankenkasse bescheinigte ihm jedoch aus der Ferne, dass sein Gerät noch betriebsbereit sei und er kein neues erhalten müsse – entgegen der Verordnung seines Arztes. Nach wochenlangen Diskussionen erhielt Herr M. vom inzwischen neuen Versorger ein Gerät mit sehr schlecht zu bedienenden Schaltern und zwei nicht passenden Masken. Eine Beratung oder Anpassung der Schlafmasken fand nie statt. Herr M. betont: Beim alten Lieferanten zahlte er einmal jährlich 10,- Euro, der neue verlangte 30,- Euro und trieb das Geld mit einem Inkassobüro ein.

Eine Antwort zu dieser Situation kam von der Patientenbeauftragten der Bundesregierung nach halbjährlichem Schriftwechsel: »Wir können zu Ihrem Problem keine Stellung nehmen.«



### Expertenmeinung

**Prof. Dr. Kurt Rasche, Chefarzt des Lungenzentrums am St. Antonius-Klinikum Wuppertal**

Eines steht fest: Fehlversorgungen bei der Schlafapnoe können lebensbedrohliche Folgen haben. Daher ist es unerlässlich, dass Schlafapnoepatienten nicht nur technisch einwandfreie, dem Stand der Technik angemessene Therapiegeräte erhalten, sondern auch umfangreiche Beratung hinsichtlich der Atemmasken bekommen. Standardisierung hilft hier nicht. Es muss individuelle, auf die Lebenssituationen der Patienten zugeschnittene Lösungen geben. Nur dann kann von adäquater medizinischer Hilfsmittelversorgung gesprochen werden.

### Fazit

Versorgungsfehler bei Beatmungs- und Atemtherapiegeräten bedeuten schwerwiegende Folgeerkrankungen und sogar Lebensgefahr. Stärker als in anderen Bereichen medizinischer Hilfsmittel sind Patienten dieser Hilfsmittelgruppe besonders auf kompetente und zuverlässige Hilfsmittelversorgung angewiesen. Erst durch gute Beratung kann das vom Arzt verordnete Gerät auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten angepasst werden, um den Patienten neben Genesung bzw. Linderung auch Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.

# Elektrostimulationsgeräte – gegen Schmerz, für Beweglichkeit

## TENS- und EMS-Geräte

### Überblick

Nach Angaben der Deutschen Schmerzliga leiden mindestens acht Millionen Bundesbürger an schweren Dauerschmerzen. Etwa zehn Prozent davon haben eine so schwierig zu behandelnde Schmerzerkrankung, dass nur Spezialisten – ärztliche Schmerztherapeuten – helfen können.

Sogenannte TENS-Therapien sind für Patienten mit chronischen Schmerzen oft die letzte Hoffnung, im Idealfall schmerzfrei zu werden oder zumindest schmerzlindernde Medikamente geringer dosieren zu können.

Elektrische Impulse wirken durch die Haut (transkutan) auf die Nerven. Sie hemmen die Schmerzübertragung zum Gehirn (Pain Gate Control) und regen schmerzbefreiende Mechanismen an (Endorphinausschüttung). Patienten spüren bei der Behandlung lediglich ein leichtes Kribbeln, es entsteht keinerlei körperliche Belastung.

Auch die elektrische Muskelstimulation (EMS) ist eine weitverbreitete und klinisch geprüfte Therapie für den Muskelaufbau. EMS kommt zum Beispiel in der Rehabilitation nach Operationen oder zur Mobilisierung bei rheumatischen Erkrankungen oder Sportverletzungen zum Einsatz. Ebenso wird EMS auch erfolgreich gegen Inkontinenz eingesetzt.

**Sogenannte TENS-Therapien sind für Patienten mit chronischen Schmerzen oft die letzte Hoffnung, im Idealfall schmerzfrei zu werden oder zumindest schmerzlindernde Medikamente geringer dosieren zu können.**



**»Hilfsmittelnutzer müssen sich hundertprozentig auf ihre Versorgungspartner verlassen können. Wer auf Hilfsmittel angewiesen ist, braucht feste, zuverlässige Versorgungspartner, die mit der Krankengeschichte vertraut sind und bei Problemen schnell und zuverlässig helfen können.«**

Daniela Stöhr  
leitet eine Schwerhörigen-Frauengruppe  
in Berlin

## Fallbeispiele

### »Nicht so eng sehen!« (TENS)

Frauke C. leidet seit Jahren an starken Schmerzen im Knie aufgrund einer Erkrankung an Weichteilrheumatismus. Als Nebenindikation hat sie ein Metallimplantat im Knie. Im Frühjahr 2009 wurde ihr ein neuer Versorger zugewiesen. Doch laut der Gebrauchsanweisung des neuen Geräts ist dies eine Kontraindikation für die Anwendung, eine Nutzung nicht möglich. Nach Rückfrage beim neuen Versorger antwortete dieser lapidar »Das dürfen Sie nicht so eng sehen!«. Ihr Arzt riet ihr dringend von der Verwendung des Geräts ab. Ihrer Krankenkasse gegenüber erklärte sie das Problem und bestand darauf, wieder das Gerät des vorherigen Versorgers zu erhalten – denn dieses war mit ihrem Implantat kompatibel. Ohne Erfolg. Frauke C. leidet seitdem unter enormen Schmerzen. Sie wird im Rahmen ihres gesetzlichen Versorgungsanspruches seit Monaten nicht versorgt.

### Keinerlei Einweisung (EMS)

Ayla M. wurde mitgeteilt, dass sie umversorgt wird. Doch auch nachdem sie ihrem neuen Versorger das Rezept zugesandt hatte, erhielt sie keine Rückmeldung oder gar Versorgung. Erst nach mehrfachen Rückfragen kam das Gerät per Post – kommentarlos. Das half wenig, denn »es gab keinerlei Einweisung, nur eine Programmübersicht in der Beschreibung. Nach dem Motto: Such dir was aus! Doch auch das war leider nicht möglich, weil der Programmwähler defekt war«. Bis heute wartet Ayla M. auf ein Ersatzgerät.

### Eine Frage der Einstellung (TENS/EMS)

Auch Sieglinde K. musste ihren Versorger wechseln und sollte ein Gerät erhalten, das die gleichen Funktionen aufweist wie das ihres bisherigen Versorgers. Irrtum: Das neue Gerät verfügte nur über ein einziges Programm, das nicht zu ihrer Indikation passte. Sie benötigt zum einen ein Programm zur Behandlung chronischer Schmerzen, zum anderen eines für Muskelaufbau. Das Gerät des ursprünglichen Versorgers kombinierte beide Therapien und das Programm konnte einfach durch den Patienten selbst gewechselt werden. Sieglinde K. hat die Diskussionen mit ihrer Krankenkasse satt. Sie wird das Gerät ihres bisherigen Versorgers kaufen müssen. Zudem werden für Elektroden alle acht Wochen weitere 32,90 Euro fällig – auch die will die Krankenkasse nicht übernehmen.



## Expertenmeinung

**Dr. med. Heinz-Jürgen Eichhorn, Facharzt für Orthopädie,  
Sportopaedicum Straubing**

Ein TENS-Gerät alleine bringt nicht den gewünschten Erfolg. Die Elektroden müssen an den richtigen Stellen am Körper platziert werden und auch gut sitzen, um das Therapieergebnis zu realisieren. Wegweisend sind dabei in Bandagen eingearbeitete Elektroden, die eine korrekte Platzierung deutlich vereinfachen. Natürlich ist bei jeder Therapie eine ausführliche Beratung zur Anwendung der jeweiligen Geräte und Platzierung der Elektroden notwendig. Wenn an dieser Stelle gespart wird, macht die ganze Therapie keinen Sinn mehr.

Als behandelnder Arzt zahlreicher TENS-Therapie-Patienten erkenne ich daher die Notwendigkeit, die Individualität jedes einzelnen Patienten zu berücksichtigen, wenn es um die Frage der Hilfsmittelversorgung geht.

## Fazit

Die TENS- und EMS-Therapie sind wichtige Schwerpunkte in der Schmerztherapie bzw. Muskelaufbau-Therapie, die für Millionen Menschen in Deutschland notwendig ist. Um einen echten Therapieerfolg zu haben, ist es jedoch unabdingbar, dass Patienten und Angehörige die Wirkungsweise und Anwendung des jeweiligen TENS-Geräts verstanden haben. Dies bedarf einer umfangreichen Einweisung und Beratung durch den Versorger. Die aktuelle Ausschreibungspraxis sorgt allerdings auch hier für möglichst preisgünstige Angebote, die adäquate Versorgung und Service budgetär unmöglich machen. Die Qualität der Versorgung bleibt auf der Strecke.

## Fest steht: Krankenkassen können, müssen aber nicht ausschreiben!

Viele Millionen Menschen in Deutschland sind auf medizinische Hilfsmittel angewiesen. Sei es die Bandage oder der Rollstuhl, seien es Produkte zur Inkontinenz- oder zur Stomaversorgung – für die Betroffenen sind diese Hilfsmittel ein entscheidender Beitrag zum Erhalt ihrer Lebensqualität und eine wichtige Voraussetzung für die aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.

Die Gesundheitsreform (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) stellt für gesetzlich Krankenversicherte die freie Wahl ihres Versorgungspartners in Frage. Gesetzliche Krankenkassen (GKVs) haben die Möglichkeit, die Versorgung ihrer Versicherten mit medizinischen Hilfsmitteln öffentlich auszuschreiben und an einen exklusiven Ver-

tragspartner zu vergeben. Entscheidet sich die Krankenkasse für eine Ausschreibung, bleibt dem Patienten keine Wahl. Entweder er akzeptiert die Versorgung durch den exklusiven Vertragspartner der Kasse oder er muss gegebenenfalls Mehrkosten in Kauf nehmen, häufig sogar seine Hilfsmittelversorgung komplett selbst bezahlen.

Am 17. Oktober 2008 hat der Bundestag mit Nachbesserungen zu den Regelungen des Wettbewerbsstärkungsgesetzes der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-WSG) im Hilfsmittelbereich die Weichen gestellt:

**1.** Die Übergangsfrist wurde um ein weiteres Jahr verlängert. So ist in den meisten Fällen eine Versorgung durch die gewohnten Leistungserbringer noch bis zum 31. Dezember 2009 möglich. (Auch danach noch, wenn die Krankenkasse keine Ausschreibungen durchgeführt hat, durch die Vertragspartner.)

**3.** Neben der Verlängerung der Übergangsfrist und der Lockerung der Ausschreibungsregelung hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Abstimmung mit Dachorganisationen der Leistungserbringer definiert, in welchen Fällen Ausschreibungen zweckmäßig sind. Außerdem ist ein Präqualifizierungsverfahren vorgesehen, um Kriterien zur generellen Eignung (Strukturqualität) eines potenziellen Hilfsmittelversorgers festzuschreiben. Ebenfalls wurde eine Informationspflicht der Krankenkassen über Vertragsinhalte und ein Beitrittsrecht zu bestehenden Verträgen durchgesetzt.

**2.** Außerdem sind die Krankenkassen nach den beschlossenen Änderungen nicht mehr zwingend zu Ausschreibungen verpflichtet. Alternativ können sie gleichberechtigt Verträge aushandeln, zu denen alle qualifizierten Versorgungspartner bei Interesse beitreten können. In diesem Fall bleibt für die Patienten zumindest die Wahlmöglichkeit zwischen mehreren Leistungserbringern erhalten. Ob die Krankenkassen diese Alternative zu Ausschreibungen im Sinne der Versicherten nutzen, bleibt allein ihnen überlassen. Patientenfreundliche Krankenkassen geben den Versicherten so ihr Mitbestimmungsrecht zurück. Der Patient kann dann wieder selbst entscheiden, zu wem er mit seinem Rezept geht und welches Produkt er erhalten möchte.

## Auswirkungen schlechter Ausschreibungspraxis zu Lasten der Betroffenen

Der Gesetzgeber hat nachgebessert. Doch die Realität zeigt, das genügt nicht. Was als Beitrag zur Wettbewerbsstärkung im Gesundheitswesen gedacht war, kann Betroffenen zahlreiche Probleme bereiten:

- 1.** Weniger Qualität: Die meisten Ausschreibungen zu medizinischen Hilfsmitteln machen wirtschaftliche Kompromisse auf Kosten der Qualität. Zunehmend können sich Billigprodukte durchsetzen.
- 2.** Mehr Komplikationen: Eine den individuellen Bedürfnissen und der gesundheitlichen Situation der Patienten angepasste Therapie ist nur noch eingeschränkt möglich. Bei der Umstellung auf neue, vielleicht weniger geeignete Produkte kann es zu Fehlversorgungen und Fehlern in der Handhabung kommen.
- 3.** Höhere Kosten: Wer mit dem Vertragspartner der Kasse nicht einverstanden ist und einen anderen Versorgungspartner wählen will oder auf gewohnte Produkte zurückgreifen möchte, muss gegebenenfalls entstehende Mehrkosten bzw. sogar die Gesamtkosten selbst tragen.
- 4.** Zu wenig oder zu viel: Wirtschaftliche Erwägungen der immer häufiger durchgesetzten Versorgungspauschalen führen zu Mengenbegrenzungen bei der Versorgung mit Verbrauchsmaterialien wie zum Beispiel Inkontinenzprodukten. Und auch bei den Lieferungen sparen die Versorger; große Vorratslieferungen (teils Quartalslieferungen) stellen betroffene Patienten vor enorme Herausforderungen.
- 5.** Weitere Wege: Die wohnortnahe Versorgung steht auf dem Spiel. Die derzeitige gesetzliche Regelung bedroht die Existenz zahlreicher Homecare-Unternehmen und örtlicher Sanitätshäuser. Betroffene und pflegende Angehörige müssen eventuell längere Einkaufswege in Kauf nehmen, wenn sie medizinische Hilfsmittel benötigen.
- 6.** Wechselnde Ansprechpartner: Wer verschiedene Hilfsmittel benötigt, wird nicht mehr aus einer Hand versorgt werden.
- 7.** Unklare Verantwortlichkeiten: Wer muss Abhilfe schaffen, wenn es Mängel bei der Versorgung gibt? Der Versorgungspartner oder die Krankenkasse? Für Betroffene ist das schwer zu durchschauen.

Durch den enormen Preisdruck der Krankenkassen sind Hersteller und Zulieferer gezwungen, möglichst preisgünstige Hilfsmittel anzubieten. Die Folgen für Patienten: mangelhafte Qualität, schlechte Lieferbedingungen und unzureichender Service.

## Das Aktionsbündnis »meine Wahl!«

Das Aktionsbündnis »meine Wahl!« ist ein Zusammenschluss von Menschen mit Behinderungen, Selbsthilfvereinigungen, Hilfsmittelherstellern und Versorgungspartnern. Gemeinsam setzen wir uns für das Recht von Betroffenen auf Mitsprache bei der Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln ein. Unser Ziel ist es, eine dem Stand der Technik entsprechende Versorgung mit Hilfsmitteln sicherzustellen. Dazu zählen der Erhalt der Wahlfreiheit und die Sicherstellung qualifizierter Dienstleistungen in der gesamten Versorgungskette.

Bereits über 90 Organisationen (Stand: Oktober 2009) und Unternehmen unterstützen das Aktionsbündnis »meine Wahl!«.

Setzen auch Sie ein Zeichen und sprechen Sie sich für den Erhalt der Wahlfreiheit bei der medizinischen Hilfsmittelversorgung aus.

Sie sind selbst betroffen und möchten uns Ihren Fall schildern oder suchen nähere Informationen? Besuchen Sie die Website des Aktionsbündnis »meine Wahl!« unter

[www.buendnis-meine-wahl.de](http://www.buendnis-meine-wahl.de)

Mein Hilfsmittel. Mein Leben.  
»meine Wahl!«

**»Mitbestimmung der Patienten bei der Auswahl ihrer Hilfsmittel und ihrer Versorgungspartner ist ein unverzichtbares Rechtsgut. Ohne diese Mitsprache muss jedes moderne Gesundheitswesen unvollkommen bleiben.«**

Hartwig Eisel  
stellvertretender Vorsitzender der  
Landesvereinigung Selbsthilfe  
Berlin e.V.



**Redaktion** Sebastian Hesse, Weber Shandwick  
**Layout** SHORT CUTS GmbH, design + kommunikation  
**Fotos** Luca Vecoli (Seiten 6, 12, 19, 24, 30, 37, 42, 51)  
**Druck** Druckhaus Berlin-Mitte

Impressum  
**Aktionsbündnis »meine Wahl!«**  
c/o Weber Shandwick  
Schönhauser Allee 37, Geb. P  
10435 Berlin  
T +49 (0)30 - 20351 - 0  
F +49 (0)30 - 20351 - 29  
info@buendnis-meine-wahl.de  
www.buendnis-meine-wahl.de