

BAGP

**Bundesarbeitsgemeinschaft der
PatientInnenstellen und -Initiativen**



BAGP PatientInnenstellen, Waltherstr. 16a, 80337 München

BAGP
Bundesarbeitsgemein-
schaft der
PatientInnenstellen
und -Initiativen
Waltherstr. 16a,
80337 München
Tel. 089 - 76 75 51 31
Fax 725 04 74

**Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen
Initiativen (BAGP) zum Referentenentwurf des BMG: Entwurf eines Ge:
Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung – HHVG, Stand 23.06.201**

05.12.2017

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP) setzt sich seit vielen Jahren konsequent für die Interessen und Rechte der PatientInnen in Deutschland ein.

Der Versorgungsbereich der Heil- und Hilfsmittel ist für viele Patienten problematisch. Besonders im Bereich der Heilmittelverordnungen kommt es regelmäßig zu Versorgungslücken v.a. für schwer erkrankte Patienten, deren Diagnosen nicht in der Liste der langfristigen Heilmittelbehandlungen nach §32 Abs. 1a SGB V aufgenommen sind (z.B. Folgen von Krebserkrankungen).

Der Referentenentwurf greift die Problematik nur bedingt auf, der Gestalt, dass die sogenannte „Blankoverordnung“ durch Heilmittelerbringer in Umfang, Therapieform und Frequenz erprobt werden soll. Hier muss abgesichert werden, dass die Heilmittelerbringer gemeinsam mit einem entsprechenden Facharzt gemeinsam einen Versorgungsplan erstellen. Es ist sicher zu stellen, dass die Patienten keine Mehrkosten tragen müssen, wenn der MDK der GKV sich der Einschätzung zum Behandlungsumfang nicht mit der Einschätzung der Heilmittelerbringer und dem behandelnden Arzt übereinstimmen.

Wir begrüßen sehr, dass der Entwurf aufgreift, dass die Kassen den Patienten Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen mehrkostenfreien Hilfsmitteln anbieten müssen – dies ist in der Praxis leider nicht der Fall, sodass Patienten oft „wirtschaftliche Aufpreise“ zahlen müssen.

Zur Verbesserung der Versorgung wäre es uns ein Anliegen in den Entwurf mit aufzunehmen, dass auch die kostenintensiven Hilfsmittel zügig bereit gestellt werden. Schilderungen von Ratsuchenden berichten hier von z.T. monatelangen Begutachtungszeiten durch den MDK und andere beteiligte Stellen z. B. für patientenangepasste Rollstühle. Hier erscheint es uns notwendig die Kassen mit entsprechenden Sanktionen zu einer zeitnahen Genehmigung zu zwingen, da der §13 SGB V für Patienten an dieser Stelle keine Option darstellt (da die Anschaffungskosten zu hoch sind).

Darüber hinaus folgende Anmerkungen:

Zu § 127:

(aa) „... wohnortnahe Versorgung der Versicherten“

Dies muss auch für kostenintensive Hilfsmittel gelten und bezieht sich auch auf die Reparatur und Wartung. So kann und darf es nicht sein, dass ein Versicherter drei Tage nicht den Rollstuhl nutzen kann / und am täglichen Leben teilnehmen kann, weil der Wartungsdienst 600km entfernt ist.

(1b) Es ist sicher zu stellen, dass die Versorgung mit dem Hilfsmittel auf den Versorgungsbedarf des Patienten angepasst ist und nicht in jedem Fall zwingend das wirtschaftlichste Angebot zur Verfügung gestellt wird, da dies oft nicht der Versorgungsrealität entspricht.

Außerdem ist die Mindestqualität zu beschreiben.

Darüber hinaus macht es Sinn, dass eine von der GKV und von den Herstellern unabhängige Beschwerdestelle eingerichtet wird, welche die eingehenden Beschwerden erfasst und auswertet und sich für die Versorgung der Patienten als Ombudsperson einsetzen kann. Im Rahmen der Transparenz sind die Daten der Beschwerdestelle der Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen.

(1c) ... haben **umfassend** über die Regelversorgung und die von ihnen zu tragenden Mehrkosten / Mehrkostenangebote zu informieren und zu beraten. Dabei sind die Mehrkosten sind so aufzuschlüsseln, das Jahrestherapiekosten kenntlich werden.

(4a) Die schriftliche Aufklärung über die wirtschaftlichen Konsequenzen der Versorgung entspricht den Regeln des Patientenrechtgesetzes.

Zu § 139:

Begrüßen wir beide Änderungen.

Zu § 140f Absatz 8:

Der Koordinierungsaufwand ist nicht alleine nach benannten Personen der jeweiligen Organisation zu berechnen. Darüber hinaus entstehen Pflichten aller maßgeblichen Organisationen, die Benennungsvorschläge aller Patientenorganisationen zu prüfen und in monatlichen Sitzungen des Koordinierungsausschusses Einvernehmen über alle Vorschläge herzustellen. Darüber hinaus sind die Benennungsvorschläge der Landeskoordinierungsausschüsse zu prüfen und in den Bundesländern ein ordnungsgemäßes Benennungsverfahren zu gewährleisten. Dieser Aufwand wird pauschal abgegolten. Auf Bundesebene wird dafür eine halbe Stelle je maßgeblicher Organisation (TVÖD St 12) finanziert. Die Mittel sind vom G-BA direkt an die Organisationen zu entrichten.