



Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V., Kurfürstenstr. 131, 10785 Berlin

BAG SELBSTHILFE
Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen
mit Behinderung, chronischer Erkrankung und
ihren Angehörigen e.V.
Referatsleiterin Gesundheits- und Pflegepolitik
Dr. Siiri Ann Doka
Kirchfeldstr. 149
40215 Düsseldorf

per E-Mail: siiri.doka@bag-selbsthilfe.de

**Referentin für Gesundheits-
und Sozialpolitik**
Andrea Fabris

Büro Berlin
Kurfürstenstr. 131
10785 Berlin
Tel.: 030 / 814 5268-50
Fax: 030 / 814 5268-59
E-Mail: andrea.fabris@bsk-ev.org

Sitz des Verbands
Altkrautheimer Straße 20
74238 Krautheim
Tel.: 06294 4281-0
Fax: 06294 4281-79
www.bsk-ev.org

21.08.2018

Stellungnahme zu den Änderungen in der Produktgruppe 24: Beinprothesen

Liebe Frau Dr. Doka,



der Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. (BSK) bedankt sich für die Möglichkeit, zu den Änderungen *der Produktgruppe 24: Beinprothesen*, Stellung zu nehmen.

Grundsätzlich begrüßt der BSK die Überarbeitung der Produktgruppe „Beinprothesen“. Einige Anmerkungen zu dem Entwurf haben wir jedoch.

1. Definition Allgemeine Produktbeschreibung

Begriffserläuterungen und Hinweise zur Versorgung Testversorgung/ Erprobungsphase

Es ist nachvollziehbar, dass der Kostenträger GKV nur dann eine Versorgung mit einer Beinprothese zahlt, wenn diese Prothese von dem/der Versicherten auch genutzt wird. Dass es hierzu neben den medizinischen Voraussetzungen auch des Willens, des Potentials des/der Versicherten bedarf ist klar. Deswegen stellt sich hier die Frage wieso eine Test-/Erprobungsphase lediglich nur eine „Kann“ Leistung ist. Es scheint unserer Ansicht nach eher zwingend zu sein, dass der/die Versicherte in einer Testphase ausprobiert, ob eine Prothese eine gute Versorgung ist und welche Art von Prothese für ihn/sie die geeignetste ist. Auch soll eine physio- oder ergotherapeutische Begleitung nicht nur sichergestellt sein, sondern es scheint uns ein **Muss** zu sein, damit der/ die

So erreichen Sie uns:
Nollendorferplatz (U1,U2, U3 und U4)
 Schillstraße (Bus 100, 106,187 und
M29)


Geschäftskonto:
Sparkasse Neckartal-Odenwald
BLZ 674 500 48 – Konto 40 70 751
IBAN DE89 6745 0048 0004 0707 51
BIC SOLADES1MOS

Gemeinnützigkeit:
Gemeinnützigkeit
zuerkannt durch das
Finanzamt Öhringen
Steuer-Nr.: 76001/30101



Gepflicht + Empfohlen!

Mitgliedschaften des BSK:





Versicherte seine/ ihre Potentiale und die der Prothese voll ausschöpfen kann. Die Intensität der Begleitung kann variieren, notwendig ist sie aber zwingend. Dies bestätigt ja auch der zweite Halbsatz.

Einteilung in Mobilitätsgrade und Aktivitätsniveaus

Die Einteilung in Mobilitätsgrade ist sinnvoll. Allerdings erschließt sich bei den Mobilitätsgraden uns nicht, wie es zu den Versorgungszielen kommt. Die Versorgungsziele müssen zwingend von dem/der Versicherten in Zusammenarbeit mit dem medizinischen Personal und dem Leistungserbringer erarbeitet werden. Hier hat es den Anschein, dass allein der Leistungserbringer, der den entsprechenden Bogen ausfüllt, das Versorgungsziel festlegt. Das kann dann bedeuten, dass der/die Versicherte zwar gern wieder stehen und im Innenbereich gehen möchte, der Leistungserbringer ihm/ihr diese Fähigkeit zu erreichen aber abspricht und er/sie deswegen nur im Mobilitätsgrad „0“ eingestuft wird. Dies hat zur Folge, dass lediglich eine Rollstuhlversorgung aber keine Prothesenversorgung angestrebt wird. Aus diesem Grund muss hier dargestellt werden, dass das Versorgungsziel von dem/der Versicherten festzulegen ist und nicht vom Leistungserbringer oder dem Kostenträger oder dem medizinischen Personal.

Mobilitätsgrad 1

Hier stellt sich für uns die Frage, was bedeutet geringe Gehgeschwindigkeit und stark eingeschränkte Gehdauer und Gehstrecke Welche Vergleichsgruppe wird hier zu Grunde gelegt? Eine klare Definition der Begrifflichkeiten verhindert, dass Leistungserbringer verunsichert sind und Versicherte in den falschen Mobilitätsgrad eingeordnet werden.

Leistungsrechtliche Hinweise

Der Ersatz einer noch funktionierenden Prothese durch eine neue bessere wird hier eingeschränkt. Unklar ist wann der Vergleich der anfallenden Kosten gegenüber dem Nutzen unverhältnismäßig hoch einzuschätzen ist. Wer bestimmt dieses Kosten- Nutzen-Verhältnis. Der/Die Versicherte? Für ihn/sie kann eine kleine Verbesserung schon ein sehr viel mehr an Lebensqualität bedeuten. Die Krankenkasse? Für sie sind in der Regel die Kosten immer höher als der Nutzen. Der Leistungserbringer? Der möchte gerne eine neue Prothese verkaufen. Eine Abwägung muss hier immer an den Interessen des/der Versicherten erfolgen. Monetäre Interessen der Kostenträger oder der Leistungserbringer müssen hier zurückstehen. Es geht um mehr Lebensqualität des/der Versicherten.

Ersatz

Siehe oben unter leistungsrechtliche Hinweise



Prothesenverkleidung:

Die Formgebung zur Wiederherstellung des äußeren Erscheinungsbildes gehört in die definitive Prothesenversorgung. Was allerdings besondere Ästhetische / Kosmetische Ansprüche anbelangt fehlt hier eine klare Definition. Was kann man darunter verstehen? Wird das Bein in Länge und Form dem noch vorhandenen angepasst? Ein Tattoo aber gibt es nicht? Oder erfolgt die Versorgung mit „Standardbeinen“ und der/die Versicherte hat dann ein dickes und ein dünnes Bein? Hier muss dringend deutlich gemacht werden, dass die Versorgung mit einer Prothesenverkleidung sich immer an dem noch vorhandenen Bein ausrichtet.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die jeweiligen Punkte der einzelnen Produktgruppen, da es dabei zu Wiederholungen kommt.

VII. Anforderungen an die zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringenden Leistungen

Bei der Versorgung mit Hilfsmittel ist grundsätzlich darauf zu achten, dass diese den Versorgungserfordernissen des/der Versicherten entsprechen und nicht denen der Kostenträger oder Leistungserbringer. Die Formulierung, dass den „individuellen Versorgungserfordernissen... Rechnung zu tragen“ ist, ist unserer Ansicht nach zu schwammig formuliert. Diese Formulierung soll ja nichts anderes bedeuten, als dass die Individuellen Erfordernisse bei der Versorgung des/der Versicherten berücksichtigt werden. Genauso sollte es auch in der Formulierung stehen. Das ist eindeutig und verständlich.

VII.1 Beratung

Die Beratung durch **geschulte Fachkräfte** sollte nicht nur die Schulung in Hinsicht der Fachlichkeit beinhalten, sondern ebenso Schulungen bezüglich des Umgangs mit Menschen mit Behinderungen, da es hier unserer Erfahrung nach immer wieder zu Problemen kommt. Eine Formulierung dahingehend, dass „fachlich und im Umgang mit Menschen mit Behinderungen geschultes Personal“ die Beratung vornimmt, bringt eine klare Verbindlichkeit.

Hier wäre es auch notwendig den Begriff der **mehrkostenfreien Versorgung** zu erläutern. In der Versorgung kommt es immer wieder zu Unklarheiten zwischen den Begriffen mehrkostenfreie und zuzahlungsfreie Versorgung. Hier muss klar kommuniziert werden, was mehrkostenfreie Versorgung ist.

VII. 5 Service

„- Die Versicherte oder der Versicherte ist auf die Verfahrensweise bei Gewährleistungs- bzw. Garantieansprüchen hinzuweisen.

- Die Versicherte oder der Versicherte ist über den Versorgungsablauf bei notwendigen Änderungen,



Instandsetzungen und Ersatzbeschaffung zu informieren.“

Hier fehlt eine klare Regelung zum einen zur Dokumentation über die Information und zum anderen sollte diese Information zwingend schriftlich ausgehändigt werden und zwar so, dass der/die Versicherte diese Information auch verstehen und entsprechend danach handeln kann.

Da sich wie oben geschrieben die Unterpunkte in den einzelnen Produktgruppen immer wiederholen, haben wir darauf verzichtet bei jeder einzelnen Produktgruppe dieselben Anmerkungen zu geben.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit in diesem Rahmen unsere Positionen darlegen zu können und freuen uns auf eine weitere Einbindung in diesen Prozess.

Mit freundlichen Grüßen

Andrea Fabris
Referentin für Gesundheits-
und Sozialpolitik

Heidi Hauer
Mitglied im Fachteam Gesundheit