

Gesetzesanpassungen im

Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 33 SGB V Hilfsmittel

(1) 1Versicherte 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. 2Die Hilfsmittel müssen mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte erfüllen, soweit sie im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 1 gelistet oder von den dort genannten Produktgruppen erfasst sind. 3Der 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. 4Für nicht durch Satz 1 ausgeschlossene Hilfsmittel bleibt § 92 Abs. 1 unberührt. 5Der Anspruch umfasst auch zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringende, notwendige Leistungen wie 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. 6Ein Anspruch besteht auch auf solche Hilfsmittel, die eine dritte Person durch einen Sicherheitsmechanismus vor Nadelstichverletzungen schützen, wenn der Versicherte selbst nicht zur Anwendung des Hilfsmittels in der Lage ist und es hierfür einer Tätigkeit der

(1) 1Versicherte 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. 2Die Hilfsmittel müssen mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte erfüllen, soweit sie im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 1 gelistet oder von den dort genannten Produktgruppen erfasst sind. 3Der 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. 4Für nicht durch Satz 1 ausgeschlossene Hilfsmittel bleibt § 92 Abs. 1 unberührt. 5Der Anspruch umfasst auch zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringende, notwendige Leistungen wie 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. 6Ein Anspruch besteht auch auf solche Hilfsmittel, die eine dritte Person durch einen Sicherheitsmechanismus vor Nadelstichverletzungen schützen, wenn der Versicherte selbst nicht zur Anwendung des Hilfsmittels in der Lage ist und es hierfür einer Tätigkeit der

<p>dritten Person bedarf, bei der durch mögliche Stichverletzungen eine Infektionsgefahr besteht oder angenommen werden kann. <u>7</u>Zu diesen Tätigkeiten gehören insbesondere Blutentnahmen und Injektionen. <u>8</u>Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seiner Richtlinie nach <u>§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum</u> 31. Januar 2020 die Tätigkeiten, bei denen eine erhöhte Infektionsgefährdung angenommen werden kann. <u>9</u>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. <u>10</u><u>§ 18b Absatz 3 des Elften Buches</u> ist zu beachten.</p> <p>(2) <u>1</u>Versicherte haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen entsprechend den Voraussetzungen nach Absatz 1. <u>2</u>Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht der Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie</p> <p>1. nach ICD 10-GM 2017 auf Grund ihrer Sehbeeinträchtigung oder Blindheit bei bestmöglicher Brillenkorrektur auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 oder</p> <p>2. einen verordneten Fern-Korrekturausgleich für einen Refraktionsfehler von mehr als 6 Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie oder mehr als 4 Dioptrien bei Astigmatismus</p> <p>aufweisen; Anspruch auf therapeutische Sehhilfen besteht, wenn diese der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen. <u>3</u>Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Richtlinien nach <u>§ 92</u>, bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen verordnet werden. <u>4</u>Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfaßt nicht die Kosten des Brillengestells.</p> <p>(3) <u>1</u>Anspruch auf Versorgung mit Kontaktlinsen besteht für anspruchsberechtigte Versicherte nach Absatz 2 nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen. <u>2</u>Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach <u>§ 92</u>, bei welchen Indikationen Kontaktlinsen verordnet werden. <u>3</u>Wählen Versicherte statt einer erforderlichen Brille Kontaktlinsen und liegen die Voraussetzungen des Satzes 1 nicht vor, zahlt die Krankenkasse als Zuschuß zu den Kosten von Kontaktlinsen höchstens den</p>	<p>dritten Person bedarf, bei der durch mögliche Stichverletzungen eine Infektionsgefahr besteht oder angenommen werden kann. <u>7</u>Zu diesen Tätigkeiten gehören insbesondere Blutentnahmen und Injektionen. <u>8</u>Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seiner Richtlinie nach <u>§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum</u> 31. Januar 2020 die Tätigkeiten, bei denen eine erhöhte Infektionsgefährdung angenommen werden kann. <u>9</u>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. <u>10</u><u>§ 18b Absatz 3 des Elften Buches</u> ist zu beachten.</p> <p>(2) <u>1</u>Versicherte haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen entsprechend den Voraussetzungen nach Absatz 1. <u>2</u>Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht der Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie</p> <p>1. nach ICD 10-GM 2017 auf Grund ihrer Sehbeeinträchtigung oder Blindheit bei bestmöglicher Brillenkorrektur auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 oder</p> <p>2. einen verordneten Fern-Korrekturausgleich für einen Refraktionsfehler von mehr als 6 Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie oder mehr als 4 Dioptrien bei Astigmatismus</p> <p>aufweisen; Anspruch auf therapeutische Sehhilfen besteht, wenn diese der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen. <u>3</u>Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Richtlinien nach <u>§ 92</u>, bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen verordnet werden. <u>4</u>Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfaßt nicht die Kosten des Brillengestells.</p> <p>(3) <u>1</u>Anspruch auf Versorgung mit Kontaktlinsen besteht für anspruchsberechtigte Versicherte nach Absatz 2 nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen. <u>2</u>Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach <u>§ 92</u>, bei welchen Indikationen Kontaktlinsen verordnet werden. <u>3</u>Wählen Versicherte statt einer erforderlichen Brille Kontaktlinsen und liegen die Voraussetzungen des Satzes 1 nicht vor, zahlt die Krankenkasse als Zuschuß zu den Kosten von Kontaktlinsen höchstens den</p>
--	--

<p>Betrag, den sie für eine erforderliche Brille aufzuwenden hätte. ⁴Die Kosten für Pflegemittel werden nicht übernommen.</p> <p>(4) Ein erneuter Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen nach Absatz 2 besteht für Versicherte, die das vierzehnte Lebensjahr vollendet haben, nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien; für medizinisch zwingend erforderliche Fälle kann der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach <u>§ 92</u> Ausnahmen zulassen.</p> <p>(5) ¹Die Krankenkasse kann den Versicherten die erforderlichen Hilfsmittel auch leihweise überlassen. ²Sie kann die Bewilligung von Hilfsmitteln davon abhängig machen, daß die Versicherten sich das Hilfsmittel anpassen oder sich in seinem Gebrauch ausbilden lassen.</p> <p>(5a) ¹Eine vertragsärztliche Verordnung ist für die Beantragung von Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 nur erforderlich, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. ²Abweichend von Satz 1 können die Krankenkassen eine vertragsärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Kostenübernahme verlangen, soweit sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben. <u>3§ 18b Absatz 3 und § 40 Absatz 6 des Elften Buches</u> sind zu beachten.</p> <p>(5b) ¹Sofern die Krankenkassen nicht auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichten, haben sie den Antrag auf Bewilligung eines Hilfsmittels mit eigenem weisungsgebundenem Personal zu prüfen. ²Sie können in geeigneten Fällen durch den Medizinischen Dienst vor Bewilligung eines Hilfsmittels nach <u>§ 275 Absatz 3 Nummer 1</u> prüfen lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist. ³Eine Beauftragung Dritter ist nicht zulässig.</p> <p>(6) ¹Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. ²Vertragsärzte oder Krankenkassen dürfen, soweit gesetzlich nicht etwas anderes bestimmt ist oder aus medizinischen Gründen im Einzelfall eine Empfehlung geboten ist, weder Verordnungen bestimmten Leistungserbringern zuweisen, noch die Versicherten dahingehend beeinflussen, Verordnungen bei einem bestimmten</p>	<p>Betrag, den sie für eine erforderliche Brille aufzuwenden hätte. ⁴Die Kosten für Pflegemittel werden nicht übernommen.</p> <p>(4) Ein erneuter Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen nach Absatz 2 besteht für Versicherte, die das vierzehnte Lebensjahr vollendet haben, nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien; für medizinisch zwingend erforderliche Fälle kann der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach <u>§ 92</u> Ausnahmen zulassen.</p> <p>(5) ¹Die Krankenkasse kann den Versicherten die erforderlichen Hilfsmittel auch leihweise überlassen. ²Sie kann die Bewilligung von Hilfsmitteln davon abhängig machen, daß die Versicherten sich das Hilfsmittel anpassen oder sich in seinem Gebrauch ausbilden lassen.</p> <p>(5a) ¹Eine vertragsärztliche Verordnung ist für die Beantragung von Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 nur erforderlich, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. ²Abweichend von Satz 1 können die Krankenkassen eine vertragsärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Kostenübernahme verlangen, soweit sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben. <u>3§ 18b Absatz 3 und § 40 Absatz 6 des Elften Buches</u> sind zu beachten.</p> <p>(5b) ¹Sofern die Krankenkassen nicht auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichten, haben sie den Antrag auf Bewilligung eines Hilfsmittels mit eigenem weisungsgebundenem Personal zu prüfen. ²Bei Versorgung unterhalb eines Betrages von EUR 1.000,00 haben die Kassen auf eine Genehmigung zu verzichten, wenn die Versorgung rahmenvertraglich geregelt wird. ³Sie können in geeigneten Fällen durch den Medizinischen Dienst vor Bewilligung eines Hilfsmittels nach <u>§ 275 Absatz 3 Nummer 1</u> prüfen lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist. 3⁴Eine Beauftragung Dritter ist nicht zulässig.</p> <p>(6) ¹Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. ²Vertragsärzte oder Krankenkassen dürfen, soweit gesetzlich nicht etwas anderes bestimmt ist oder aus medizinischen Gründen im Einzelfall eine Empfehlung geboten ist, weder Verordnungen bestimmten Leistungserbringern zuweisen, noch die Versicherten dahingehend beeinflussen, Verordnungen bei einem bestimmten</p>
--	--

<p>Leistungserbringer einzulösen. ³Die Sätze 1 und 2 gelten auch bei der Einlösung von elektronischen Verordnungen.</p> <p>(7) Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise.</p> <p>(8) 1Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle. 2Der Vergütungsanspruch nach Absatz 7 verringert sich um die Zuzahlung; § 43c Abs. 1 Satz 2 findet keine Anwendung. 3Die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt 10 vom Hundert des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf.</p> <p>(9) Absatz 1 Satz 9 gilt entsprechend für Intraokularlinsen beschränkt auf die Kosten der Linsen.</p>	<p>Leistungserbringer einzulösen. ³Die Sätze 1 und 2 gelten auch bei der Einlösung von elektronischen Verordnungen.</p> <p>(7) Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise.</p> <p>(8) 1Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach <u>§ 61 Satz 1</u> ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle. 2Der Vergütungsanspruch nach Absatz 7 verringert sich um die Zuzahlung; <u>§ 43c Abs. 1 Satz 2 findet keine Anwendung</u>. 3Die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt 10 vom Hundert des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf.</p> <p>(9) Absatz 1 Satz 9 gilt entsprechend für Intraokularlinsen beschränkt auf die Kosten der Linsen.</p> <p><u>Begründung zu Absatz 5b</u></p> <p>Im Durchschnitt werden weniger als 3 von 100 Versorgungsanträgen von den Kassen abgelehnt. Dies bedeutet, dass die weitüberwiegende Anzahl der hierfür durchgeführten Prüfungen völlig überflüssig waren und lediglich unnötiger Bürokratischer Aufwand auf beiden Seiten der Hilfsmittelversorgung und zu Lasten der Solidargemeinschaft darstellen. Genauso wie bei den derzeit bereits genehmigungsfreien Leistungen nach dem SGB V spricht also nichts dagegen, auch bei der Versorgung mit Hilfsmitteln aufgrund einer ärztlichen Verordnung die Wirtschaftlichkeit grundsätzlich zu unterstellen. Dies würde nicht nur bei GKV und Leistungserbringern hunderttausende Arbeitsstunden und die entsprechenden Personalkosten einsparen, sondern auch die soziale Gerechtigkeit in der Hilfsmittelversorgung erhöhen, da die Versorgung nicht mehr von der willkürlichen Einräumung vertraglicher Genehmigungsfreigrenzen oder deren Versagung durch einzelne Kassen abhängig wäre. Die eingesparten Arbeitsstunden auf Leistungserbringer könnten damit zum Wohle der Versicherten und nicht einem übersteigerten Kontrollzwang eingesetzt werden.</p>
---	---

	<p><u>Begründung zu Absatz 8</u></p> <p>Gem. § 43 c Abs. 1 Satz 2 hat die Krankenkasse nach vergeblicher schriftlicher Aufforderung die gesetzliche Zuzahlung selbst beizutreiben, gem. § 33 Abs. 8 Satz 2 2. Halbsatz sind hiervon ausschließlich die Hilfsmittelerbringer ausgeschlossen, die damit als einzige das Ausfallrisiko selbst tragen und nicht auf die Solidargemeinschaft verlagern können. Dies stellt eine sachgrundlose und damit grundrechtswidrige Ungleichbehandlung dar.</p> <p>Bei anderen „sonstigen Leistungserbringern“ ist von vorn herein geregelt, dass generell und nicht erst nach fruchtlosen Versuchen seitens des Leistungserbringers die Krankenkasse die Zuzahlung einzuziehen hat (Bsp. Häusliche Krankenpflege, Soziotherapie, Haushaltshilfe).</p>
--	---

§ 127 SGB V Verträge

(1) 1Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften schließen im Wege von Vertragsverhandlungen Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln, deren Wiedereinsatz, die Qualität der Hilfsmittel und zusätzlich zu erbringender Leistungen, die Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer, die Preise und die Abrechnung. 2Darüber hinaus können die Vertragsparteien in den Verträgen nach Satz 1 auch einen Ausgleich der Kosten für erhöhte Hygienemaßnahmen infolge der COVID-19-Pandemie vereinbaren. 3Dabei haben Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften jedem Leistungserbringer oder Verband oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer Vertragsverhandlungen zu ermöglichen. 4In den Verträgen nach Satz 1 sind eine hinreichende Anzahl an mehrkostenfreien Hilfsmitteln, die Qualität der Hilfsmittel, die notwendige Beratung der Versicherten und die sonstigen zusätzlichen Leistungen im Sinne des § 33 Absatz 1 Satz 5 sicherzustellen und ist für eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu sorgen. 5Den Verträgen sind mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und Produkte zugrunde zu legen. 6Die Absicht, über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln Verträge zu schließen, ist auf einem geeigneten Portal der Europäischen Union oder mittels einem vergleichbaren unionsweit publizierenden Medium unionsweit öffentlich bekannt zu machen. 7Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt bis zum 30. September 2020 ein einheitliches, verbindliches Verfahren zur unionsweiten Bekanntmachung der Absicht, über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln Verträge zu schließen, fest. 8Über die Inhalte abgeschlossener Verträge einschließlich der Vertragspartner sind andere Leistungserbringer auf Nachfrage unverzüglich zu informieren. 9Werden nach Abschluss des Vertrages die Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte nach § 139 Absatz 2 durch Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses verändert, liegt darin eine wesentliche Änderung der Verhältnisse, die die Vertragsparteien zur Vertragsanpassung oder Kündigung berechtigt.

(1) 1Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften schließen im Wege von Vertragsverhandlungen Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln, deren Wiedereinsatz, die Qualität der Hilfsmittel und zusätzlich zu erbringender Leistungen, die Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer, die Preise Abrechnung. 2Darüber hinaus können die Vertragsparteien in den Verträgen nach Satz 1 auch einen Ausgleich der Kosten für erhöhte Hygienemaßnahmen infolge der COVID-19-Pandemie vereinbaren. 3Dabei haben Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften jedem Leistungserbringer oder Verband oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer Vertragsverhandlungen zu ermöglichen. 4In den Verträgen nach Satz 1 sind eine hinreichende Anzahl an mehrkostenfreien Hilfsmitteln, die Qualität der Hilfsmittel und eine marktübliche Vergütung für im Vorfeld einer Versorgung zu erbringende Leistungen, wenn eine Versorgung nicht zustande kommt, die notwendige Beratung der Versicherten und die sonstigen zusätzlichen Leistungen im Sinne des § 33 Absatz 1 Satz 5 sicherzustellen und ist für eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu sorgen. 5Den Verträgen sind mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und Produkte zugrunde zu legen. 6Die Absicht, über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln Verträge zu schließen, ist auf einem geeigneten Portal der Europäischen Union oder mittels einem vergleichbaren unionsweit publizierenden Medium unionsweit öffentlich bekannt zu machen. 7Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt bis zum 30. September 2020 ein einheitliches, verbindliches Verfahren zur unionsweiten Bekanntmachung der Absicht, über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln Verträge zu schließen, fest. 8Über die Inhalte abgeschlossener Verträge einschließlich der Vertragspartner sind andere Leistungserbringer auf Nachfrage unverzüglich zu informieren. 9Werden nach Abschluss des Vertrages die Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte nach § 139 Absatz 2 durch Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses verändert, liegt darin eine wesentliche Änderung der Verhältnisse, die die Vertragsparteien zur Vertragsanpassung oder Kündigung berechtigt.

<p>(1a) 1Im Fall der Nichteinigung wird der streitige Inhalt der Verträge nach Absatz 1 auf Anruf einer der Verhandlungspartner durch eine von den jeweiligen Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten ab Bestimmung der Schiedsperson festgelegt. 2Eine Nichteinigung nach Satz 1 liegt vor, wenn mindestens einer der Vertragspartner intensive Bemühungen zur Erreichung eines Vertrages auf dem Verhandlungswege nachweisen kann. 3Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen</p>	<p><u>Begründung zu Absatz 1</u></p> <p>Zunehmend wird aus dem operativen Geschäft beklagt, dass einzelne Krankenkassen Dokumentation – zumeist in bildgebender Form – insbesondere bei hochwertigen Versorgung anfordern, aber nicht bereit sind, die dadurch entstehenden Kosten zu tragen. Begründet wird dies wie stets mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot – für den Leistungserbringer ist dies allerdings alles andere als wirtschaftlich, insbesondere, wenn die Versorgung dann abgelehnt wird. Dies ist grob unbillig und vom Gesetzgeber unmissverständlich klarzustellen: Leistungen die nicht ausdrücklich vereinbart sind, sind gesondert zu vergüten. Dies ist insbesondere im Sinne der Versicherten, da die Kassen in solchen Fällen die Versorgung ablehnen, erbringt der Leistungserbringer die zusätzliche Leistung nicht kostenlos. Ähnliches gilt für Anforderungen des Medizinischen Dienstes (MD). Hier finden mittlerweile nahezu sämtliche Begutachtungen ohne den Patienten statt. Stattdessen übermitteln die „Gutachter“ umfangreiche Anforderungen vertraglich nicht vereinbarter Erprobungen und insbesondere Videoaufnahmen - gerne mit umfangreichen Regieanweisungen - die nach Ansicht einiger vom MD betrauter Rechtsunkundiger kostenlos zu erbringen sind. Begründet wird dies mit der Vorschrift des § 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V in völliger Verkennung, dass es sich bei dieser Vorschrift um eine datenschutzrechtliche Regelung zur Weitergabe bereits vom Leistungserbringer erhobener Daten handelt, nicht aber eine Ermächtigungsgrundlage zur Erhebung neuer Daten. Insbesondere im Falle einer Ablehnung einer Versorgung ist es damit unzumutbar, wenn der Leistungserbringer dann auf allein von den <i>Krankenkassen</i> veranlassten und damit verursachten Kosten sitzen bleibt.</p> <p>(1a) 1Im Fall der Nichteinigung wird der streitige Inhalt der Verträge nach Absatz 1 auf Anruf einer der Verhandlungspartner durch eine von den jeweiligen Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten ab Bestimmung der Schiedsperson festgelegt. 2Eine Nichteinigung nach Satz 1 liegt vor, wenn mindestens einer der Vertragspartner intensive Bemühungen zur Erreichung eines Vertrages auf dem Verhandlungswege nachweisen kann. 3Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen</p>
---	---

Informationen bestimmt. **4**Die Schiedsperson gilt als bestimmt, sobald sie sich gegenüber den Vertragspartnern zu ihrer Bestellung bereiterklärt hat. **5**Der bisherige Vertrag und die bisherigen Preise gelten bis zur Entscheidung durch die Schiedsperson fort. **6**Legt die Schiedsperson Preise fest, hat sie diese so festzusetzen, dass eine in der Qualität gesicherte, ausreichende, zweckmäßige sowie wirtschaftliche Versorgung gewährleistet ist. **7**Zur Ermittlung hat die Schiedsperson insbesondere die Kalkulationsgrundlagen der jeweiligen Verhandlungspartner und die marktüblichen Preise zu berücksichtigen. **8**Die Verhandlungspartner sind verpflichtet, der Schiedsperson auf Verlangen alle für die zu treffende Festlegung erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen. **9**Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. **10**Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung der Schiedsperson durch die Aufsichtsbehörde haben keine aufschiebende Wirkung. **11**Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts sind gegen den Vertragspartner zu richten. **12**Der von der Schiedsperson festgelegte Vertragsinhalt oder von der Schiedsperson festgelegte einzelne Bestimmungen des Vertrages gelten bis zur gerichtlichen Ersetzung oder gerichtlichen Feststellung der Unbilligkeit weiter.

(2) **1**Den Verträgen nach Absatz 1 Satz 1 können Leistungserbringer zu den gleichen Bedingungen als Vertragspartner beitreten, soweit sie nicht auf Grund bestehender Verträge bereits zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. **2**Hierbei sind entsprechend Absatz 1 Satz 1 Vertragsverhandlungen zu ermöglichen. **3**Verträgen, die mit Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer abgeschlossen wurden, können auch Verbände und sonstige Zusammenschlüsse der Leistungserbringer beitreten. **4**Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für fortgeltende Verträge, die vor dem 1. April 2007 abgeschlossen wurden. **5**§ 126 Abs. 1a und 2 bleibt unberührt.

Informationen bestimmt. **4**Die Schiedsperson gilt als bestimmt, sobald sie sich gegenüber den Vertragspartnern zu ihrer Bestellung bereiterklärt hat. **5**Der bisherige Vertrag und die bisherigen Preise gelten bis zur Entscheidung durch die Schiedsperson fort. **6**Legt die Schiedsperson Preise fest, hat sie diese so festzusetzen, dass eine in der Qualität gesicherte, ausreichende, zweckmäßige sowie wirtschaftliche Versorgung gewährleistet ist. **7**Zur Ermittlung hat die Schiedsperson insbesondere die Kalkulationsgrundlagen der jeweiligen Verhandlungspartner und die marktüblichen Preise zu berücksichtigen. **8**Die Verhandlungspartner sind verpflichtet, der Schiedsperson auf Verlangen alle für die zu treffende Festlegung erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen. **9**Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. **10**Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung der Schiedsperson durch die Aufsichtsbehörde haben keine aufschiebende Wirkung. **11**Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts sind gegen den Vertragspartner zu richten. **12**Der von der Schiedsperson festgelegte Vertragsinhalt oder von der Schiedsperson festgelegte einzelne Bestimmungen des Vertrages gelten bis zur gerichtlichen Ersetzung oder gerichtlichen Feststellung der Unbilligkeit weiter.

(2) **1**Den Verträgen nach Absatz 1 Satz 1 können Leistungserbringer zu den gleichen Bedingungen **ganz oder, sofern der Vertrag mehr als einen Versorgungsbereich regelt, zu einzelnen Versorgungsbereichen des Vertrages** als Vertragspartner beitreten, soweit sie nicht auf Grund bestehender Verträge bereits zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. **2**Hierbei sind entsprechend Absatz 1 Satz 1 Vertragsverhandlungen zu ermöglichen, **soweit diese nur den Preis und die Qualität der Versorgung, nicht aber den Administrativen Rahmenvertrag nach Absatz 9 dieser Vorschrift berühren.** **3**Verträgen, die mit Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer abgeschlossen wurden, können auch Verbände und sonstige Zusammenschlüsse der Leistungserbringer beitreten. **4Beitritte von Krankenkassen oder deren Vereinigungen zu geschlossenen Verträgen sind unzulässig. 5Beitritte sind in elektronischer Form zu erklären. 6Hierfür sind der Krankenkasse per E-Mail das Institutionskennzeichen und die Produktgruppe sowie das Zertifikat nach § 126 Abs. 1a S. 2 zu übermitteln. 7Werden mehrere Beitritte erklärt so sind diese in tabellarischer Form digital beizufügen. 8Zur Entgegennahme der Beitrittserklärungen stellt jede Krankenkasse oder Verband eine E-Mail Adresse nach dem Muster @(Domainname der Krankenkasse oder des Verbandes) zur Verfügung. 9Über die**

<p>(3) 1Soweit für ein erforderliches Hilfsmittel keine Verträge der Krankenkasse nach Absatz 1 mit Leistungserbringern bestehen oder durch Vertragspartner eine Versorgung der Versicherten in einer für sie zumutbaren Weise nicht möglich ist, trifft die Krankenkasse eine Vereinbarung im Einzelfall mit einem Leistungserbringer; Absatz 1 Satz 2, 4 und 5 gilt entsprechend. 2Sie kann vorher auch bei anderen Leistungserbringern in pseudonymisierter Form Preisangebote einholen. 3In den Fällen des § 33 Abs. 1 Satz 5 gilt Satz 1 entsprechend.</p> <p>(4) Für Hilfsmittel, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, können in den Verträgen nach den Absätzen 1 und 3 Preise höchstens bis zur Höhe des Festbetrags vereinbart werden.</p> <p>(5) 1Die Leistungserbringer haben die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung zu beraten, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und 5 für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. 2Die Leistungserbringer haben die Beratung nach Satz 1 schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren und sich durch Unterschrift der Versicherten bestätigen zu lassen. 3Das Nähere ist in den Verträgen nach § 127 zu regeln. 4Im Falle des § 33 Absatz 1 Satz 9 sind die Versicherten vor der Wahl der Hilfsmittel oder zusätzlicher Leistungen auch über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten zu informieren. 5Satz 2 gilt entsprechend.</p>	<p><u>vorgenannten Beitrittsvoraussetzungen hinaus dürfen Krankenkassen und ihre Verbände keine weiteren Nachweise, Informationen oder Erklärungen im Zusammenhang mit einem Beitritt fordern. 10Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für fortgeltende Verträge, die vor dem 1. April 2007 abgeschlossen wurden. 11§ 126 Abs. 1a und 2 bleibt unberührt.“</u></p> <p>(3) 1Soweit für ein erforderliches Hilfsmittel keine Verträge der Krankenkasse nach Absatz 1 mit Leistungserbringern bestehen oder durch Vertragspartner eine Versorgung der Versicherten in einer für sie zumutbaren Weise nicht möglich ist, trifft die Krankenkasse eine Vereinbarung im Einzelfall mit einem Leistungserbringer; Absatz 1 Satz 2, 4 und 5 gilt entsprechend. 2Sie kann vorher auch bei anderen Leistungserbringern in pseudonymisierter Form Preisangebote <u>für eine qualitativ identische Versorgung</u> einholen. 3<u>Liegt ein günstigeres Angebot vor, so hat die Krankenkasse dem Erstanbieter ein identisches Gegenangebot zu unterbreiten.</u> 4<u>Bereits im Vorfeld des Angebotes erbrachte Leistungen des Erstanbieters sind sowohl im Falle der Annahme des Gegenangebotes als auch bei Ablehnung gesondert zu marktüblichen Preisen zu vergüten.</u> 5In den Fällen des § 33 Abs. 1 Satz 5 gilt Satz 1 entsprechend.</p> <p>(4) Für Hilfsmittel, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, können in den Verträgen nach den Absätzen 1 und 3 Preise höchstens bis zur Höhe des Festbetrags vereinbart werden. <u>Kann mit dem Festbetrag die nach dem GKV-Leistungsstandard gebotene Versorgung nicht für grundsätzlich jede Versicherte bzw. jeden Versicherten zumutbar gewährleistet werden, bleibt die Krankenkasse weiterhin zur Sachleistung und damit Vergütung über den Festbetrag hinaus verpflichtet.</u></p> <p>(5) 1Die Leistungserbringer haben die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung zu beraten, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und 5 für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. 2Die Leistungserbringer haben die Beratung nach Satz 1 schriftlich oder <u>einfacher mittels elektronischer Signatur</u> zu dokumentieren und sich durch Unterschrift der Versicherten bestätigen zu lassen. 3Das Nähere ist in den Verträgen nach § 127 zu regeln. 43Im Falle des § 33 Absatz 1 Satz 9 sind die Versicherten vor der Wahl der Hilfsmittel oder zusätzlicher Leistungen auch über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten zu informieren. 54Satz 2 gilt entsprechend.</p>
---	---

(6) 1Die Krankenkassen haben ihre Versicherten über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner und über die wesentlichen Inhalte der Verträge zu informieren. 2Abweichend von Satz 1 informieren die Krankenkassen ihre Versicherten auf Nachfrage, wenn diese bereits einen Leistungserbringer gewählt oder die Krankenkassen auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben. 3Sie können auch den Vertragsärzten entsprechende Informationen zur Verfügung stellen. 4Die Krankenkassen haben die wesentlichen Inhalte der Verträge nach Satz 1 für Versicherte anderer Krankenkassen im Internet zu veröffentlichen.

(7) 1Die Krankenkassen überwachen die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer nach diesem Gesetz. 2Zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung führen sie Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durch. 3Die Leistungserbringer sind verpflichtet, den Krankenkassen auf Verlangen die für die Prüfungen nach Satz 1 erforderlichen einrichtungsbezogenen Informationen und Auskünfte zu erteilen und die von den Versicherten unterzeichnete Bestätigung über die Durchführung der Beratung nach Absatz 5 Satz 1 vorzulegen. 4Soweit es für Prüfungen nach Satz 1 erforderlich ist und der Versicherte schriftlich oder elektronisch eingewilligt hat, können die Krankenkassen von den Leistungserbringern auch die personenbezogene Dokumentation über den Verlauf der Versorgung einzelner Versicherter anfordern. 5Die Leistungserbringer sind insoweit zur Datenübermittlung verpflichtet. 6Die Krankenkassen stellen vertraglich sicher, dass Verstöße der Leistungserbringer gegen ihre vertraglichen und gesetzlichen Pflichten nach diesem Gesetz angemessen geahndet werden. 7Schwerwiegende Verstöße sind der Stelle, die das Zertifikat nach § 126 Absatz 1a Satz 2 erteilt hat, mitzuteilen.

(6) 1Die Krankenkassen haben ihre Versicherten über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner und über die wesentlichen Inhalte der Verträge zu informieren. 2Abweichend von Satz 1 informieren die Krankenkassen ihre Versicherten auf Nachfrage, wenn diese bereits einen Leistungserbringer gewählt oder die Krankenkassen auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben. 3Sie können auch den Vertragsärzten entsprechende Informationen zur Verfügung stellen. 4Die Krankenkassen haben die wesentlichen Inhalte der Verträge nach Satz 1 für Versicherte anderer Krankenkassen im Internet zu veröffentlichen.

(7) 1Die Krankenkassen überwachen die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer nach diesem Gesetz. 2Zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung führen sie Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durch. **3Auffälligkeiten können die Krankenkassen bei mehr als drei externen Hinweisen in einer Produktgruppe bei einem Leistungserbringer oder bei Abweichungen eines Leistungserbringers in einer Produktgruppe von mehr als 20 % vom Durchschnitt hinsichtlich Art (insbesondere Maß oder Konfektion) oder Anzahl der Versorgungen in Form von Stichprobenprüfungen weiterverfolgen.** **4Auffälligkeitsprüfungen müssen die Krankenkassen bei mehr als zehn externen Hinweisen in einer Produktgruppe bei einem Leistungserbringer oder bei Abweichungen eines Leistungserbringers in einer Produktgruppe von mehr als 50 % vom Durchschnitt hinsichtlich Art (insbesondere Maß oder Konfektion) oder Anzahl der Versorgungen in Form von Stichprobenprüfungen weiterverfolgen.** **5Stichprobenprüfungen können beim auffällig gewordenen Leistungserbringer oder in Form von Versichertenbefragungen erfolgen.** **6Stichproben bei einem Leistungserbringer sind je auffälliger Produktgruppe auf maximal zehn Versorgungen zu beschränken.** **7Fordern die Krankenkasse im Rahmen einer Prüfung Daten ihrer Versicherten an, die über den bloßen Umstand einer Beratung als solcher hinausgehen, so haben sie hierfür die schriftliche Einwilligung der Versicherten einzuholen und dem Leistungserbringer vorzulegen.** **8Die einfache elektronische Signatur genügt diesem Schrifterfordernis.** ~~309~~Die Leistungserbringer sind verpflichtet, den Krankenkassen auf Verlangen die für die Prüfungen nach Satz 1 erforderlichen einrichtungsbezogenen Informationen und Auskünfte zu erteilen und die von den Versicherten unterzeichnete Bestätigung über die Durchführung der Beratung nach Absatz 5 Satz 1 vorzulegen. ~~4Soweit es für Prüfungen nach Satz 1 erforderlich ist und~~

<p>(8) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt bis zum 30. Juni 2017 Rahmenempfehlungen zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung ab, in denen insbesondere Regelungen zum Umfang der Stichprobenprüfungen in den jeweiligen Produktbereichen, zu möglichen</p>	<p>der Versicherte schriftlich oder elektronisch eingewilligt hat, können die Krankenkassen von den Leistungserbringern auch die personenbezogene Dokumentation über den Verlauf der Versorgung einzelner Versicherter anfordern. 510Die Leistungserbringer sind insoweit zur Datenübermittlung verpflichtet. 611Die Krankenkassen stellen vertraglich sicher, dass Verstöße der Leistungserbringer gegen ihre vertraglichen und gesetzlichen Pflichten nach diesem Gesetz angemessen geahndet werden. 712Schwerwiegende Verstöße sind der Stelle, die das Zertifikat nach § 126 Absatz 1a Satz 2 erteilt hat, mitzuteilen. 813Nachforderungen der Kassen sind auf die Differenz der Kosten zwischen der wirtschaftlichen und der tatsächlich verordneten Leistung zu begrenzen. 14Eine Retaxation ist bei ansonsten einwandfrei durchgeführter Versorgung ausgeschlossen, wenn die verletzte Regelung keine qualitätssichernde Zielrichtung hat und ihr deshalb keine Vergütungsrelevanz zukommt.</p> <p><u>(7a) 1Ansprüche der Leistungserbringer auf Vergütung erbrachter Leistungen und Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen verjähren in zwei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem sie entstanden sind. Dies gilt auch für Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen, die vor dem (Stichtag X) entstanden sind. 3Satz 1 gilt nicht für Ansprüche der Leistungserbringer auf Vergütung erbrachter Leistungen, die vor dem (Stichtag X) entstanden sind. 4Für die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung der Verjährung gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs entsprechend, die Vereinbarung von Ausschlussfristen ist nicht zulässig.</u></p> <p><u>(7b) 1Gegen Forderungen von Leistungserbringer, die aufgrund von Versorgung ab dem (Stichtag X+1) entstanden sind, können Krankenkassen nicht mit Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen aufrechnen. 2Die Aufrechnung ist abweichend von Satz 1 möglich, wenn die Forderung der Krankenkasse vom Leistungserbringer nicht bestritten wird oder rechtskräftig festgestellt wurde.</u></p> <p>(8) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt bis zum 30. Juni 2017 Rahmenempfehlungen zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung ab, in denen insbesondere Regelungen zum Umfang der Stichprobenprüfungen in den jeweiligen Produktbereichen, zu möglichen</p>
--	---

weiteren Überwachungsinstrumenten und darüber getroffen werden, wann Auffälligkeiten anzunehmen sind.

(9) 1Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene geben bis zum 31. Dezember 2017 gemeinsam Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln ab. 2Kommt eine Einigung bis zum Ablauf der nach Satz 1 bestimmten Frist nicht zustande, wird der Empfehlungsinhalt durch eine von den Empfehlungspartnern nach Satz 1 gemeinsam zu benennende unabhängige Schiedsperson festgelegt. 3Einigen sich die Empfehlungspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. 4Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene je zur Hälfte. 5In den Empfehlungen können auch Regelungen über die in § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 genannten Inhalte getroffen werden. 6§ 139 Absatz 2 bleibt unberührt. 7In den Empfehlungen sind auch die notwendigen Regelungen für die Verwendung von Verordnungen von Leistungen nach § 33 in elektronischer Form zu treffen. 8Es ist festzulegen, dass für die Übermittlung der elektronischen Verordnung die Dienste der Anwendungen der Telematikinfrastruktur nach § 334 Absatz 1 Satz 2 genutzt werden, sobald diese Dienste zur Verfügung stehen. 9Die Regelungen müssen vereinbar sein mit den Festlegungen der Bundesmantelverträge nach § 86. 10Die Empfehlungen nach Satz 1 sind den Verträgen nach den Absätzen 1 und 3 zugrunde zu legen.

weiteren Überwachungsinstrumenten und darüber getroffen werden, wann Auffälligkeiten anzunehmen sind.

(9) 1Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene ~~geben bis zum 31. Dezember 2017~~ **gemeinsam Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln ab.** 2**Kommt eine Einigung bis zum Ablauf der nach Satz 1 bestimmten Frist nicht zustande, wird der Empfehlungsinhalt durch eine von den Empfehlungspartnern nach Satz 1 gemeinsam zu benennende unabhängige Schiedsperson festgelegt.** 3**Einigen sich die Empfehlungspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt.** 4**Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene je zur Hälfte.** 5**In den Empfehlungen können auch Regelungen über die in § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 genannten Inhalte getroffen werden.** 6**§ 139 Absatz 2 bleibt unberührt.** 7**In den Empfehlungen sind auch die notwendigen Regelungen für die Verwendung von Verordnungen von Leistungen nach § 33 in elektronischer Form zu treffen.** 8**Es ist festzulegen, dass für die Übermittlung der elektronischen Verordnung die Dienste der Anwendungen der Telematikinfrastruktur nach § 334 Absatz 1 Satz 2 genutzt werden, sobald diese Dienste zur Verfügung stehen.** 9**Die Regelungen müssen vereinbar sein mit den Festlegungen der Bundesmantelverträge nach § 86.** 10**Die Empfehlungen nach Satz 1 sind den Verträgen nach den Absätzen 1 und 3 zugrunde zu legen.** vereinbaren bis zum 31. Dezember 20XX gemeinsam einen Administrativen Rahmenvertrag über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln, der sämtlichen Verträgen nach § 127 zugrunde zu legen ist. 2**Wesentliche Bestandteile dieses Rahmenvertrages sind der Wiedereinsatz, der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln.** 3**In dem Rahmenvertrag müssen auch Regelungen über die in § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 genannten Inhalte getroffen werden.** § 139 Absatz 2 bleibt unberührt. 4**Es sind auch die notwendigen Regelungen für die Verwendung von Verordnungen von Leistungen nach § 33 in elektronischer Form zu treffen und festzulegen, dass für die Übermittlung**

	<p><u>der elektronischen Verordnung die Dienste der Anwendungen der Telematikinfrastruktur nach § 334 Absatz 1 Satz 2 genutzt werden, sobald diese Dienste zur Verfügung stehen. 5Die Regelungen müssen vereinbar sein mit den Festlegungen der Bundesmantelverträge nach § 86. 6Kommt eine Einigung bis zum Ablauf der nach Satz 1 bestimmten Frist nicht zustande, wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vereinbarungspartnern nach Satz 1 gemeinsam zu benennende unabhängige Schiedsperson festgelegt. 7Einigen sich die Vereinbarungspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. 8Die Schiedsperson hat darauf zu achten, dass der Schiedsspruch keine der Vertragsparteien unangemessen benachteiligt. 9Die nach Abs. 1 vereinbarten Preise sind jährlich entsprechend der Entwicklung des Verbraucherpreisindex anzupassen, maximal aber bis zu der aus § 71 Abs. 3 SGB V resultierenden Veränderungsrate. 10Fällt die Anpassung negativ aus, bleibt der zuletzt gezahlte Betrag unverändert; der Ausgleichsbedarf wird mit späteren positiven Anpassungen verrechnet, ohne dass es zu einer Minderung des letzten Zahlbetrags kommt.</u></p> <p><u>Begründung zu Absatz 2</u></p> <p>Satz 1: Das Teilbeitrittsrecht ergibt sich bereits aus dem Prinzip der Präqualifizierung (PQ) als grundsätzlich rechtmäßig, da ein Leistungserbringer einem mehrere Versorgungsbereiche umfassenden Vertrag nur insoweit beitreten kann, als er dafür auch präqualifiziert ist. Insoweit muss es der unternehmerischen Freiheit des Leistungserbringers vorbehalten sein, allein im Hinblick auf mögliche anstehende Veränderungen in seinem Leistungsbereich auch die Beitritte zu begrenzen. Im Umkehrschluss hierzu muss dem Leistungserbringer auch die Teilkündigung bereits bestehender Verträge sachlogisch möglich sein, ohne dass dies gesonderter allerdings gesonderter Erwähnung im Gesetzestext bedürfte. Dennoch wäre eine solche Ergänzung im Hinblick auf die Neigung der Kassen, Vorschrift im eigenen Sinne auszulegen – oder ggf. wie unten dargestellt völlig zu ignorieren – wünschenswert.</p>
--	---

	<p>Zu Satz 2: Die ebenfalls äußerst wünschenswerte Standardisierung von Vertragsinhalten, die sich vornehmlich auf administrative Verfahren beziehen und keine besondere Bedeutung für den Preis und die Qualität der Versorgung haben, lässt Raum für Verhandlungen eben hinsichtlich Preis und Qualität der Versorgung und im Sinne des Wettbewerbes der Krankenkassen einerseits aber auch des freien Wettbewerbes der Leistungserbringer und ihrer Verbände müssen hier auch im Falle des Beitritts die bereits eingeräumten Rechte auf Nachverhandlung erhalten bleiben – sofern nicht die allein die Verhandlung von Spitzenverbänden vom Gesetzgeber gewünscht wird, in diesem Falle wäre der Satz ersatzlos zu streichen.</p> <p>Zu Satz 3: Die Änderung ist im Sinne des Vorhergesagten nur für den Fall notwendig, dass nicht die Verhandlung allein von Spitzenverbänden vom Gesetzgeber gewünscht wird.</p> <p>Zu Satz 4: Das Beitrittsrecht ist vom Gesetzgeber von je her nur den Leistungserbringern gewährt worden, ein Beitritt auf Kassenseite widerspricht der Systematik des Beitrittsrechts und widerspricht dem vom Gesetzgeber ausdrücklich gewünschten Wettbewerb der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) untereinander. Es konterkariert auch das vom Gesetzgeber ausdrücklich gewünschte Recht auf Verhandlung zugunsten des Leistungserbringern und stellt nicht weniger als einen Verstoß gegen die Privatautonomie dar, da hier de facto eine Form der Zwangskontrahierung eintritt.</p> <p>Zu Satz 5 – 7: Selbst die GKV fordern eine zunehmende Digitalisierung und die konsequente Übermittlung von Informationen auf elektronischem Wege. Dies muss sich auf sämtliche Bereiche des Informationsflusses beziehen und darf deshalb den Bereich des Beitritts nicht ausnehmen. Die Realität sieht allerdings anders aus, wie die Praxis zeigt: Einige Kassen verlangen noch heute Beitrittsunterlagen und Zertifikat für jede einzelne beitretende IK. Träten also alle also alle im Bundesgebiet ansässigen Leistungserbringer des Jahres 2023 bei – dies sind laut Statista 71.120 –</p>
--	--

	<p>nur mit einer IK einem solchen Vertrag bei, so bedeutet allein dies die unnötige Vergeudung von 142.000 Blatt Papier und entsprechendem Trinkwasser für deren Produktion. Dazu kämen dann noch einmal 71.120 weitere Blätter, wenn die Kasse, wie bei einigem Usus, den Beitritt in rechtlich völlig unnötigerweise Weise schriftlich bestätigt – hier könnten den Kassen auch Millionen in Portokosten gespart werden, was der Beitragsstabilität dient. Die hier formulierten Klauseln regeln einen einheitlichen, digitalen Beitritt der Leistungserbringer zu den mit den GKV bestehenden Verträgen und bedeuten für alle Beteiligten eine enorme administrative und materielle Erleichterung des Vorganges, der damit durch Abbau unnötiger, regelrecht steinzeitlicher Mechanismen (aus diesem Zeitalter entstammt die Urkunde in Schriftlicher Form) auch der materiellen Entlastung der Versicherten und der Beitragsstabilität.</p> <p>Zu Satz 9: Bereits vor mehr als zehn Jahren hat das Bundessozialgericht in seiner Entscheidung 3 KR 14/10 R vom 21.07.2011 rechtskräftig festgestellt, dass gemäß § 126 (nunmehr) Abs. 1a Satz 2 SGB V die Präqualifizierung der einzig notwendige und damit erlaubte Beitritt ist, um die Versorgungsberechtigung im Falle des Beitrittes für eine Produktgruppe nachzuweisen (sog. Stoma-Urteil, Anlage 2). Dies hindert einzelne Kassen jedoch nicht, nachhaltig gegen die gesetzliche Vorschrift und die höchstrichterliche Rechtsprechung zu verstoßen, exemplarisch sei hier die AOK Nordost im Vertrag zu PG 11 und PG 17 (Anlage 3 und 4) sowie insbesondere die AOK Plus mit ihren Checklisten (Anlage 5) benannt. Letztere erklärt dabei, diese seien ausdrücklich nicht Bestandteil des Vertrages – womit sich mangels gesetzlicher Grundlage jeglicher Anspruch erübrigt. Dennoch akzeptiert die AOK Plus keinen Vertragsbeitritt ohne diese Nachweise. Dies stellt einen Affront gegenüber dem Rechtsstaatsprinzip dar, dass auch die mittelbare Staatsverwaltung – Selbstverwaltung oder nicht – gemäß Art. 20 Abs. 3 GG an Gesetz und Recht und damit auch die höchstrichterliche Rechtsprechung bindet. Eine explizite Klarstellung wäre im Sinne einer Entbürokratisierung geboten, eine Strafbewehrung bei Verstoß, wünschenswert.</p>
--	---

	<p><u>Begründung zu Absatz 3</u></p> <p>Zu Satz 2: Die Ergänzung ist notwendig um sicherzustellen, dass das eingeholte Vergleichsangebot auch <i>tatsächlich vergleichbar</i> ist und dient damit der Versorgungsqualität der Versicherten.</p> <p>Zu Satz 3: Die Regelung ist zu ergänzen um dem Wahlrecht des Versicherten weitestgehend zu genügen, deshalb ist dem gewählten Leistungserbringer die Möglichkeit auch bei Einholung eines Vergleichskostenvoranschlages zu den Konditionen der Konkurrenz zu versorgen. Gerade bei hochwertigen Versorgungen verlangen die Krankenkassen vor Einholung des Kostenvoranschlages umfangreiche Vorbereitungshandlungen wie Erprobungen und entsprechende Dokumentation, die in die Kalkulation des Erstanbieters einfließen. Der Zweitanbieter hat diese Aufwendungen jedoch nicht und kann insoweit auch günstiger anbieten.</p> <p>Zu Satz 4: Die Änderung stellt sicher, dass auch in diesen Fällen von den Kassen allein verursachten Aufwendungen, vergleiche insoweit § 127 Absatz 1 Satz 4, der Leistungserbringer vergütet werden.</p> <p><u>Begründung zu Absatz 4</u></p> <p>Die aufgenommene Formulierung sorgt dafür, dass die höchstrichterliche Rechtsprechung nunmehr in das Gesetz übernommen wird, hat doch das BSG festgestellt, dass das Sachleistungsprinzip zur Folge hat, dass die Kassen dann, wenn mit den festbetraglichen Preisen hinreichende Versorgung nicht auskömmlich zu bewirken ist, die Kassen die hinreichende Leistung auch über den Festbetrag zu vergüten haben.</p> <p>Da allerdings der GKV SV mehrfach in Frage gestellt hat, dass in Ansehung der höchstrichterlichen Rechtsprechung die Festlegung von Festbeträgen ev. nicht „rechtssicher“ möglich sei, würde sich alternativ eine Streichung des Absatzes 4 des § 127 SGB V und dazu korrespondierend des § 36 SGB V anbieten.</p>
--	--

	<p><u>Begründung zu Absatz 5</u></p> <p>Die Formulierung stellt klar, dass die einfachste Form der elektronischen Signatur ausreichend ist, es also keines erhöhten Beweiswertes durch Verwendung einer fortgeschrittenen oder gar qualifizierten Signatur bedarf. Dies ist im Hinblick auf die gängige Praxis im Zusammenhang mit der Unterschrift völlig ausreichend, da auch hier den Kassen in praxi lediglich die Scans von unterzeichneten Beratungsdokumentationen zur Verfügung gestellt werden, die rein rechtlich als Bild einer Unterschrift keinerlei Beweiswert vor Gericht hätte – ebenso wenig, wie die (einfache) elektronische Signatur. Im Homecarebereich wird die einfache Signatur beim Erhalt des Hilfsmittels bereits allgemein akzeptiert, so heißt im Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln nach S 78 Absatz I SGB XI des GKV-SV:</p> <p><i>„(6) Die Abgabe erfolgt nach Wahl des Versicherten entweder durch eine persönliche Übergabe in den Geschäftsräumen des Leistungserbringers oder Frei-Haus-Versand an die Wohnanschrift des Versicherten oder an eine andere vom Versicherten benannte Adresse.“</i></p> <p>Im Falle der Zustellung wird aber höchstens die einfache elektronische Signatur von den Zustellern eingesetzt. Es sind keinerlei Gründe erkennbar, die gegen eine Anwendung dieses Nachweises auf alle Hilfsmittel</p> <p><u>Begründung zu Absatz 7</u></p> <p>Zu Satz 3 und 4 (neu): Den Kassen liegen die Abrechnungen aller Versorgungen aller Leistungserbringer aller ihrer Versicherten vor. Das Prinzip des Instruments der Auffälligkeitsprüfung setzt die Auswertung dieser Daten voraus. Die Auswertung der Daten dürfte primär auf die Gesamtanzahl der Versorgungen im Verhältnis zum Durchschnitt sowie das Verhältnis von Versorgung von Maß und Konfektion in Relation zum Durchschnitt beziehen. Datenschutzrechtlich bestehen hier keine Bedenken, denn die hierfür notwendigen Daten werden in Ihrer Gesamtheit und (zu diesem Zeitpunkt noch) nicht versichertenbezogen ausgewertet. Stellt die Kasse hier eine signifikante Abweichungen fest (mindestens 20 % vom</p>
--	--

	<p>Durchschnitt der Gesamtdaten) kann oder muss die Kasse im Rahmen ihrer Aufsichtspflicht weitere Ermittlungen durchführen. Die weiteren Ermittlungen erfolgen in Form von Stichprobenprüfungen.</p> <p>Zu Satz 5 (neu): Diese Stichprobenprüfungen können nach Wahl der Kasse entweder bei dem Leistungserbringer selbst oder aber in Form von Versichertenbefragungen stattfinden. Hinsichtlich des Umfanges sind die Versichertenbefragungen sind die Kassen frei, bis auf den allgemeinen Verhältnismäßigkeitsgrundsatz, der für die gesamte öffentliche Verwaltung gilt. Da es den Versicherten freisteht, im Rahmen der Befragung ihre Daten offenzulegen, bestehen auch insoweit keine rechtlichen Bedenken. Aus dem Grundsatz der Freiwilligkeit ergibt sich aber auch die Notwendigkeit, den Umfang der Versichertenbefragung nicht generell zu beschränken, da für die Kasse nicht absehbar ist, wie viele Versicherte antworten. Für eine verlässliche Bewertung sind aber eine aussagekräftige Anzahl an verwertbaren Rückmeldungen notwendig.</p> <p>Zu Satz 6 (neu): Eine Beschränkung der Anzahl von Stichproben bei Leistungserbringern ist notwendig, da die Vergangenheit gezeigt hat, dass die Kassen in einzelnen Fällen jegliches Maß an Verhältnismäßigkeit bei der Durchführung von Stichproben haben vermissen lassen. So hat eine Kasse aufgrund einer einzigen im Ergebnis völlig unbegründeten Kundenbeschwerde hunderte von Versorgungen eines gesamten Quartals bei einem Leistungserbringer durchgeführt.</p> <p>Zu Satz 7 (neu): Die bisherige Gesetzeslage erlaubt den Kassen in verfassungskonformer Auslegung der Vorschriften im Rahmen von Stichprobenprüfungen nur die Einholung der Auskunft, ob eine Beratung stattgefunden hat. Dies haben eine Reihe von Kassen nicht verstanden und die Anforderungen ohne Einwilligung ihrer Versicherten – gerade im Zusammenhang mit Mehrkostenvereinbarungen – regelmäßig angefordert.</p> <p>Zu Satz 8 (neu): Wir fordern im Rahmen der Förderung der Digitalisierung, dass die einfache elektronische Signatur für Erklärungen von Versicherten</p>
--	--

	<p>grundsätzlich ausreichen soll. Hier kann sachlogisch dann nichts Anderes gefordert werden.</p> <p>Zu Satz 13 (neu): Die gewählte Formulierung entspricht inhaltlich der Regelung des § 106 b Absatz 2a Satz 1 SGB V hinsichtlich der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen. Abweichende Regelungen würden somit nicht nur gegen den Gleichheitsgrundsatz verstoßen, sondern auch gegen den allgemeinen Grundsatz des Schadenersatzrechts, dass der Geschädigte, hier die Kasse, durch das schädigende Ereignis nicht bessergestellt werden darf, als er ohne Eintritt des schädigenden Ereignisses gestellt wäre.</p> <p>Zu Satz 14 (neu): Da bereits bei einigen Leistungserbringern eine Retaxierung aus rein formalen Gründen ausgeschlossen ist, stellt ein Beibehalten eine nicht hinzunehmende, weil rechtsmissbräuchliche Ungleichbehandlung der Leistungserbringer für Hilfsmittel dar. Die nunmehr gewählte Formulierung ist der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entnehmen, zuletzt BSG B 1 KR 3/22 R Rn. 17.</p> <p><u>Begründung zu Absatz 9</u></p> <p>Zu Satz 1 – 8</p> <p>Die Einführung eines mittlerweile abgesehen von den Gesetzlichen Krankenversicherungen allgemein geforderten Administrativen Rahmenvertrages zur erheblichen Vereinfachung des Vertragswesens und damit für eine Entbürokratisierung ist alternativlos, ebenso wie eine Kopplung der unter diesem Administrativen Rahmenvertrags auszuhandelnden Preise an die durchschnittliche Veränderungsrate, denn nur so können nicht notwendige Verhandlungen und dadurch verursachte Verzögerungen von Preisanpassungen zu Lasten der Leistungsträger verhindert und erhebliche Kosten auf Seiten der Gesetzlichen Krankenversicherungen eingespart werden.. Alles dient letztlich zur Aufrechterhaltung der Beitragssicherheit und Qualität der Versorgung der Versicherten.</p>
--	---

	<p>Zu Satz 9 und 10:</p> <p>Hilfsmittelverträge regeln oft die Preise über mehrere Jahre hinweg unverändert. Diese starre Preisgestaltung spiegelt jedoch häufig nicht die tatsächlichen Veränderungen der Einkaufsbedingungen und Betriebskosten der Leistungserbringer wider. Im Laufe der Zeit werden solche Verträge dadurch zunehmend unwirtschaftlich und können bis zur Unauskömmlichkeit führen. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zeigt sich bei Preisanpassungen traditionell sehr zurückhaltend, sodass neue Preise meist nur durch Kündigung der alten Verträge und Neuverhandlung erwirkt werden können. Dieses Verfahren verzögert notwendige und faire Preisanpassungen oft um Monate oder sogar Jahre und bindet auf beiden Seiten erhebliche personelle Ressourcen. Die Neuverhandlung ganzer Verträge allein zur Preisanpassung ist für die Leistungserbringer unangemessen und führt zu unnötigem Verwaltungsaufwand.</p> <p>Mit der Einführung des Administrativen Rahmenvertrags (ARV) besteht die Möglichkeit, eine angemessene Veränderungsrate in die Hilfsmittelverträge aufzunehmen, welche die veränderte Marktsituation zumindest sukzessive abbildet. Allerdings ist die aktuelle Rechtslage durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V) geprägt, der jegliche Vergütungsanpassung auf die jährliche Grundlohnsummensteigerung begrenzt. Diese Grundlohnsummenveränderungsrate stellt eine Obergrenze dar, die Anpassungen nicht überschreiten dürfen. Die Grundlohnsumme als spezifische Größe im Gesundheitswesen orientiert sich jedoch primär an der Lohnentwicklung und bildet somit nicht vollständig die allgemeine Kostenentwicklung ab, da die Inflation eine breiter gefasste Preisentwicklung für Güter und Dienstleistungen widerspiegelt. Die Bildung eines eigenen Hilfsmittelindex erscheint zwar naheliegend, scheitert aber an der enormen Vielfalt der Hilfsmittel und der damit verbundenen unterschiedlichen Kostenentwicklungen. Ein solcher Index wäre administrativ und finanziell kaum realisierbar. Auch bestehende Erzeugerpreisindizes sind ungeeignet, da sie die Kombination aus Produkt und Dienstleistung in der Hilfsmittelversorgung nicht angemessen abbilden und zudem sehr volatil sind. Daher bietet sich als praktikable Lösung die jährliche Inflationsrate als Anpassungsindex an, die jedoch durch die Grundlohnsummenveränderungsrate gedeckelt sein muss, um die Beitragssatzstabilität sicherzustellen.</p>
--	---

	<p>In der Anwendung bedeutet dies konkret: Liegt die Inflation über der Grundlohnsummensteigerung, steigen die Vertragspreise entsprechend der Grundlohnsummensteigerung. Entsprechen Inflation und Grundlohnsummensteigerung einander, erfolgt eine Anpassung nach dieser Größe. Ist die Inflation niedriger als die Grundlohnsummensteigerung, richten sich die Preise nach der Inflation. Im Fall einer Deflation bleiben die Preise unverändert, gestützt durch eine Schutzklausel. Eine derartige sukzessive Anpassung der Kostenstruktur, gesetzlich im Zusammenhang mit dem ARV geregelt, ist zwar nicht perfekt, entspricht aber den derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen und stellt insbesondere für die Solidargemeinschaft eine angemessene Lösung dar.</p> <p>Wesentlich ist, dass eine solche automatische Anpassung verhindert, dass Hilfsmittelversorgungsverträge über Jahre unverändert bleiben und sich somit schleichend in die Unauskömmlichkeit entwickeln.</p> <p>Sollten sich die Kostenstrukturen eines Vertrages dennoch so verändern, dass die Verträge für Leistungserbringer unauskömmlich oder für Krankenkassen unwirtschaftlich werden, bleibt weiterhin die Möglichkeit der Kündigung und Neuverhandlung oder einer einvernehmlichen Anpassung. Die gesetzliche Anpassung sollte jedoch sicherstellen, dass künftig nur noch solche Verträge neu verhandelt werden müssen, bei denen eine tatsächliche Unwirtschaftlichkeit vorliegt. Alle anderen Verträge würden automatisch und zeitnah der wirtschaftlichen Entwicklung folgen, wodurch größte Unbilligkeiten zu Lasten der Leistungserbringer abgefedert werden.</p> <p>Auf Seiten der Krankenkassen und Leistungserbringer würden so wichtige personelle und administrative Ressourcen geschont. Gleichzeitig würde ein entscheidender Schritt zur Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung der Versicherten getan. Insgesamt trägt eine derartige gesetzliche Neuregelung dazu bei, die Stabilität und Nachhaltigkeit der Hilfsmittelversorgung im Gesundheitswesen zu verbessern.</p>
--	---

§ 128 SGB V Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten

(1) 1Die Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten ist unzulässig, soweit es sich nicht um Hilfsmittel handelt, die zur Versorgung in Notfällen benötigt werden. 2Satz 1 gilt entsprechend für die Abgabe von Hilfsmitteln in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen.

(2) 1Leistungserbringer dürfen Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln gewähren. 2Unzulässig ist ferner die Zahlung einer Vergütung für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden, durch Leistungserbringer. 3Unzulässige Zuwendungen im Sinne des Satzes 1 sind auch die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Ordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen.

(3) 1Die Krankenkassen stellen vertraglich sicher, dass Verstöße gegen die Verbote nach den Absätzen 1 und 2 angemessen geahndet werden. 2Für den Fall schwerwiegender und wiederholter Verstöße ist vorzusehen, dass Leistungserbringer für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden können.

(4) 1Vertragsärzte dürfen nur auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen mit Krankenkassen über die ihnen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung obliegenden Aufgaben hinaus an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln mitwirken. 2Die Absätze 1 bis 3 bleiben

(1) 1Die Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten ist unzulässig, soweit es sich nicht um Hilfsmittel handelt, die zur Versorgung in Notfällen benötigt werden. 2Satz 1 gilt entsprechend für die Abgabe von Hilfsmitteln in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen.

(2) 1Leistungserbringer dürfen Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln gewähren. 2Unzulässig ist ferner die Zahlung einer Vergütung für zusätzliche privatärztliche Leistungen, die im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln von Vertragsärzten erbracht werden, durch Leistungserbringer. 3Unzulässige Zuwendungen im Sinne des Satzes 1 sind auch die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Ordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen. **4Unzulässige Zuwendungen im Sinne des Satzes 1 sind auch Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die angestellte Vertragsärzte durch ihr Ordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen.**

(3) 1Die Krankenkassen stellen vertraglich sicher, dass Verstöße gegen die Verbote nach den Absätzen 1 und 2 angemessen geahndet werden. 2Für den Fall schwerwiegender und wiederholter Verstöße ist vorzusehen, dass Leistungserbringer für die Dauer von bis zu zwei Jahren von der Versorgung der Versicherten ausgeschlossen werden können.

(4) 1Vertragsärzte dürfen nur auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen mit Krankenkassen über die ihnen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung obliegenden Aufgaben hinaus an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln mitwirken. 2Die Absätze 1 bis 3 bleiben

<p>unberührt. 3Über eine Mitwirkung nach Satz 1 informieren die Krankenkassen die für die jeweiligen Vertragsärzte zuständige Ärztekammer.</p> <p>(4a) 1Krankenkassen können mit Vertragsärzten Verträge nach Absatz 4 abschließen, wenn die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Versorgung dadurch nicht eingeschränkt werden. <u>2§ 126 Absatz 1 Satz 2 und 3 sowie Absatz 1a</u> gilt entsprechend auch für die Vertragsärzte. 3In den Verträgen sind die von den Vertragsärzten zusätzlich zu erbringenden Leistungen und welche Vergütung sie dafür erhalten eindeutig festzulegen. 4Die zusätzlichen Leistungen sind unmittelbar von den Krankenkassen an die Vertragsärzte zu vergüten. 5Jede Mitwirkung der Leistungserbringer an der Abrechnung und der Abwicklung der Vergütung der von den Vertragsärzten erbrachten Leistungen ist unzulässig.</p> <p>(4b) 1Vertragsärzte, die auf der Grundlage von Verträgen nach Absatz 4 an der Durchführung der Hilfsmittelversorgung mitwirken, haben die von ihnen ausgestellten Verordnungen der jeweils zuständigen Krankenkasse zur Genehmigung der Versorgung zu übersenden. 2Die Verordnungen sind den Versicherten von den Krankenkassen zusammen mit der Genehmigung zu übermitteln. 3Dabei haben die Krankenkassen die Versicherten in geeigneter Weise über die verschiedenen Versorgungswege zu beraten.</p> <p>(5) 1Absatz 4 Satz 3 gilt entsprechend, wenn Krankenkassen Auffälligkeiten bei der Ausführung von Verordnungen von Vertragsärzten bekannt werden, die auf eine mögliche Zuweisung von Versicherten an bestimmte Leistungserbringer oder eine sonstige Form unzulässiger Zusammenarbeit hindeuten. 2In diesen Fällen ist auch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu informieren. 3Gleiches gilt, wenn Krankenkassen Hinweise auf die Forderung oder Annahme unzulässiger Zuwendungen oder auf eine unzulässige Beeinflussung von Versicherten nach Absatz 5a vorliegen.</p> <p>(5a) Vertragsärzte, die unzulässige Zuwendungen fordern oder annehmen oder Versicherte zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung anstelle der ihnen zustehenden Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung beeinflussen, verstoßen gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten.</p> <p>(5b) Die Absätze 2, 3, 5 und 5a gelten für die Versorgung mit Heilmitteln entsprechend.</p>	<p>unberührt. 3Über eine Mitwirkung nach Satz 1 informieren die Krankenkassen die für die jeweiligen Vertragsärzte zuständige Ärztekammer.</p> <p>(4a) 1Krankenkassen können mit Vertragsärzten Verträge nach Absatz 4 abschließen, wenn die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Versorgung dadurch nicht eingeschränkt werden. <u>2§ 126 Absatz 1 Satz 2 und 3 sowie Absatz 1a</u> gilt entsprechend auch für die Vertragsärzte. 3In den Verträgen sind die von den Vertragsärzten zusätzlich zu erbringenden Leistungen und welche Vergütung sie dafür erhalten eindeutig festzulegen. 4Die zusätzlichen Leistungen sind unmittelbar von den Krankenkassen an die Vertragsärzte zu vergüten. 5Jede Mitwirkung der Leistungserbringer an der Abrechnung und der Abwicklung der Vergütung der von den Vertragsärzten erbrachten Leistungen ist unzulässig.</p> <p>(4b) 1Vertragsärzte, die auf der Grundlage von Verträgen nach Absatz 4 an der Durchführung der Hilfsmittelversorgung mitwirken, haben die von ihnen ausgestellten Verordnungen der jeweils zuständigen Krankenkasse zur Genehmigung der Versorgung zu übersenden. 2Die Verordnungen sind den Versicherten von den Krankenkassen zusammen mit der Genehmigung zu übermitteln. 3Dabei haben die Krankenkassen die Versicherten in geeigneter Weise über die verschiedenen Versorgungswege zu beraten.</p> <p>(5) 1Absatz 4 Satz 3 gilt entsprechend, wenn Krankenkassen Auffälligkeiten bei der Ausführung von Verordnungen von Vertragsärzten bekannt werden, die auf eine mögliche Zuweisung von Versicherten an bestimmte Leistungserbringer oder eine sonstige Form unzulässiger Zusammenarbeit hindeuten. 2In diesen Fällen ist auch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu informieren. 3Gleiches gilt, wenn Krankenkassen Hinweise auf die Forderung oder Annahme unzulässiger Zuwendungen oder auf eine unzulässige Beeinflussung von Versicherten nach Absatz 5a vorliegen.</p> <p>(5a) Vertragsärzte, die unzulässige Zuwendungen fordern oder annehmen oder Versicherte zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung anstelle der ihnen zustehenden Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung beeinflussen, verstoßen gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten.</p> <p>(5b) Die Absätze 2, 3, 5 und 5a gelten für die Versorgung mit Heilmitteln entsprechend.</p>
---	---

(6) 1Ist gesetzlich nichts anderes bestimmt, gelten bei der Erbringung von Leistungen nach den §§ 31 und 116b Absatz 7 die Absätze 1 bis 3 sowohl zwischen pharmazeutischen Unternehmern, Apotheken, pharmazeutischen Großhändlern und sonstigen Anbietern von Gesundheitsleistungen als auch jeweils gegenüber Vertragsärzten, Ärzten in Krankenhäusern und Krankenhausträgern entsprechend. 2Hiervon unberührt bleiben gesetzlich zulässige Vereinbarungen von Krankenkassen mit Leistungserbringern über finanzielle Anreize für die Mitwirkung an der Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven und die Verbesserung der Qualität der Versorgung bei der Verordnung von Leistungen nach den §§ 31 und 116b Absatz 7. 3Die Sätze 1 und 2 gelten auch bei Leistungen zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden nach § 37 Absatz 7 gegenüber den Leistungserbringern, die diese Leistungen erbringen.

(6) 1Ist gesetzlich nichts anderes bestimmt, gelten bei der Erbringung von Leistungen nach den §§ 31 und 116b Absatz 7 die Absätze 1 bis 3 sowohl zwischen pharmazeutischen Unternehmern, Apotheken, pharmazeutischen Großhändlern und sonstigen Anbietern von Gesundheitsleistungen als auch jeweils gegenüber Vertragsärzten, Ärzten in Krankenhäusern und Krankenhausträgern entsprechend. 2**Die Absätze 1 bis 3 gelten auch gegenüber Krankenhäusern und Krankenhausträgern entsprechend, insbesondere wenn die Versicherten einen Anspruch auf ein Entlassmanagement im Nachgang eines stationären Aufenthalts gemäß § 39 Abs. 1a haben.** 3Hiervon unberührt bleiben gesetzlich zulässige Vereinbarungen von Krankenkassen mit Leistungserbringern über finanzielle Anreize für die Mitwirkung an der Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven und die Verbesserung der Qualität der Versorgung bei der Verordnung von Leistungen nach den §§ 31 und 116b Absatz 7. 4 Die Sätze 1 und 2 gelten auch bei Leistungen zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden nach § 37 Absatz 7 gegenüber den Leistungserbringern, die diese Leistungen erbringen.

Begründung:

Die hier vorgenommenen Änderungen sind die Konsequenz der von Prof. Dr. Sodan aufgedeckten systemwidrigen Regelungslücke, Einzelheiten zur Begründung enthält das Rechtsgutachten „Rechtliche Grenzen von Kooperationen auf dem Gebiet der Hilfsmittelversorgung“ aus dem Jahr 2023.