



Wir versorgen Deutschland (WvD)

Vorschläge zur Reform der Hilfsmittelversorgung

Finale Version: Juli 2023

Wir versorgen Deutschland (WvD): Vorschläge zur Reform der Hilfsmittelversorgung (finale Version: Juli 2023)

§ 127 SGB V		
Text aktuelle Fassung	Reformvorschläge	Anmerkungen und Begründungen zum Reformvorschlag
<p>Absatz (1) ¹ Krankenkassen, 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.</p> <p>² Darüber hinaus können die Vertragsparteien in den Verträgen nach Satz 1 auch einen Ausgleich der Kosten für erhöhte Hygienemaßnahmen infolge der COVID-19-Pandemie vereinbaren.</p> <p>³ Dabei haben Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften jedem Leistungserbringer oder Verband oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer Vertragsverhandlungen zu ermöglichen.</p> <p>⁴ In den Verträgen nach Satz 1 sind eine hinreichende Anzahl an mehrkostenfreien Hilfsmitteln, die Qualität der Hilfsmittel, die notwendige Beratung der</p>	<p>Absatz (1) ¹ Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften schließen im Wege von Vertragsverhandlungen Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer den für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer in den jeweiligen Produktgruppen maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Landes- oder Bundesebene über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln, deren Wiedereinsatz, die Qualität der Hilfsmittel, zusätzlich zu erbringender Leistungen, die Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer, die Preise und die Abrechnung.</p> <p>² Darüber hinaus können müssen die Vertragsparteien in den Verträgen nach Satz 1 auch einen angemessenen Ausgleich der Kosten für erhöhte Hygienemaßnahmen infolge der COVID-19 im Fall von Pandemien vereinbaren.</p> <p>³ Dabei haben Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften den für die Wahrnehmung der Interessen der jedem Leistungserbringer oder Verband oder sonstigen Zusammenschlüssen in den jeweiligen Produktgruppen maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Landes- oder Bundesebene jederzeit Vertragsverhandlungen zu ermöglichen.</p> <p>⁴ In den Verträgen nach Satz 1, die für alle Versicherten einer Krankenkasse gelten, sind eine hinreichende Anzahl an mehrkostenfreien Hilfsmitteln, die Qualität der Hilfsmittel, die</p>	<p><u>Zu Abs. 1 S.1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Vorgesehen sind Versorgungsverträge zwischen Krankenkassen etc. und maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Grundlage der Rahmenvereinbarungen gem. Abs. 3 (neu) zur flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung der Versicherten einer Krankenkasse (einschließlich differenzierter Versorgungsmodelle), die für alle zugelassenen und damit zur Versorgung berechtigten Leistungserbringer verbindlich sind.</i> • <i>Eine maßgebliche Spitzenorganisation der Leistungserbringer ist eine Organisation,</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>die gemäß Mitgliederkreis oder Aufgabenstellung dazu berufen ist, die Interessen von Leistungserbringern im Hilfsmittelbereich (insbesondere aus den Fachbereichen Orthopädie(schuh)technik, Rehabilitationstechnik, Homecare und Medizintechnik) auf Bundesebene oder auf Landesebene zu vertreten,</i> 2. <i>deren satzungsmäßige Aufgabe es ist, Verträge mit Krankenkassen, deren Landesverbänden oder Arbeitsgemeinschaften nach § 127 SGB V zu verhandeln und zu schließen,</i> 3. <i>die die Gewähr für eine sachgerechte Aufgabenerfüllung bietet,</i> 4. <i>die entweder</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>in einer Produktgruppe jeweils relevante Marktanteile (insbesondere Abrechnungsvolumen der Krankenkassen) repräsentiert oder</i> • <i>eine hohe Zahl an Mitgliedsunternehmen auf sich vereinigt oder</i>

Wir versorgen Deutschland (WvD): Vorschläge zur Reform der Hilfsmittelversorgung (finale Version: Juli 2023)

<p>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.</p> <p>⁵ Den Verträgen sind mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und Produkte zugrunde zu legen.</p> <p>⁶ Die 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.</p> <p>⁷ Der 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.</p> <p>⁸ Über die Inhalte abgeschlossener Verträge einschließlich der Vertragspartner sind andere Leistungserbringer auf Nachfrage unverzüglich zu informieren.</p> <p>⁹ Werden 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</p>	<p>notwendige Beratung der Versicherten und die sonstigen zusätzlichen Leistungen im Sinne des § 33 Absatz 1 Satz 5 sicherzustellen und es ist für eine flächendeckende wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu sorgen.</p> <p>⁵ Den Verträgen sind mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Produktqualität der Versorgung und Produkte zugrunde zu legen.</p> <p>⁶ Die 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.</p> <p>⁷ Der 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.</p> <p>⁸ Über die Inhalte abgeschlossener Verträge einschließlich der Vertragspartner sind andere Leistungserbringer auf Nachfrage unverzüglich zu informieren.</p> <p>⁹ Werden Ergebnisse nach Abschluss des Vertrages unvorhergesehene oder bei Vertragsabschluss nicht bekannte wesentliche und voraussichtlich nicht nur kurzzeitige Änderung der Verhältnisse dem Vertrag zugrunde gelegten Umstände, sind die Vertragsparteien zur Vertragsanpassung verpflichtet oder zur Kündigung berechtigt;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • eine hinreichende Repräsentation der Interessen der von der vertraglichen Vereinbarung betroffenen Unternehmer sicherstellt, • wobei als maßgeblich in einem Produktbereich auch mehrere Organisationen anerkannt werden können, und <p>5. deren Mitgliedsunternehmen gem. § 126 SGB V zugelassen sind (zum Beispiel Homecareunternehmen, Sanitätshäuser, Reha- und Orthopädie(schuh)technikbetriebe, Apotheken) und Hilfsmittel an Versicherte nach Maßgabe des § 127 SGB V abgeben, wobei auch in diesen Fällen für einen Produktbereich mehrere Organisationen als maßgeblich anerkannt werden können. Die Pluralität betroffener unterschiedlicher Interessen muss durch die zu beteiligten Organisationen sachgerecht abgebildet werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • „in den jeweiligen Produktgruppen“ meint Produktgruppen in einem Versorgungsbereich; es ist nicht gewollt, dass es eine Spitzenorganisation pro Produktgruppe geben müsste oder sollte • im Verhältnis von Verträgen nach Abs. 1 zu Rahmenvereinbarungen nach Abs. 2 geben die Rahmenvereinbarungen die verbindlichen Vertragsinhalte vor, wohingegen in den Verträgen krankenkassenspezifische Versorgungsparameter bestimmt werden (Bsp.: Rahmenvereinbarung regeln Anforderungen an Versorgungsqualität und einheitlichen Abrechnungsprozess, Verträge regeln krankenkassenspezifische Besonderheiten zur Qualität – Einsatz gebrauchter Hilfsmittel etc. – und Abrechnung)
--	--	--

Wir versorgen Deutschland (WvD): Vorschläge zur Reform der Hilfsmittelversorgung (finale Version: Juli 2023)

<p>Vertragsparteien zur Vertragsanpassung oder Kündigung berechtigt.</p>	<p>¹⁰ Dies gilt insbesondere für durch Fortschreibungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 Absatz 2 verändert, Änderungen der Anforderungen an die Produktqualität der Versorgung und der Produkte oder Umgruppierungen von Hilfsmitteln.</p> <p>¹¹ Die für die jeweiligen Produktgruppen maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer haben Verträge nach Absatz 1 Satz 1 gemeinsam zu verhandeln und zu schließen.</p>	<p><u>Zu Abs. 1 S. 4:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ziel der Regelung ist u.a. die Vermeidung von regionalen Splitterverträgen; Krankenkassen sollen einheitliche Verträge für die Gesamtheit ihrer Versicherten schließen (ggf. mit differenzierten Versorgungsmodellen) <p><u>Zu Abs. 1 S. 11:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • um Rechtsklarheit zu schaffen, sollte eine gesetzgeberische Schärfung der bestehenden sozialrechtlichen Bereichsausnahme (bspw. in § 69 SGB und insbesondere auch in der Gesetzesbegründung) dahingehend erfolgen, dass die gemeinsame Verhandlung und der Abschluss von Verträgen und Rahmenvereinbarungen gem. Abs. 1 und Abs. 3 durch maßgebliche Spitzenorganisationen der Leistungserbringer ebenso der kartellrechtlichen Prüfung entzogen ist wie dies auf Seiten der Krankenkassen der Fall ist
<p>Absatz (2)</p> <p>¹ Den Verträgen nach Absatz 1 Satz 1 Leistungserbringer zu den gleichen Bedingungen als Vertragspartner beitreten, soweit sie nicht auf Grund bestehender Verträge bereits zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.</p> <p>² Hierbei sind entsprechend Absatz 1 Satz 1 Vertragsverhandlungen zu ermöglichen.</p> <p>³ Verträgen, die mit Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer abgeschlossen wurden, können auch Verbände und sonstige Zusammenschlüsse der Leistungserbringer beitreten.</p>	<p>Absatz (2)</p> <p>¹Die Vertragspartner nach Absatz 1 sind verpflichtet, die Inhalte der Rahmenvereinbarungen nach Absatz 2 binnen einer Frist von einem Jahr nach deren Inkrafttreten in den Verträgen nach Absatz 1 zu übernehmen.</p> <p>²Bis zum Inkrafttreten der Verträge nach Absatz 1 gelten die Verträge nach Absatz 1, 1a oder 2 in der bis zum ... (Datum Außerkrafttreten) geltenden Fassung fort.</p>	<p>Systematisch auch nach Absatz 3 (neu) denkbar.</p>

Wir versorgen Deutschland (WvD): Vorschläge zur Reform der Hilfsmittelversorgung (finale Version: Juli 2023)

<p>⁴ Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für fortgeltende Verträge, die vor dem 1. April 2007 abgeschlossen wurden. § 126 Abs. 1a und 2 bleibt unberührt.</p>		
<p>Absatz (9) ¹ Der 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.</p> <p>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.</p> <p>³ Einigen sich die Empfehlungspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt.</p> <p>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.</p>	<p>Absatz (3) ¹ Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer in den jeweiligen Produktgruppen maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene schließen im Wege von Verhandlungen Rahmenvereinbarungen zur Vereinheitlichung der Verträge nach Absatz 1, insbesondere zur Qualität der Hilfsmittel, zu zusätzlich zur Bereitstellung eines Hilfsmittels zu erbringenden Leistungen, zu Fortbildungspflichten, zur inhaltlichen Ausgestaltung und Verwendung von Formularen und Dokumentationsbögen sowie zur Ausgestaltung des Antrags-, Genehmigungs- und Abrechnungsprozesses.</p> <p>⁵² In den Empfehlungen Vereinbarungen können auch Regelungen über die in § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 genannten Inhalte getroffen werden.</p> <p>⁶³ § 139 Absatz 2 bleibt unberührt.</p> <p>⁷⁴ In den Empfehlungen Vereinbarungen sind auch die notwendigen Regelungen für die Verwendung von Verordnungen von Leistungen nach § 33 in elektronischer Form zu treffen.</p> <p>⁵ In den Vereinbarungen sind Regelungen zur Ahndung von Verstößen gemäß Absatz 9 Satz 6 zu treffen.</p> <p>⁸⁶ Es ist festzulegen, dass für die Übermittlung der elektronischen Verordnung die Dienste der Anwendungen der</p>	<p><u>Zu Abs. 3:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Hintergrund des Vorschlages zur Etablierung von Rahmenvereinbarungen ist die Entschlackung des Hilfsmittelverzeichnisses zurück zu einem reinen Produktkatalog; stattdessen sollen einheitliche Versorgungsstandards und Leistungsanforderungen gemeinsam mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer, die über die entsprechende Fachexpertise und praktische Erfahrung verfügen, definiert werden. Dadurch soll eine qualitätsgesicherte, patientenindividuelle und innovative Versorgung gewährleistet werden, die verbindliche Grundlage der Versorgungsverträge ist.</i> • <i>Die Rahmenvereinbarungen sollen einerseits einheitliche produktgruppenübergreifende Bedingungen schaffen, um eine möglichst große administrative Verschlankeung zu erreichen (bspw. bzgl. Antrags-, Genehmigungs-, Abrechnungsprozesse, Inhalt und Verwendung von Formularen), und andererseits einheitliche produktspezifische Standards (inkl. Spezifikation der Leistungsanforderungen) definieren, die neben einer Vereinheitlichung der Versorgungsvorgänge vor allem die Berücksichtigung der fachlichen Expertise der Leistungserbringer und damit praxistaugliche Lösungen gewährleisten (bspw. bzgl. Qualität des Hilfsmittels, zusätzlich zu erbringende Leistungen, Fortbildungspflichten, Dokumentation und Ausnahmen).</i> • <i>Systematisch günstiger wäre Abs. 3 vor Abs. 1 – davon wurde abgesehen, um den</i>

Wir versorgen Deutschland (WvD): Vorschläge zur Reform der Hilfsmittelversorgung (finale Version: Juli 2023)

<p>⁵ In den Empfehlungen können auch Regelungen über die in § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 genannten Inhalte getroffen werden.</p> <p>⁶ § 139 Absatz 2 bleibt unberührt.</p> <p>⁷ In den Empfehlungen sind auch die notwendigen Regelungen für die Verwendung von Verordnungen von Leistungen nach § 33 in elektronischer Form zu treffen.</p> <p>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.</p> <p>⁹ Die Regelungen müssen vereinbar sein mit den Festlegungen der Bundesmantelverträge nach § 86.</p> <p>¹⁰ Die Empfehlungen nach Satz 1 sind den Verträgen nach den Absätzen 1 und 3 zugrunde zu legen.</p>	<p>Telematikinfrastruktur nach § 334 Absatz 1 Satz 2 genutzt werden, sobald diese Dienste zur Verfügung stehen.</p> <p>⁷ Die Regelungen müssen vereinbar sein mit den Festlegungen der Bundesmantelverträge nach § 86.</p> <p>⁸ Den Vereinbarungspartnern wird aufgegeben, die Rahmenvereinbarungen bis zum ... (<i>Datum</i>) zu schließen.</p> <p>⁹ Der Inhalt der Rahmenvereinbarungen ist verbindlicher Bestandteil der Verträge nach Absatz 1.</p> <p>¹⁰ Absatz 1 Satz 9 und 11 gelten entsprechend.</p>	<p><i>bisherigen Normaufbau annähernd beizubehalten</i></p>
<p>Absatz (1a)</p> <p><i>Die Formulierung des neuen Abs. 4 ist den Regelungen in § 125 Abs. 5 und § 125 a Abs. 3 SGB V nachgebildet.</i></p> <p>¹ Im 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.</p> <p>² Eine Nichteinigung nach Satz 1 liegt vor, wenn mindestens einer der Vertragspartner intensive</p>	<p>Absatz (4)</p> <p>¹ Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 bzw. eine Rahmenvereinbarung nach Absatz 3 ganz oder teilweise nicht zustande, werden der streitige Inhalt der Verträge bzw. die Preise nach Absatz 1 bzw. die Inhalte der Rahmenvereinbarung nach Absatz 3 durch die Schiedsstelle innerhalb von drei Monaten festgelegt.</p>	<p><u>Zu Abs. 4:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Reformvorschlag zu einer neuen Schiedsregelung wurde § 125 Abs. 5 und § 125a Abs. 3 SGB V nachgebildet, da sich die dortige Schiedsstellenregelung bewährt hat und hinsichtlich Ausgabenanteil und - Entwicklung mit dem Hilfsmittelbereich vergleichbar ist. • Hintergrund sind die sich aus den Erfahrungen der bisherigen Schiedsverfahren abzeichnenden Problemstellungen - keine fristgerechte Abwicklung; keine (einheitliche) Verfahrensordnung; wechselnde Schiedspersonen, die sich in die

Wir versorgen Deutschland (WvD): Vorschläge zur Reform der Hilfsmittelversorgung (finale Version: Juli 2023)

<p>Bemühungen zur Erreichung eines Vertrages auf dem Verhandlungswege nachweisen kann.</p> <p>³ Einigen 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 Informationen bestimmt.</p> <p>⁴ Die Schiedsperson gilt als bestimmt, sobald sie sich gegenüber den Vertragspartnern zu ihrer Bestellung bereiterklärt hat.</p> <p>⁵ Der bisherige Vertrag und die bisherigen Preise gelten bis zur Entscheidung durch die Schiedsperson fort.</p> <p>⁶ Legt die Schiedsperson Preise fest, hat sie diese so festzusetzen, dass eine in der Qualität gesicherte, ausreichende, zweckmäßige sowie wirtschaftliche Versorgung gewährleistet ist.</p> <p>⁷ Zur Ermittlung hat die Schiedsperson insbesondere die Kalkulationsgrundlagen der jeweiligen Verhandlungspartner und die marktüblichen Preise zu berücksichtigen.</p> <p>⁸ Die Verhandlungspartner sind verpflichtet, der Schiedsperson auf Verlangen alle für die zu treffende</p>	<p>² Trifft die Schiedsstelle erst nach Ablauf von drei Monaten ihre Entscheidung, sind neben der Festsetzung der Preise auch Zahlbeträge zu beschließen, durch die Vergütungsdifferenzen ausgeglichen werden, die bei den Leistungserbringern oder den Krankenkassen durch die verzögerte Entscheidung der Schiedsstelle entstanden sind.</p> <p>³ Bei der Ermittlung der Inhalte bzw. der Preise nach Absatz 1 hat die Schiedsstelle die aktuell marktüblichen Preise der an der betreffenden Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer sowie insbesondere die Grundlohnsummenentwicklung zu berücksichtigen.</p> <p>⁴ Beide Verhandlungspartner haben der Schiedsstelle ihre für die streitigen Preispositionen angesetzte Kalkulationssystematik darzulegen und zu erläutern</p> <p>⁵ Der bisherige Vertrag und die bisherigen Preise bzw. die bisherige Rahmenvereinbarung gelten bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle fort.</p> <p>⁶ Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene bilden bis zum ... (Datum) eine gemeinsame Schiedsstelle.</p> <p>⁷ Sie besteht aus Vertretern der Krankenkassen und der Leistungserbringer in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden (und ggf. zwei weiteren unparteiischen Mitglieder).</p>	<p><i>Hilfsmittelthematik und Preisfindung neu einarbeiten müssen; keine Entscheidung/Festsetzung in der Sache, sondern Abarbeiten an Formalitäten oder Zulässigkeitsfragen (statt Festsetzung der Preise)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mit Blick auf die Einführung eines Zulassungssystems mit krankenkassenübergreifenden Rahmenvereinbarungen und auf Spitzenorganisationsebene verhandelten Versorgungsverträgen schützt das Schiedsverfahren vor Übervorteilung einer der Vertragsparteien und sichert eine angemessene Preisstruktur für die gesamte Branche. • Eine ständige, paritätisch besetzte Schiedsstelle hat sich in anderen Bereichen – Heilmittelbereich (§ 125 SGB V), den Arzneimittelbereich (§ 130 b SGB V) und das Vertragswesen im Bereich der Pflegeeinrichtungen (§ 76 SGB XI) – bereits bewährt und erscheint vor aufgrund der hohen Komplexität der hilfsmittelspezifischen und rechtlichen Besonderheiten im Regelungsregime des § 127 SGB V, des großen Umfangs der in Streit stehenden Vertrags- und Preiskonditionen sowie des daraus folgenden Verfahrensumfang bzw. des fristgerechten Abschlusses sinnvoll. <p><u>Zu Abs. 4 S. 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein Nicht-Zustandekommen liegt auch dann vor, wenn eine Vertragspartei die Vertragsverhandlungen gem. Absatz 1 nicht im Sinne des Beschleunigungsgrundsatz betreibt. <p><u>Zu Abs. 4 S. 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Im Fall der nicht rechtzeitigen Schiedsentscheidung sollen zeitlich befristete Auf-/Abschläge für zukünftige Versorgungsleistungen als Ausgleich für die während
---	---	--

Wir versorgen Deutschland (WvD): Vorschläge zur Reform der Hilfsmittelversorgung (finale Version: Juli 2023)

<p>Festlegung erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen.</p> <p>⁹ Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.</p> <p>¹⁰ Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung der Schiedsperson durch die Aufsichtsbehörde haben keine aufschiebende Wirkung.</p> <p>¹¹ Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts sind gegen den Vertragspartner zu richten.</p> <p>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.</p>	<p>⁸ Bei der Besetzung der Schiedsstelle auf Seiten der Leistungserbringer ist den verschiedenen Leistungsbereichen und der Diversität des Hilfsmittelmarktes hinreichend Rechnung zu tragen.</p> <p>⁹ Die Amtsdauer der Schiedsstellenmitglieder beträgt vier Jahre.</p> <p>¹⁰ Für jedes Mitglied gibt es zwei Stellvertreter.</p> <p>¹¹ Über den unparteiischen Vorsitzenden (und ggf. die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter) sollen sich die Vertragspartner einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, gilt § 89 Absatz 6 Satz 3 entsprechend.</p> <p>¹² Für eine Abberufung der unparteiischen Mitglieder aus wichtigem Grund gilt § 89 Absatz 7 Satz 3 entsprechend.</p> <p>¹³ Die Kosten der Schiedsstelle tragen die Verhandlungspartner je zur Hälfte; die Kosten für die von ihnen bestellten Vertreter tragen die Vertragsparteien selbst.</p> <p>¹⁴ § 129 Absatz 9 und 10 Satz 1 gilt entsprechend.</p> <p>¹⁵ Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahl und die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren sowie über die Verteilung der Kosten. ¹⁶ Klagen gegen Entscheidungen der Schiedsstelle und der Aufsichtsbehörde haben keine aufschiebende Wirkung. ¹⁷ Ein Vorverfahren findet bei Klagen gegen Entscheidungen der Schiedsstelle und der Aufsichtsbehörde nicht statt.</p>	<p><i>der Verzögerung entstandene Vergütungsdifferenz festgelegt werden.</i></p> <p><i>Zu Abs. 4. S. 4:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Denkbar wäre an dieser Stelle auch ein direkter Verweis auf die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen nach den Ergebnissen der durchschnittlichen Veränderungsdaten gem. § 71 Abs. 3 SGB V</i>• <i>„allgemeine Kalkulationsgrundlagen“ meint nicht, dass Kalkulationen auf Einzel-Leistungserbringer-Ebene offengelegt werden müssen (insb. EKP etc.)</i>
--	--	---

<p>Absatz (3)</p> <p>¹ Soweit 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.</p> <p>² Sie kann vorher auch bei anderen Leistungserbringern in pseudonymisierter Form Preisangebote einholen.</p> <p>³ In den Fällen des § 33 Absatz 1 Satz 5 gilt Satz 1 entsprechend.</p>	<p>Absatz (5)</p> <p>¹ Soweit 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 Sätze 2, 3 und 4 5 gilt entsprechend.</p> <p>² Sie kann für die konkret beantragte Versorgung vorher auch bei anderen Leistungserbringern in ausschließlich pseudonymisierter Form Preisangebote einholen.</p> <p>³ In den Fällen des § 33 Absatz 1 Satz 5 gilt Satz 1 entsprechend.</p> <p>⁴ Die Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften können mit einzelnen Leistungserbringern Verträge nach Absatz 1 schließen, soweit auf die öffentliche Bekanntmachung einer Vertragsabsicht gem. Absatz 1 Satz 5 keine für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer in den jeweiligen Produktgruppen maßgebliche Spitzenorganisation auf Landes- oder Bundesebene innerhalb einer angemessenen Frist Verhandlungsinteresse erklärt hat oder eine Produktart betroffen ist, die nicht durch mindestens eine maßgebliche Spitzenorganisation der Leistungserbringer repräsentiert wird.</p>	<p><u>Zu Abs. 5:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sieht unverändert die Möglichkeit von Einzelkostenvoranschlägen für vertraglich nicht geregelte Versorgungsleistungen oder im Falle der Unzumutbarkeit vor • Innovative Verträge könnten über § 63 SGB V als Modellvorhaben oder § 140a SGB V als besondere Versorgungsformen abgebildet werden <p><u>Zu Abs. 5 S. 1 und 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Im Rahmen des Verfahrens zur Einholung von Gegenkostenvoranschlägen ist die Weitergabe von Versichertendaten auch dann unzulässig, wenn ein Einwilligung des Versicherten vorliegen sollte, da die Pseudonymisierung auch dem Schutz des das Erstangebot erstellenden und die dafür erforderlichen Vorarbeiten erbringenden Erstanbieters geht. Aus diesem Grund dürfen den anderen Leistungserbringern auch keine begleitende Unterlagen zur Verfügung gestellt werden. • Zudem ist auch im Rahmen des Gegenkostenvoranschlagsverfahrens dem Wahlrecht des Versicherten hinreichend Rechnung zu tragen, vgl. § 33 Abs. 8 (neu) SGB V. Der Versicherte ist an das günstige Preisangebot nicht gebunden; es ist ihm unbenommen, sich von einem Leistungserbringer seiner Wahl gegen Übernahme der Differenzkosten versorgen zu lassen. • Auch im Rahmen von Einzelkostenvoranschlägen gem. S. 1 besteht kein Raum für einseitige Festlegungen von Versorgungskonditionen seitens der Krankenkassen. Durch Verweis auf § 127 Abs. 1 S. 3 (neu) SGB V wird klargestellt, dass die Vertragskonditionen im Verhandlungswege zu vereinbaren sind.
--	--	---

Wir versorgen Deutschland (WvD): Vorschläge zur Reform der Hilfsmittelversorgung (finale Version: Juli 2023)

		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Im Rahmen von Versorgungen gem. S. 1 sollen in Fällen hoch komplexer, individualisierter Versorgungen (Bsp. schwerstbehinderter Patient) ausnahmsweise auch Hilfsmittel zum Einsatz kommen können, die eine im Hilfsmittelverzeichnis nicht aufgeführte Qualität aufweisen; dementsprechend war der Verweis auf § 127 Abs. 1 S. 5 SGB V zu streichen.</i> <p><u>Zu Abs. 5 S. 4:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sieht die Möglichkeit des Abschlusses von Einzelverträgen durch Leistungserbringer bei fehlendem Verhandlungsinteresse auf Spitzenorganisations-Ebene bzw. bei Produktarten (z. B. Innovationen), die nicht durch mindestens eine maßgebliche Spitzenorganisation der Leistungserbringer repräsentiert, vor.</i>
<p>Absatz (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>Absatz (6) 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>Absatz (5) ¹ Die 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. ² Die Leistungserbringer haben die Beratung nach Satz 1 schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren und sich durch Unterschrift der Versicherten bestätigen zu lassen.</p>	<p>Absatz (7) ¹ Die 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. ² Die Leistungserbringer haben die Beratung nach Satz 1 schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren und sich durch Unterschrift der Versicherten bestätigen zu lassen.</p>	

Wir versorgen Deutschland (WvD): Vorschläge zur Reform der Hilfsmittelversorgung (finale Version: Juli 2023)

<p>³ Das Nähere ist in den Verträgen nach § 127 zu regeln.</p> <p>⁴ Im 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.</p> <p>⁵ Satz 2 gilt entsprechend.</p>	<p>³ Das Nähere ist in den Verträgeinbarungen nach § 127 Absatz 13 zu regeln.</p> <p>⁴ Im 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.</p> <p>⁵ Satz 2 gilt entsprechend.</p>	<p><u>Zu Abs. 7 S. 3:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • In den Rahmenvereinbarungen nach Abs. 3 kann auch ein Absehen vom Erfordernis der Beratungsdokumentation und der Unterschrift des Versicherten vorgesehen werden (vgl. BT-Drs. 18/10186 S. 34).
<p>Absatz (6)</p> <p>¹ Die Krankenkassen haben ihre Versicherten über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner und über die wesentlichen Inhalte der Verträge zu informieren.</p> <p>² Abweichend 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.</p> <p>³ Sie können auch den Vertragsärzten entsprechende Informationen zur Verfügung stellen.</p> <p>⁴ Die Krankenkassen haben die wesentlichen Inhalte der Verträge nach Satz 1 für Versicherte anderer Krankenkassen im Internet zu veröffentlichen.</p>	<p>Absatz (8)</p> <p>¹ Die Krankenkassen haben ihre Versicherten über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner und über die wesentlichen Inhalte der Verträge zu informieren.</p> <p>² Abweichend 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.</p> <p>³ Sie können auch den Vertragsärzten entsprechende Informationen zur Verfügung stellen.</p> <p>⁴ Die Krankenkassen haben die wesentlichen Inhalte der Verträge nach Satz 1 für Versicherte anderer Krankenkassen im Internet zu veröffentlichen.</p>	

<p>Absatz (7)</p> <p>¹ Die Krankenkassen überwachen die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer nach diesem Gesetz.</p> <p>² Zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung führen sie Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durch.</p> <p>³ 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.</p> <p>⁴ Soweit 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.</p> <p>⁵ Die Leistungserbringer sind insoweit zur Datenübermittlung verpflichtet.</p> <p>⁶ Die Krankenkassen stellen vertraglich sicher, dass Verstöße der Leistungserbringer gegen ihre vertraglichen und gesetzlichen Pflichten nach diesem Gesetz angemessen geahndet werden.</p>	<p>Absatz (9)</p> <p>¹ Die Krankenkassen überwachen die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer nach diesem Gesetz.</p> <p>² Zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung führen sie Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durch.</p> <p>³ 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.</p> <p>⁴ Soweit 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.</p> <p>⁵ Die Leistungserbringer sind insoweit zur Datenübermittlung verpflichtet.</p> <p>⁶ Die Krankenkassen stellen vertraglich sicher, dass Verstöße der Leistungserbringer gegen ihre vertraglichen und gesetzlichen Pflichten nach diesem Gesetz werden nach Maßgabe der Vereinbarungen nach Absatz 3 angemessen geahndet.</p>	
---	---	--

Wir versorgen Deutschland (WvD): Vorschläge zur Reform der Hilfsmittelversorgung (finale Version: Juli 2023)

<p>⁷ Schwerwiegende Verstöße sind der Stelle, die das Zertifikat nach § 126 Absatz 1a Satz 2 erteilt hat, mitzuteilen.</p>	<p>⁷ Schwerwiegende Verstöße sind der Stelle, die das Zertifikat nach § 126 Absatz 1a² Satz 2 erteilt hat, mitzuteilen.</p>	
<p>Absatz (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 weiteren Überwachungsinstrumenten und darüber getroffen werden, wann Auffälligkeiten anzunehmen sind.</p>	<p>Absatz (10) 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 weiteren Überwachungsinstrumenten und darüber getroffen werden, wann Auffälligkeiten anzunehmen sind.</p>	

§ 126 SGB V – Versorgung durch Vertragspartner	§ 126 SGB V – Versorgung durch Vertragspartner-Zulassung	
Text aktuelle Fassung	Änderungsvorschläge	Anmerkungen und Begründungen zum Reformvorschlag
<p>Absatz (1) ¹ Hilfsmittel dürfen an Versicherte nur auf der Grundlage von Verträgen nach § 127 Absatz 1 und 3 abgegeben werden. ² Vertragspartner der Krankenkassen können nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen.</p>	<p>Absatz (1) ¹ Hilfsmittel dürfen an Versicherte nur auf der Grundlage von Verträgen nach § 127 Absatz 1 und 3 von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden. ² Zuzulassen ist, wer eine ausreichende, zweckmäßige, funktionsgerechte und wirtschaftliche Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel gewährleistet und die für die Versorgung der Versicherten geltenden Verträge gemäß § 127 Absatz 1 anerkennt.</p>	<p><u>Zu Abs. 1 und Abs. 3:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Reformvorschlag sieht die Zulassung aller Leistungserbringer für die jeweilige Kassenart per Verwaltungsakt zur länderübergreifenden Versorgung aller Versicherten bundesweit nach den Verträgen gem. § 127 Abs. 1 (neu) SGB V vor.

Wir versorgen Deutschland (WvD): Vorschläge zur Reform der Hilfsmittelversorgung (finale Version: Juli 2023)

<p>³ Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen nach Satz 2, einschließlich der Fortbildung der Leistungserbringer, ab.</p>	<p>³ Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen an die Zulassung nach Satz 2 ab.</p> <p>⁴ [Es ist eine Übergangsregelung erforderlich, um zu gewährleisten, dass bis zum Zeitpunkt, ab dem Zulassungen erteilt werden und während einer Übergangsfrist, bis allen interessierten Leistungserbringern die begehrte Zulassung erteilt wurde, die Versorgungsberechtigung über § 126 Abs. 1 S. 1 und 2 bisherige Fassung (Präqualifizierung und Vertragspartnerschaft) fortbesteht.]</p>	<p><u>Zu Abs. 1 S. 3:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Die Eignungsprüfung erfolgt durch Präqualifizierungsstellen anhand vom GKV-SV vorgegebener Empfehlungen und der Nachweis der Eignung ist durch Vorlage der PQ-Zertifikate zu führen – Beibehaltung des Abs. 1a.
<p>Absatz (1a)</p> <p>¹ Die Krankenkassen stellen sicher, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 erfüllt sind.</p> <p>² Die Leistungserbringer führen den Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 durch Vorlage eines Zertifikats einer geeigneten, unabhängigen Stelle (Präqualifizierungsstelle); bei Verträgen nach § 127 Absatz 3 kann der Nachweis im Einzelfall auch durch eine Feststellung der Krankenkasse erfolgen.</p> <p>³ Die Leistungserbringer haben einen Anspruch auf Erteilung des Zertifikats oder eine Feststellung der Krankenkasse nach Satz 2 zweiter Halbsatz, wenn sie die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 erfüllen.</p> <p>⁴ Bei der Prüfung der Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 haben die Präqualifizierungsstelle im Rahmen ihrer Zertifizierungstätigkeit und die Krankenkasse bei</p>	<p>Absatz (2)</p> <p>¹ Die Krankenkassen stellen sicher, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 erfüllt sind.</p> <p>² Die Leistungserbringer führen den Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 durch Vorlage eines Zertifikats einer geeigneten, unabhängigen Stelle (Präqualifizierungsstelle); bei Verträgen nach § 127 Absatz 46 kann der Nachweis im Einzelfall auch durch eine Feststellung der Krankenkasse erfolgen.</p> <p>³ Die Leistungserbringer haben einen Anspruch auf Erteilung des Zertifikats oder eine Feststellung der Krankenkasse nach Satz 2 zweiter Halbsatz, wenn sie die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 erfüllen.</p> <p>⁴ Bei der Prüfung der Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 haben die Präqualifizierungsstelle im Rahmen ihrer Zertifizierungstätigkeit und die Krankenkasse bei ihrer Feststellung ausschließlich die Empfehlungen nach Absatz 1 Satz 3 zu beachten. Ein Interpretations-, Auslegungs- oder Ergänzungsspielraum im</p>	<p><u>Zu Abs. 2 S. 4:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Der Reformvorschlag sieht eine Begrenzung des Interpretations-, Auslegungs- und Ergänzungsspielraums bezogen auf die Eignungskriterien auf Seiten der PQ-Stellen, der Akkreditierungsstelle und der Krankenkassen vor, um für die Branche

Wir versorgen Deutschland (WvD): Vorschläge zur Reform der Hilfsmittelversorgung (finale Version: Juli 2023)

<p>ihrer Feststellung die Empfehlungen nach Absatz 1 Satz 3 zu beachten.</p> <p>⁵ Die Zertifikate sind auf höchstens fünf Jahre zu befristen.</p> <p>⁶ Erteilte Zertifikate sind einzuschränken, auszusetzen oder zurückzuziehen, wenn die erteilende Stelle oder die Stelle nach Absatz 2 Satz 6 auf Grund von Überwachungstätigkeiten im Sinne der DIN EN ISO/IEC 17065, Ausgabe Januar 2013, feststellt, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 nicht oder nicht mehr erfüllt sind, soweit der Leistungserbringer nicht innerhalb einer angemessenen Frist die Übereinstimmung herstellt.</p> <p>⁷Die erteilenden Stellen dürfen die für den Nachweis der Erfüllung der Anforderungen nach Absatz 1 Satz 2 erforderlichen Daten von Leistungserbringern verarbeiten.</p> <p>⁸Sie haben den Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsprechend seiner Vorgaben über ausgestellte sowie über verweigerte, eingeschränkte, ausgesetzte und zurückgezogene Zertifikate einschließlich der für die Identifizierung der jeweiligen Leistungserbringer erforderlichen Daten zu unterrichten.</p> <p>⁹Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist befugt, die übermittelten Daten zu verarbeiten und den Krankenkassen sowie der nationalen</p>	<p>Hinblick auf die Empfehlungen nach Absatz 1 Satz 3 steht der Krankenkasse, der Präqualifizierungsstelle und auch der Akkreditierungsstelle nach Absatz 5 Satz 1 nicht zu.</p> <p>⁵ Die Zertifikate sind auf höchstens fünf Jahre zu befristen.</p> <p>⁶ Erteilte Zertifikate sind einzuschränken, auszusetzen oder zurückzuziehen, wenn die erteilende Stelle oder die Stelle nach Absatz 25 Satz 6 auf Grund von Überwachungstätigkeiten im Sinne der DIN EN ISO/IEC 17065, Ausgabe Januar 2013, feststellt, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 nicht oder nicht mehr erfüllt sind, soweit der Leistungserbringer nicht innerhalb einer angemessenen Frist die Übereinstimmung herstellt.</p> <p>⁷ Die erteilenden Stellen dürfen die für den Nachweis der Erfüllung der Anforderungen nach Absatz 1 Satz 2 erforderlichen Daten von Leistungserbringern verarbeiten.</p> <p>⁸ Sie haben den Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsprechend seiner Vorgaben über ausgestellte sowie über verweigerte, eingeschränkte, ausgesetzte und zurückgezogene Zertifikate einschließlich der für die Identifizierung der jeweiligen Leistungserbringer erforderlichen Daten zu unterrichten.</p> <p>⁹ Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist befugt, die übermittelten Daten zu verarbeiten und den Krankenkassen sowie der nationalen Akkreditierungsstelle nach Absatz 25 Satz 1 bekannt zu geben.</p>	<p><i>einheitliche, allgemeingültige und verlässliche Regelung zu gewährleisten.</i></p>
--	--	--

Wir versorgen Deutschland (WvD): Vorschläge zur Reform der Hilfsmittelversorgung (finale Version: Juli 2023)

<p>Akkreditierungsstelle nach Absatz 2 Satz 1 bekannt zu geben.</p>		
	<p>Absatz (3) ¹ § 124 Absatz 2 gilt entsprechend.</p> <p>² Eine Zulassung ist länderübergreifend für die jeweilige Kassenart zur Versorgung aller Versicherten bundesweit zu erteilen.</p>	
<p>Absatz (3) Für nichtärztliche Dialyseleistungen, die nicht in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, gelten die Regelungen dieses Abschnitts entsprechend.</p>	<p>Absatz (4) ¹ Die Zulassung kann widerrufen werden, wenn der Leistungserbringer nach Erteilung der Zulassung die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 nicht mehr erfüllt.</p> <p>² § 124 Absatz 2 Satz 1 und 2 gelten entsprechend.</p>	
<p>Absatz (2) ¹ Als Präqualifizierungsstellen dürfen nur Zertifizierungsstellen für Produkte, Prozesse und Dienstleistungen gemäß DIN EN ISO/IEC 17065, Ausgabe Januar 2013, tätig werden, die die Vorgaben nach Absatz 1a Satz 4 bis 8 beachten und von einer nationalen Akkreditierungsstelle im Sinne der Verordnung (EG) Nr. 765/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. Juli 2008 über die Vorschriften für die Akkreditierung und Marktüberwachung im Zusammenhang mit der Vermarktung von Produkten und zur Aufhebung der Verordnung (EWG) Nr. 339/93 des Rates (ABl. L 218 vom 13.8.2008, S. 30) in der jeweils geltenden Fassung akkreditiert worden sind.</p>	<p>Absatz (5) ¹ Als Präqualifizierungsstellen dürfen nur Zertifizierungsstellen für Produkte, Prozesse und Dienstleistungen gemäß DIN EN ISO/IEC 17065, Ausgabe Januar 2013, tätig werden, die die Vorgaben nach Absatz 1a2 Satz 4 bis 8 beachten und von einer nationalen Akkreditierungsstelle im Sinne der Verordnung (EG) Nr. 765/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. Juli 2008 über die Vorschriften für die Akkreditierung und Marktüberwachung im Zusammenhang mit der Vermarktung von Produkten und zur Aufhebung der Verordnung (EWG) Nr. 339/93 des Rates (ABl. L 218 vom 13.8.2008, S. 30) in der jeweils geltenden Fassung akkreditiert worden sind.</p>	

Wir versorgen Deutschland (WvD): Vorschläge zur Reform der Hilfsmittelversorgung (finale Version: Juli 2023)

<p>² Die Akkreditierung ist auf höchstens fünf Jahre zu befristen.</p> <p>³ Die Akkreditierung erlischt mit dem Ablauf der Frist, mit der Einstellung des Betriebes der Präqualifizierungsstelle oder durch Verzicht der Präqualifizierungsstelle.</p> <p>⁴ Die Einstellung und der Verzicht sind der nationalen Akkreditierungsstelle unverzüglich mitzuteilen.</p> <p>⁵ Die bisherige Präqualifizierungsstelle ist verpflichtet, die Leistungserbringer, denen sie Zertifikate erteilt hat, über das Erlöschen ihrer Akkreditierung zu informieren.</p> <p>⁶ Die Leistungserbringer haben umgehend mit einer anderen Präqualifizierungsstelle die Fortführung des Präqualifizierungsverfahrens zu vereinbaren, der die bisherige Präqualifizierungsstelle die ihr vorliegenden Antragsunterlagen in elektronischer Form zur Verfügung zu stellen hat.</p> <p>⁷ Das Bundesministerium für Gesundheit übt im Anwendungsbereich dieses Gesetzes die Fachaufsicht über die nationale Akkreditierungsstelle aus.</p> <p>⁸ Präqualifizierungsstellen, die seit dem 1. Juli 2010 Aufgaben nach Absatz 1a wahrnehmen, haben spätestens bis zum 31. Juli 2017 einen Antrag auf Akkreditierung nach Satz 1 zu stellen und spätestens bis zum 30. April 2019 den Nachweis über eine erfolgreiche Akkreditierung zu erbringen.</p>	<p>² Die Akkreditierung ist auf höchstens fünf Jahre zu befristen.</p> <p>³ Die Akkreditierung erlischt mit dem Ablauf der Frist, mit der Einstellung des Betriebes der Präqualifizierungsstelle oder durch Verzicht der Präqualifizierungsstelle.</p> <p>⁴ Die Einstellung und der Verzicht sind der nationalen Akkreditierungsstelle unverzüglich mitzuteilen.</p> <p>⁵ Die bisherige Präqualifizierungsstelle ist verpflichtet, die Leistungserbringer, denen sie Zertifikate erteilt hat, über das Erlöschen ihrer Akkreditierung zu informieren.</p> <p>⁶ Die Leistungserbringer haben umgehend mit einer anderen Präqualifizierungsstelle die Fortführung des Präqualifizierungsverfahrens zu vereinbaren, der die bisherige Präqualifizierungsstelle die ihr vorliegenden Antragsunterlagen in elektronischer Form zur Verfügung zu stellen hat.</p> <p>⁷ Das Bundesministerium für Gesundheit übt im Anwendungsbereich dieses Gesetzes die Fachaufsicht über die nationale Akkreditierungsstelle aus.</p> <p>⁸ Präqualifizierungsstellen, die seit dem 1. Juli 2010 Aufgaben nach Absatz 1a wahrnehmen, haben spätestens bis zum 31. Juli 2017 einen Antrag auf Akkreditierung nach Satz 1 zu stellen und spätestens bis zum 30. April 2019 den Nachweis über eine erfolgreiche Akkreditierung zu erbringen.</p>	
---	---	--

Wir versorgen Deutschland (WvD): Vorschläge zur Reform der Hilfsmittelversorgung (finale Version: Juli 2023)

<p>⁹ Die nationale Akkreditierungsstelle überwacht die Einhaltung der sich aus der DIN EN ISO/IEC 17065 und den Vorgaben nach Absatz 1a Satz 4 bis 8 für die Präqualifizierungsstellen ergebenden Anforderungen und Verpflichtungen.</p> <p>¹⁰ Sie hat die Akkreditierung einzuschränken, auszusetzen oder zurückzunehmen, wenn die Präqualifizierungsstelle die Anforderungen für die Akkreditierung nicht oder nicht mehr erfüllt oder ihre Verpflichtungen erheblich verletzt; die Sätze 5 und 6 gelten entsprechend.</p> <p>¹¹ Für die Prüfung, ob die Präqualifizierungsstellen ihren Verpflichtungen nachkommen, kann die nationale Akkreditierungsstelle nach Absatz 2 Satz 1 auf Informationen der Krankenkassen oder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, berufsständischer Organisationen und Aufsichtsbehörden zurückgreifen.</p>	<p>⁹ Die nationale Akkreditierungsstelle überwacht die Einhaltung der sich aus der DIN EN ISO/IEC 17065 und den Vorgaben nach Absatz 1a² Satz 4 bis 8 für die Präqualifizierungsstellen ergebenden Anforderungen und Verpflichtungen.</p> <p>¹⁰ Sie hat die Akkreditierung einzuschränken, auszusetzen oder zurückzunehmen, wenn die Präqualifizierungsstelle die Anforderungen für die Akkreditierung nicht oder nicht mehr erfüllt oder ihre Verpflichtungen erheblich verletzt; die Sätze 5 und 6 gelten entsprechend.</p> <p>¹¹ Für die Prüfung, ob die Präqualifizierungsstellen ihren Verpflichtungen nachkommen, kann die nationale Akkreditierungsstelle nach Absatz 2⁵ Satz 1 auf Informationen der Krankenkassen oder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, berufsständischer Organisationen und Aufsichtsbehörden zurückgreifen.</p>	
---	---	--

Wir versorgen Deutschland (WvD): Vorschläge zur Reform der Hilfsmittelversorgung (finale Version: Juli 2023)

§ 139 SGB – Hilfsmittelverzeichnis, Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln <u>(Auszug)</u>	§ 139 SGB – Hilfsmittelverzeichnis, Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln <u>(Auszug)</u>	
Text aktuelle Fassung	Änderungsvorschläge	<i>Anmerkungen und Begründungen zum Reformvorschlag</i>
<p>Absatz (2) ¹ Soweit dies zur Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung erforderlich ist, sind im Hilfsmittelverzeichnis indikations- oder einsatzbezogen besondere Qualitätsanforderungen für Hilfsmittel festzulegen.</p> <p>² Besondere Qualitätsanforderungen nach Satz 1 können auch festgelegt werden, um eine ausreichend lange Nutzungsdauer oder in geeigneten Fällen den Wiedereinsatz von Hilfsmitteln bei anderen Versicherten zu ermöglichen.</p> <p>³ Im Hilfsmittelverzeichnis sind auch die Anforderungen an die zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringenden Leistungen zu regeln.</p>	<p>Absatz (2) ¹ Soweit dies zur Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung erforderlich ist, sind im Hilfsmittelverzeichnis indikations- oder einsatzbezogen besondere Qualitätsanforderungen für Hilfsmittel festzulegen.</p> <p>² Besondere Qualitätsanforderungen nach Satz 1 können auch festgelegt werden, um eine ausreichend lange Nutzungsdauer oder in geeigneten Fällen den Wiedereinsatz von Hilfsmitteln bei anderen Versicherten zu ermöglichen.</p> <p>³ Im Hilfsmittelverzeichnis sind auch die Anforderungen an die zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringenden Leistungen zu regeln.</p>	<p><i>Zu Abs. 2 S. 3:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Reformvorschlag sieht vor, dass das Hilfsmittelverzeichnis zu einem Produktkatalog zurückgeführt wird, d.h. der GKV-Spitzenverband im Hilfsmittelverzeichnis eine Produktlistung nebst einer reinen produktspezifische Qualitätsbeschreibungen vornimmt; siehe oben § 127 Abs. 3 (neu) SGB V.

Wir versorgen Deutschland (WvD): Vorschläge zur Reform der Hilfsmittelversorgung (finale Version: Juli 2023)

§ 33 SGB – Hilfsmittel (Auszug)	§ 33 – Hilfsmittel (Auszug)	
Text aktuelle Fassung	Änderungsvorschläge	Anmerkungen und Begründungen zum Reformvorschlag
<p>Absatz (6) ¹Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind.</p> <p>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 Leistungserbringer einzulösen.</p> <p>³Die Sätze 1 und 2 gelten auch bei der Einlösung von elektronischen Verordnungen.</p>	<p>Absatz (6) ¹Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse gem. § 126 SGB V zugelassen sind.</p> <p>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 Leistungserbringer einzulösen.</p> <p>³Die Sätze 1 und 2 gelten auch bei der Einlösung von elektronischen Verordnungen.</p>	

Wir versorgen Deutschland (WvD): Vorschläge zur Reform der Hilfsmittelversorgung (finale Version: Juli 2023)

Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an:

Kirsten Abel
Generalsekretärin
E-Mail: abel@wirversorgendeutschland.de

Patrick Grunau
Generalsekretär
E-Mail: grunau@wirversorgendeutschland.de

Über „Wir versorgen Deutschland“ (WvD):

Das Bündnis Wir versorgen Deutschland (WvD) setzt sich für eine qualitätsgesicherte, wohnortnahe und individuelle Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln ein. Die Mitglieder zählen zu den maßgeblichen Spitzenverbänden und Zusammenschlüssen von Leistungserbringern. Zu dem Bündnis gehören der Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik, die EGROH-Service GmbH, die ORTHEG eG, die Reha-Service-Ring GmbH, die rehaVital Gesundheitsservice GmbH, die Sanitätshaus Aktuell AG sowie der Verband Versorgungsqualität Homecare e.V.

Berliner Büro

Lützowstraße 102-104, 10785 Berlin
Tel.: +49 (0)30 33 93 35 63
E-Mail: info@wirversorgendeutschland.de
Internet: www.wirversorgendeutschland.de

BT-Lobbyregister-Nr.: R004824