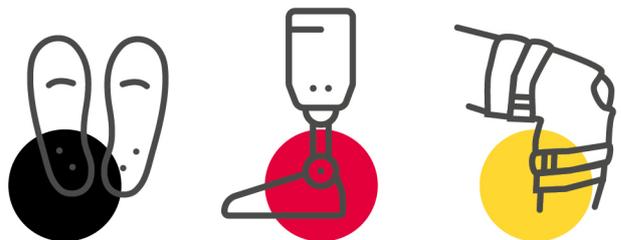


Wir versorgen Deutschland.



Stand: Dezember 2020



Vorwort

Wir versorgen Deutschland. Knapp 25 Prozent der gesetzlich Versicherten in Deutschland benötigen die Versorgung mit Hilfsmitteln. Für Teilhabe und Lebensqualität dieser Patienten und Patientinnen sind diese Versorgungen elementar: Sie gewährleisten den Erfolg ihrer Krankenbehandlung, beugen drohenden Behinderungen vor oder gleichen bereits bestehende Handicaps aus. Mehr als 120.000 Mitarbeiter und mehr als 8.000 Leistungserbringer in den Bereichen Orthopädietechnik, Orthopädieschuhtechnik, Reha-Technik und Homecare verantworten die wohnortnahe und qualitätsgesicherte Versorgung dieser Patienten und Patientinnen.

Die Hilfsmittelversorgung als ein zentrales Element der Gesundheitsversorgung in Deutschland steht vor großen Herausforderungen, die unter anderem durch die Stichpunkte Digitalisierung, überbordende Bürokratie und die Sicherung der Versorgungsqualität unter steigendem Kostendruck skizziert werden können. In der Corona-Krise zeigte sich zudem besonders die Bedeutung der Hilfsmittelversorgung als zentrales Element der Gesundheitsversorgung, die auch unter schwierigen Bedingungen funktionieren muss. Das Dossier weist auch auf die Konsequenzen hin, die daraus politisch gezogen werden sollten.

Die unterzeichnenden Partner des Dokuments zählen zu den maßgeblichen Spitzenverbänden und Zusammenschlüssen von Leistungserbringern. In ihrer Verantwortung für die qualitätsgesicherte, wohnortnahe und wirtschaftliche Versorgung haben sich die Partner auf vier Schwerpunkte verständigt, die wegen ihrer Dringlichkeit in die politische Umsetzung durch die nächste Regierungskoalition gehen sollten.

Alf Reuter

Präsident
Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik

Ben Bake

Vorstandsvorsitzender
Sanitätshaus Aktuell AG

Dr. Axel Friehoff

Leitung Vertragsmanagement
und Verbände Egroh-Service GmbH

Jens Sellhorn

Geschäftsführer
rehaVital Gesundheitsservice GmbH

Thomas Piel

Geschäftsführer Reha-Service-Ring





Inhalt

Vorwort	2
Lehren aus der Pandemie – „Systemrelevanz“ definieren und verankern	4
1. Versorgung im stationären, ambulanten und häuslichen Umfeld sichern.....	4
2. Wohnortnahe Versorgungsstruktur durch Mittel des GKV-Systems im Kern sichern.....	4
3. Leistungserbringer in den Strukturen der Selbstverwaltung beteiligen.....	5
Transparente Versorgungsstandards durch Leitverträge setzen	7
Digitalisierung effektiv und valide umsetzen	9
1. Dokumentation von versorgungsrelevanten Patientendaten in der ePA.....	9
2. Berücksichtigung vielschichtiger und mobiler Versorgungsstrukturen.....	9
3. Investitionskosten nicht auf Leistungserbringer abladen.....	10
4. Insellösungen und Parallelstrukturen unterbinden.....	10
Hilfsmittelversorgung und Präqualifizierung: Anpassungsbedarf	11
Anlage 1: Konkreter Gesetzesvorschlag zu „Transparente Versorgungsstandards durch Leitverträge setzen“	12





Lehren aus der Pandemie – „Systemrelevanz“ definieren und verankern

Mit den Beschlüssen vom 28. Oktober 2020 zum erneuten „Lock-down light“ werden wesentliche Teile des öffentlichen und privaten Lebens ein weiteres Mal heruntergefahren. Mehr als 25 Prozent der gesetzlich Versicherten in Deutschland benötigen auch während dieser Zeit eine Versorgung mit Hilfsmitteln. Die Patienten/innen zählen in der Regel zu den sog. „Risikopatienten“, die besonders vor einer Infektion zu schützen sind. Wir begrüßen daher, dass die Beschlüsse von Bund und Ländern klarstellen, dass dem Handwerk und den Leistungserbringern gem. §126 SGB V möglichst umfassend medizinisch notwendige Patientenversorgungen weiterhin möglich bleiben sollen.

1. Versorgung im stationären, ambulanten und häuslichen Umfeld sichern

Eine reibungslose betriebliche Tätigkeit der Leistungserbringer - gerade vor dem Hintergrund, dass ihnen der Zutritt zu Alten- und Pflegeheimen, Kliniken, Sozialpädiatrischen Zentren oder Institutionen für Menschen mit Behinderung verwehrt wurde - erfordert auch den entsprechenden Zugang zu persönlicher Schutzausrüstung, Schnelltests, Impfstoff sowie die rechtssichere Befugnis, Pflegeeinrichtungen und Kliniken zu betreten und die Berücksichtigung der Mitarbeiter im Rahmen einer ‚Notbetreuung‘ in Kinderbetreuungseinrichtungen.

Wir als Leistungserbringer von medizinisch-notwendigen Versorgungen mit Hilfsmitteln fordern daher, bei der Gestaltung zusätzlicher Regelungen zur Pandemie-Bekämpfung weiterhin und vor allem ausdrücklich als systemrelevant erwähnt zu werden. Nur so kann auch künftig die wohnortnahe und qualitätsgesicherte Versorgung von Patient:innen ermöglicht werden.

Wir fordern: Leistungserbringer von medizinisch-notwendigen Versorgungen mit Hilfsmitteln sind auf allen Ebenen des GKV-Systems als systemrelevant anzuerkennen und in die entsprechenden Sicherungsmaßnahmen einzubinden!

2. Wohnortnahe Versorgungsstruktur durch Mittel des GKV-Systems im Kern sichern

Durch die Corona-Pandemie werden Unternehmen aller Branchen vor erhebliche Herausforderungen gestellt. Dies gilt auch für die in der Mehrzahl als KMU organisierten Leistungserbringer im Hilfsmittelbereich. Als Unternehmen, die ihren Umsatz zum überwiegenden Teil mit der konservativ-technischen Versorgung im GKV-System erzielen, waren sie besonders von den Zutrittsbeschränkungen von u.a. Arztpraxen und Klinikeinrichtungen betroffen. Zum Schutz der Versorgungsstrukturen, die nur in ihrer Gesamtheit eine entsprechende Versorgungssicherheit gewähren, werden bereits Unterstützungsmaßnahmen für die einzelnen Bereiche des GKV-Systems umgesetzt. So wird die Struktur der niedergelassenen Ärzte, Hebammen, Zahnärzte und Heilmittelerbringer durch spezielle Unterstützungsmaßnahmen aus den Mitteln des GKV-Systems unterstützt.





Als Leistungserbringer im GKV-System begrüßen wir diese Unterstützung zur Aufrechterhaltung von Versorgungsstrukturen.

Mit dem Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) wurde nun auch für die Versorgung mit Hilfsmitteln geregelt, dass Mehraufwand an PSA zu vergüten ist. Im Gegensatz zu den Regelungen bei anderen Vertretern der Leistungserbringer hat sich der Gesetzgeber hier jedoch dafür ausgesprochen, die Höhe der Kostenerstattung über die Verhandlungsverträge gem. § 127 SGB V zu regeln.

Wir begrüßen ausdrücklich, dass der Gesetzgeber die Bedeutung der Versorgungssicherheit auch im Bereich der Hilfsmittel erkannt hat, sehen jedoch die Umsetzung über den § 127 als realitätsfern an, da in kürzestem Zeitfenster Vertragsverhandlungen mit etwa 100 Krankenkassen geführt werden müssten.

Da der Gesetzgeber jedoch eine Umsetzung der Kostenerstattung ausdrücklich aufgrund der Vielfalt der Versorgungsarten über eine Einigung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern wünscht, kann die verlangte Umsetzung nur auf Ebene der Spitzenverbände seitens der Leistungserbringer und Krankenkassen erfolgen. Daher fordern wir ergänzend zur Regelung im GPVG eine entsprechende Umsetzungsverordnung seitens des BMG, dass GKV-Spitzenverband und die entsprechenden Spitzenverbände bzw. maßgeblichen Zusammenschlüsse von Leistungserbringern eine verbindliche Verhandlungslösung mit zeitnaher Frist vorzulegen haben und die für die Kassen eine entsprechende Verbindlichkeit erhält.

Wir fordern: Die durch den Gesetzgeber veranlasste Regelung der Mehrkosten durch die Krankenkassen und Leistungserbringer bedarf einer zeitnahen und vor allem praktikablen ergänzenden Umsetzungsverordnung seitens des BMG!

3. Leistungserbringer in den Strukturen der Selbstverwaltung beteiligen

Die Beteiligungsrechte des Gesundheitshandwerks und der Leistungserbringer gem. § 126 SGB V in der Versorgungsplanung und -gestaltung müssen gesichert werden. Sie müssen bei der fortlaufenden Anpassung des Leistungsrechtes, wie etwa der Aktualisierung des Hilfsmittelverzeichnisses, der Festlegung von

Festbeträgen/Zuschüssen, krisenbedingter Anpassungen der Hilfsmittelrichtlinie oder der Erarbeitung von allgemeinen Richtlinien mehr Mitwirkungsrechte erhalten. Als Leistungserbringer, die verantwortlich sind für die qualitätsgesicherte Versorgung von Patientinnen mit Hilfsmitteln, fordern wir ein gleichberechtigtes Mitbestimmungsrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Insbesondere sollte jedoch die Einbindung von Experten seitens der Leistungserbringer für die seitens des G-BA verantworteten Entscheidungen bei den „Veranlassten Leistungen“ sichergestellt werden. Es kann nicht weiter hingenommen werden, dass Ärzte, Krankenkassen und Patientenvertreter regelmäßig über Versorgungsleistungen entscheiden, ohne uns als





- 6 -

verantwortliche Leistungserbringer aktiv mit unserer Kompetenz und in unserer gesetzlich verankerten Verantwortung für die qualitätsgesicherte Versorgung aktiv in den Entscheidungsprozess einzubinden. Ein Anhörungsrecht reicht dafür nicht aus.

Wir fordern: Gleichberechtigtes Mitbestimmungsrecht im G-BA und Einbindung entsprechender Experten bei den Entscheidungen über „Veranlasste Leistungen“!





Transparente Versorgungsstandards durch Leitverträge setzen

Auch nach dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) und Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) missbrauchen einzelne Krankenkassen die Möglichkeit zum Abschluss von Einzelverträgen, als Mittel für eine Variante der OpenHouse-Verträge durch die Hintertür. Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bestätigt die mangelhafte Umsetzung des gesetzgeberischen Willens. So weist das BAS darauf hin, dass seine Prüfungen nach § 274 SGB V bestätigen, dass die Umsetzung HHVG und TSVG noch nicht flächendeckend erfolgt sei: „[...] In der Praxis haben wir festgestellt, dass viele Krankenkassen nicht in ausreichendem Maße in allen Produktgruppen sowie -arten Verträge nach § 127 Abs. 1 und 2 SGB V abgeschlossen haben.“ (AZ. 211-59998.505-1870/2019). Konsequenz: Wohnortnahe Versorgung und das Sachleistungsprinzip bleiben gefährdet.

Die Vielzahl der Verträge sorgt noch immer für Intransparenz bzgl. des Leistungsversprechens. Die Souveränität des Patienten und damit die selbstbewusste Wahrnehmung des Patientenwahlrechtes bleibt damit nach wie vor nachhaltig angegriffen. Laut Aussage des GKV- Spitzenverbandes im Rahmen einer öffentlichen Anhörung zu MPEUAnpG existieren im Bereich der Hilfsmittelversorgung derzeit über 1.000 verschiedene Verträge. Durch vertragsindividuelle Rahmenvereinbarungen (z.B. Formblätter, Maßblätter, Empfangsbescheinigungen etc.) wird damit ein immenser administrativer Aufwand veranlasst, der keinen Einfluss auf die Qualität der Versorgung hat. Hier werden lediglich Fachkräfte für unnötige Bürokratie von der Versorgung abgezogen. In keinem anderen Versorgungsbereich sind die Verwaltungsaufwände für die Administration und Prozesssteuerung von Verträgen so hoch wie im Hilfsmittelsektor.

Gleichzeitig zeugen jene Verträge, die durch maßgebliche Spitzenverbände oder maßgebliche Zusammenschlüsse von sonstigen Leistungserbringern und den Krankenkassen verhandelt wurden, von der Verantwortung für die eine flächendeckende, wohnortnahe, qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung von gesetzlich Versicherten.

Hier verhandeln nicht Partikularinteressen, für die auch Monopol- und Ausgrenzungsstrategien als wirtschaftliche Verhandlungsoptionen in Betracht kommen, sondern Parteien, die eine hinreichende Markt- und Versichertenrelevanz in Bezug auf die Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgungsstruktur zur wohnortnahen Versorgung aufweisen. Die Maßgaben für eine wohnortnahe Versorgung ergeben sich anhand der leistungsrechtlichen Voraussetzungen für das jeweilige Hilfsmittel. So können Leitverträge in Verantwortung von regionalen und wirtschaftlichen Unterschieden verhandelt werden und Innovationstransfer durch die Vereinbarung spezifischer Vertragskonstruktionen unterstützen.

Das Beitrittsrecht der Leistungserbringer bleibt dabei ebenso unberührt wie das Recht zur Verhandlung von Einzelverträgen in jenen Bereichen, in denen keine entsprechenden Spitzenverbände oder sonstige maßgebliche Zusammenschlüsse von Leistungserbringern vorhanden sind. Damit stellt diese Regelung den Marktzugang für alle sicher und ist in ihrer Ausgestaltung EU-Recht konform.





Auf Ebene der maßgeblichen Spitzenverbände bzw. der maßgeblichen sonstigen Zusammenschlüsse von Leistungserbringern ausgehandelte Verträge sollten deshalb prinzipiell als Leitverträge für eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung fungieren.

Hieraus würden sich folgende Vorteile und Effekte ergeben:

- *Höchstmögliche Transparenz für Versicherte über das Leistungsversprechen der Krankenkassen und Leistungserbringer*
- *Stärkung der Patientensouveränität*
- *Sicherung der flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung bei Stärkung regional erfolgreicher Versorgungsstrukturen*
- *Reduzierung der Anzahl von Verträgen und Verringerung des Verwaltungsaufwandes*
- *Einhergehend mit der Reduzierung der Verträge faktische Vereinheitlichung der Vertragsinhalte und Stärkung der Transparenz*
- *Stärkung des Wahlrechts des Versicherten in Bezug auf Leistungserbringer*
- *Möglichst umfassender Marktzugang für alle qualifizierten Leistungserbringer*
- *Ermöglichung von Innovationstransfer in die Verträge zum Wohl der Versicherten*
- *EU-Rechts-Konformität*
- *Gestaltung eines flächendeckenden, robusten Versorgungssystems im Falle von Krisensituationen*

Wir fordern: Verträge gem. § 127 SGB V sind ausschließlich durch die maßgeblichen Spitzenverbände der Leistungserbringer oder maßgeblichen sonstigen Zusammenschlüsse von Leistungserbringern zu verhandeln!

Ein konkreter Vorschlag der Umsetzung befindet sich als **Anlage 1** in diesem Dossier beigelegt.





Digitalisierung effektiv und valide umsetzen

Mit dem DVG wurde ein Meilenstein gesetzt, den wir als Leistungserbringer ausdrücklich begrüßen. Damit die Potentiale der Digitalisierung gehoben werden können, müssen die relevanten Prozesse des Gesundheitssystems valide und effizient abgebildet werden. Nur eine frühzeitige Einbindung und Berücksichtigung von Sonderprozessen ist hier erfolgversprechend. Die aktuellen Herausforderungen im Bereich Hilfsmittelversorgung sind im Folgenden kurz skizziert. Vor diesem Hintergrund begrüßen wir ausdrücklich die ersten Maßnahmen, die im Referentenentwurf zum Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG) seitens der Regierung auf den Weg gebracht wurden:

1. Dokumentation von versorgungsrelevanten Patientendaten in der ePA

In der Digitalisierung des Gesundheitswesens spielen der Zugriff auf und die Nutzung von Versichertendaten eine entscheidende Rolle. Die Anbindung aller Leistungserbringer ist hierbei von entscheidender Bedeutung, allerdings ist dies noch unzureichend umgesetzt. Mehr als 25 Prozent der gesetzlich Versicherten sind auf eine qualitätsgesicherte Versorgung mit Hilfsmitteln angewiesen. Die Dokumentation dieser Versorgungen in der ePA muss gewährleistet sein. Die z. T. sehr komplexen Versorgungen verlangen regelmäßig den interdisziplinären Austausch, daher ist neben dem Leserecht auch das Schreibrecht von elementarer Bedeutung.

Die Aufnahme der Leistungserbringer gem. §126 SGB V in § 352 SGB V und damit der Zugang zu allen für die Versorgung mit Hilfsmitteln relevanten Versicherteninformationen in der ePA muss daher gesetzlich verankert werden.

Wir fordern: Gesetzliche Verankerung des Lese- und Schreibzugriffs zu allen für die Versorgung mit Hilfsmitteln relevanten Versicherteninformationen in der elektronischen Patientenakte!

2. Berücksichtigung vielschichtiger und mobiler Versorgungsstrukturen

Bei der technischen Entwicklung der Telematikinfrastruktur ist darauf zu achten, dass diese die Flexibilität und Leistungsfähigkeit der bestehenden Versorgungsstrukturen und -prozesse der unterschiedlichen Leistungserbringer stärkt. So müssen bspw. für die wohnortnahe Versorgung, die vielfach auch in der häuslichen Umgebung des Patienten erfolgt, entsprechend mobile Lösungen erarbeitet werden.

Wir fordern: Berücksichtigung vielschichtiger und mobiler Versorgungsstrukturen!





3. Investitionskosten nicht auf Leistungserbringer abladen

Die Einführung der Gematik ist mit z. T. erheblichen Kosten verbunden. Die Erstattung der Erstausrüstung ist bereits für die Ärzte geregelt. Die Erstausrüstung mit entsprechender Hard- und Software sollte auch für alle nicht-ärztlichen Leistungserbringer übernommen werden und gesetzlich geregelt sein.

Wir fordern: Finanzierung der Erstausrüstung mit entsprechender Hard- und Software bei Einbindung der Gematik!

4. Insellösungen und Parallelstrukturen unterbinden

Pilotprojekte von Krankenkassen, die Parallelstrukturen zur Gematik aufbauen, sollten gesetzlich unterbunden werden. Hier entstehen bereits heute Insellösungen, die die Prozesse der Gematik nicht effektiv und effizient umsetzen und damit nur Beitragsgelder der Versicherten verschwenden. Entscheidende rechtliche Regelungen und Besonderheiten werden zum Teil bereits heute nicht berücksichtigt: So bleibt sowohl das Makelverbot gemäß § 33 Absatz 6 SGB V, als auch die Verantwortung und Kompetenz des Leistungserbringers gemäß § 7 Absatz 3 der Hilfsmittelrichtlinie im Programmierungsprozess unberücksichtigt. Der Verordnung des sog. 10Stellers erfolgt in der Hilfsmittelversorgung nur im Einzelfall und bedarf einer besonderen Begründung durch den Verordner.

Wir fordern: Parallelstrukturen von Krankenkassen zur Gematik unterbinden! Durchsetzung des Makelverbots § 33 Abs. 6 SGB V und der § 7 Abs. 3 der Hilfsmittelrichtlinie!





Hilfsmittelversorgung und Präqualifizierung: Anpassungsbedarf

Durch das GKV-OrgWG im Jahre 2008 wurde die Umstellung von der Zulassung zur Präqualifizierung gesetzlich vorgegeben. Nach dem Abschluss der Beratungen zwischen dem GKV-SV und den Vertretern der Leistungserbringer Ende 2010 ist die PQ-Urkunde seit 2011 verpflichtender Nachweis für die Voraussetzungen nach § 126 Abs. 1a SGB V. Das HHVG 2017 bringt abermals Änderungen für das Präqualifizierungsverfahren. Mit dem HHVG wurde die „Aufsicht“ über die Präqualifizierungsstellen (PQ-Stellen) weg vom GKV-Spitzenverband (GKV-SV) hin zur Deutschen Akkreditierungsstelle (DAkKS) verlagert. Demnach müssen PQ-Stellen seit dem 01. Mai 2019 gem. der DIN EN ISO/IEC 17065 agieren und DAkKS-akkreditiert sein. Zur Überführung der Norm 17065 in den Hilfsmittelbereich veröffentlichte die DAkKS in Eigenregie die Regel 71SD6060.

DAkKS überschreitet Kompetenzen und schafft unnötige Bürokratie

Die Regel 71SD6060 hat nicht nur Einfluss auf die PQ-Stellen, sondern auch auf die Leistungserbringer. Das HHVG stellt prinzipiell nur auf die Überwachung der PQ-Stellen ab und sollte die Neutralität der PQ-Stellen sicherstellen. Deutlich wird dies insbesondere an der Vorgabe, dass nicht nur bei der Erst- bzw. Folgepräqualifizierung der Leistungserbringer Betriebsbegehungen notwendig sind, sondern diese auch als Überwachungsmaßnahme alle 20 Monate von den PQ-Stellen wiederholt werden müssen. Diese Art der Überwachung überschreitet das Maß des Notwendigen. Andere, weniger kosten- wie verwaltungsintensive aber ebenfalls geeignete Maßnahmen wären hier vorzuziehen. Insbesondere aber lässt sich diese Form der Überwachung weder aus der Norm 17065 noch den entsprechenden Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes ableiten. Weitere, eigenmächtige Vorgaben der DAkKS sind denkbar. Dabei hat der Gesetzgeber aus gutem Grund (auch im Zusammenhang mit dem HHVG) die gesetzliche Tatsache in § 126 Absatz 1 Satz 3 nicht geändert, dass der GKV-SV Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Präqualifizierungsvorgaben abgibt. Daher kann und darf die DAkKS von dieser gesetzlichen Regelung nicht abweichen und die Anwendungsregeln einseitig abändern.

Denkbar wäre somit eine (gesetzliche) Klarstellung, dass es Aufgabe der DAkKS ist, die PQ-Stellen zu überwachen. Aufgabe der PQ-Stellen wäre demnach die Leistungserbringer ausschließlich gem. § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V zu präqualifizieren und dabei nicht eine etwaige Regel der DAkKS zu befolgen, die anderslautete Vorgaben macht, als es die gemeinsamen Empfehlungen des GKV-SV mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene vertraglich vorgeben.

Sollte es notwendig sein, müsste für die hier vorgeschlagene Lösung eine andere Norm als die in Bezug gesetzte DIN EN ISO/IEC 17065 gefunden werden.

Wir fordern: Beschränkung der Arbeit der PQ-Stellen auf die gesetzlichen Vorgaben des GKV-Spitzenverbandes!



Anlage 1

Schwerpunkt: Transparente Versorgungsstandards durch Leitverträge setzen.

Konkreter Gesetzesvorschlag: Markierungen: **Rot bzw. Streichungen: Vorschläge**

Wortlaut aktuelle Fassung	Änderungsvorschläge
<p>(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. Dabei haben Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften jedem Leistungserbringer oder Verband oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer Vertragsverhandlungen zu ermöglichen. In 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. Den Verträgen sind mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und Produkte zugrunde zu legen. 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 bekannt zu machen. 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. Über die Inhalte abgeschlossener Verträge einschließlich der Vertragspartner sind andere Leistungserbringer auf Nachfrage unverzüglich zu informieren. 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 Vertragsparteien zur Vertragsanpassung oder Kündigung berechtigt.</p>	<p>(1) Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften schließen im Wege von Vertragsverhandlungen Verträge mit maßgeblichen Spitzenverbänden oder sonstigen maßgeblichen Zusammenschlüssen von Leistungserbringern über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln, deren Wiedereinsatz, die Qualität der Hilfsmittel und zusätzlich zu erbringenden Leistungen, die Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer, die Preise und die Abrechnung. Dabei haben Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften jedem maßgeblichen Spitzenverband oder maßgeblichen sonstigen Zusammenschluss von Leistungserbringern Vertragsverhandlungen zu ermöglichen. In 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. Den Verträgen sind mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und Produkte zugrunde zu legen. 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 bekannt zu machen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt bis zum 30. September 2020 <i>ein einheitliches Verfahren zur unionsweiten Bekanntmachung der Absicht, über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln Verträge zu schließen, fest</i>. Über die Inhalte abgeschlossener Verträge einschließlich der Vertragspartner sind andere Verbände der Leistungserbringer, Zusammenschlüsse von Leistungserbringern und einzelne Leistungserbringer auf Nachfrage unverzüglich zu informieren. 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 Vertragsparteien zur Vertragsanpassung oder Kündigung berechtigt.</p>

Anlage 1

Schwerpunkt: Transparente Versorgungsstandards durch Leitverträge setzen.

Konkreter Gesetzesvorschlag: Markierungen: **Rot bzw. Streichungen: Vorschläge**

Wortlaut aktuelle Fassung	Änderungsvorschläge
<p>(1a) 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. Eine Nichteinigung nach Satz 1 liegt vor, wenn mindestens einer der Vertragspartner intensive Bemühungen zur Erreichung eines Vertrages auf dem Verhandlungswege nachweisen kann. 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. Die Schiedsperson gilt als bestimmt, sobald sie sich gegenüber den Vertragspartnern zu ihrer Bestellung bereiterklärt hat. Legt die Schiedsperson Preise fest, hat sie diese so festzusetzen, dass eine in der Qualität gesicherte, ausreichende, zweckmäßige sowie wirtschaftliche Versorgung gewährleistet ist. Zur Ermittlung hat die Schiedsperson insbesondere die Kalkulationsgrundlagen der jeweiligen Verhandlungspartner und die marktüblichen Preise zu berücksichtigen. Die Verhandlungspartner sind verpflichtet, der Schiedsperson auf Verlangen alle für die zu treffende Festlegung erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung der Schiedsperson durch die Aufsichtsbehörde haben keine aufschiebende Wirkung. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts sind gegen den Vertragspartner zu richten. 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>keine</p>

Anlage 1

Schwerpunkt: Transparente Versorgungsstandards durch Leitverträge setzen.

Konkreter Gesetzesvorschlag: Markierungen: **Rot bzw. Streichungen: Vorschläge**

Wortlaut aktuelle Fassung	Änderungsvorschläge
	<p>(2) Neben bereits bestehenden Verträgen nach Absatz 1 Satz 1 können Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften auch Verträge im Sinne des Abs. 1 Satz 1 im Wege von Vertragsverhandlungen mit einzelnen Leistungserbringern schließen, sofern auf die Bekanntmachung einer Vertragsabsicht nach Abs. 1 kein maßgeblicher Spitzenverband oder sonstiger maßgeblicher Zusammenschluss von Leistungserbringern eine Bereitschaft zu Verhandlungen erklärt hat. Verträgen nach Satz 1 mit einzelnen Leistungserbringern können andere Leistungserbringer beitreten. Im Rahmen des Vertragsbeitritts sind Vertragsverhandlungen zu ermöglichen.</p>
<p>(2) 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.</p> <p>Hierbei sind entsprechend Absatz 1 Satz 1 Vertragsverhandlungen zu ermöglichen. Verträgen, die mit Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer abgeschlossen wurden, können auch Verbände und sonstige Zusammenschlüsse der Leistungserbringer beitreten. 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>(3) Den Verträgen nach Absatz 1 Satz 1, können die mit Spitzenverbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen von Leistungserbringern abgeschlossen wurden, können einzelne Leistungserbringer oder Verbände oder Zusammenschlüsse von Leistungserbringern zu den gleichen Bedingungen als Vertragspartner beitreten, soweit sie nicht auf Grund bestehender Verträge bereits zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Satz 1 gilt entsprechend für fortgeltende Verträge, die vor dem 1. April 2007 abgeschlossen wurden. § 126 Abs. 1a und 2 bleibt unberührt.</p>
<p>(3) 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 3 und 4 gilt entsprechend. Sie kann vorher auch bei anderen Leistungserbringern in pseudonymisierter Form Preisangebote einholen. In den Fällen des § 33 Abs. 1 Satz 5 und Abs. 6 Satz 3 gilt Satz 1 entsprechend.</p>	<p>(4) Soweit für ein erforderliches Hilfsmittel keine Verträge der Krankenkasse nach Absatz 1 Satz 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 3 und 4 gilt entsprechend. Sie kann vorher auch bei anderen Leistungserbringern in pseudonymisierter Form Preisangebote einholen. In den Fällen des § 33 Abs. 1 Satz 5 und Abs. 6 Satz 3 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</p>	<p>(5) Für Hilfsmittel, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, können in den Verträgen nach den Absätzen 1 und 2 Preise höchstens bis zur Höhe des Festbetrags vereinbart</p>

Anlage 1

Schwerpunkt: Transparente Versorgungsstandards durch Leitverträge setzen.

Konkreter Gesetzesvorschlag: Markierungen: **Rot bzw. Streichungen: Vorschläge**

Wortlaut aktuelle Fassung	Änderungsvorschläge
<p>(5) 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. Die Leistungserbringer haben die Beratung nach Satz 1 schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren und sich durch Unterschrift der Versicherten bestätigen zu lassen. Das Nähere ist in den Verträgen nach § 127 zu regeln. Im Falle des § 33 Absatz 1 Satz 6 sind die Versicherten vor der Wahl der Hilfsmittel oder zusätzlicher Leistungen auch über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten zu informieren. Satz 2 gilt entsprechend.</p>	<p>(6) 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. Die Leistungserbringer haben die Beratung nach Satz 1 schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren und sich durch Unterschrift der Versicherten bestätigen zu lassen. Das Nähere ist in den Verträgen nach § 127 zu regeln. Im Falle des § 33 Absatz 1 Satz 6 sind die Versicherten vor der Wahl der Hilfsmittel oder zusätzlicher Leistungen auch über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten zu informieren. Satz 2 gilt entsprechend.</p>
<p>(6) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner und über die wesentlichen Inhalte der Verträge zu informieren. 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. Sie können auch den Vertragsärzten entsprechende Informationen zur Verfügung stellen. Die Krankenkassen haben die wesentlichen Inhalte der Verträge nach Satz 1 für Versicherte anderer Krankenkassen im Internet zu veröffentlichen.</p>	<p>(7) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner und über die wesentlichen Inhalte der Verträge zu informieren. 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. Sie können auch den Vertragsärzten entsprechende Informationen zur Verfügung stellen. Die Krankenkassen haben die wesentlichen Inhalte der Verträge nach Satz 1 für Versicherte anderer Krankenkassen im Internet zu</p>
<p>(7) Die Krankenkassen überwachen die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer nach diesem Gesetz. Zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung führen sie Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durch. 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. 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. Die Leistungserbringer sind insoweit zur Datenübermittlung verpflichtet. Die Krankenkassen stellen vertraglich sicher, dass Verstöße der Leistungserbringer gegen ihre vertraglichen und gesetzlichen Pflichten nach diesem Gesetz angemessen geahndet werden. Schwerwiegende Verstöße sind der Stelle, die das Zertifikat nach § 126</p>	<p>(8) Die Krankenkassen überwachen die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer nach diesem Gesetz. Zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung führen sie Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durch. 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. 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. Die Leistungserbringer sind insoweit zur Datenübermittlung verpflichtet. Die Krankenkassen stellen vertraglich sicher, dass Verstöße der Leistungserbringer gegen ihre vertraglichen und gesetzlichen Pflichten nach diesem Gesetz angemessen geahndet werden. Schwerwiegende Verstöße sind der Stelle, die das Zertifikat nach § 126 Absatz 1a Satz 2 erteilt hat, mitzuteilen.</p>

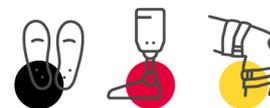
Anlage 1

Schwerpunkt: Transparente Versorgungsstandards durch Leitverträge setzen.

Konkreter Gesetzesvorschlag: Markierungen: **Rot bzw. Streichungen: Vorschläge**

Wortlaut aktuelle Fassung	Änderungsvorschläge
<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 weiteren Überwachungsinstrumenten und darüber getroffen werden, wann Auffälligkeiten anzunehmen sind.</p>	<p>(9) 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>(9) 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. 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. Einigen sich die Empfehlungspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. 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. In den Empfehlungen können auch Regelungen über die in § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 genannten Inhalte getroffen werden. § 139 Absatz 2 bleibt unberührt. Die Empfehlungen nach Satz 1 sind den Verträgen nach den Absätzen 1 und 3 zugrunde zu legen.</p>	<p>(10) 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. 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. Einigen sich die Empfehlungspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. 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. In den Empfehlungen können auch Regelungen über die in § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 genannten Inhalte getroffen werden. § 139 Absatz 2 bleibt unberührt. Die Empfehlungen nach Satz 1 sind den Verträgen nach den Absätzen 1 und 3 zugrunde zu legen.</p>

Wir versorgen Deutschland.



**Haben Sie Fragen oder benötigen weiteres Hintergrundmaterial?
Wenden Sie sich gern an unsere Ansprechpartner aus der Kommunikation!**

Kirsten Abel

Sprecherin des Präsidiums
Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik

Reinoldistr. 7 – 9 | 44135 Dortmund

Mobil: +49 (0)171 5608125
E-Mail: kirsten.abel@biv-ot.org

Patrick Grunau

Bereichsleiter Politik,
Kommunikation & Marketing
rehaVital Gesundheitsservice GmbH

Überseering 10a | 22297 Hamburg

Fon: +49 (0) 40 227287 29
E-Mail: pgrunau@rehavital.de