Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
BAG SELBSTHILFE
Kirchfeldstr. 149
40215 Düsseldorf
Tel. 0211/31006-0
Fax. 0211/31006-48

Stellungnahme der

Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Hilfsmittelversorgung und Maßnahmen zum Bürokratierückbau (Hilfsmittelmodernisierungs und Bürokratierückbaugesetz – HiB)

- Anhörung im Bundesministerium für Gesundheit am 17. November 2026 -

Als Dachverband von 121 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und deren Angehörigen sowie von 13 Landesarbeitsgemeinschaften begrüßt die BAG SELBSTHILFE viele der im Referentenentwurf genannten

Vorhaben, sieht aber an verschiedenen Stellen noch Änderungs- und Ergänzungsbedarf.

Die Verpflichtung**, mindestens 20 Prozent der im Strukturfonds** zur Verfügung stehenden Mittel für die Versorgung von Menschen mit Behinderung und insbesondere die **Stärkung der Barrierefreiheit im ambulanten Bereich** einzusetzen, wird seitens der BAG SELBSTHILFE ausdrücklich begrüßt. Seit Jahren war es eine ihrer Forderungen, die Barrierefreiheit der Arztpraxen durch Hilfen aus dem Strukturfonds voranzutreiben. Die bisherige Möglichkeit der Verwendung ist leider in der Praxis kaum umgesetzt worden, vor diesem Hintergrund wird die Neuregelung ausdrücklich begrüßt. Die vorgesehene Mittelbindung kann allerdings nur ein erster Schritt sein. Sie darf insbesondere nicht dazu führen, dass Barrierefreiheit als freiwillige Verbesserungsmaßnahme verstanden wird, die nur im Rahmen verfügbarer Fördermittel umgesetzt werden muss. Sie darf auch nicht den Eindruck erwecken, dass die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Behinderungen auf einzelne Fördermaßnahmen oder einen begrenzten Mitteleinsatz beschränkt werden könnte. Vielmehr müssen sämtliche Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung für Menschen mit Behinderungen grundsätzlich barrierefrei und diskriminierungsfrei zugänglich sein. Die BAG SELBSTHILFE würde insoweit auch einen höheren Anteil zum Ausbau der Barrierefreiheit begrüßen, zumal die Umsetzung der UN-BRK nach wie vor auf sich warten lässt.

An der **Vergabe der Mittel des Strukturfonds** sollte jedoch **Patientenbeteiligung** vorgesehen werden- ebenso wie an der **Ausgestaltung des Rahmenvertrages**. Die vorgesehene Patientenbeteiligung im Bereich der Qualitätsprüfungen wird hingegen sehr begrüßt.

Dass die Bundesregierung die Umsetzungsprobleme im Bereich der Versorgung mit Hilfsmitteln nach **§ 33 Abs. 5c SGB V** durch entsprechende Änderungen anerkennt, begrüßt die BAG SELBSTHILFE; sie hätte allerdings dringende Änderungsbedarfe, da sie Sorge hat, dass die vorgesehene Regelung nicht ausreichend ist. Auch hier sollte ggf. Patientenbeteiligung vorgesehen werden.

Die wohl aufgrund des Gutachtens des Bundesrechnungshofes vorgesehene Einführung eines **verpflichtenden Genehmigungsvorbehaltes bei jeder Versorgung mit Hörhilfen** lehnt sie hingegen klar ab, da sie für die Betroffenen eine erhebliche Verzögerung ihrer Versorgung bedeuten kann.

Sehr **begrüßt werden hingegen die Neuregelungen zu den Disease Management Programmen**. Hier hatten sich Patientenvertreter*innen teilweise jahrelang im GBA für eine Verbesserung der Versorgung der betroffenen Patientengruppe eingesetzt, um dann festzustellen, dass keine oder kaum Verträge in der Praxis geschlossen wurden und die Regelungen so nicht in der Praxis ankamen.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

1. Anspruch auf Hilfsmittel (§ 33, 33b SGB V RefE)

a. Beratungsanspruch (§ 33 Abs. 1 S. 5 SGB V RefE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt, dass die Beratung zur Auswahl geeigneter Hilfsmittel und Dienstleistungen erstmals Bestandteil des gesetzlichen Leistungsanspruchs wird, auch wenn die Beratungspflicht bereits jetzt im Hilfsmittelverzeichnis als Pflicht der Leistungserbringer festgelegt ist. Für Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen hat die Beratung eine besondere Bedeutung. Welches Hilfsmittel im Alltag tatsächlich hilft, hängt unter anderem von der Erkrankung, dessen Stadium und der persönlichen Lebenssituation ab. Eine fachkundige Beratung ist die Grundlage dafür, dass Versicherte informierte Entscheidungen treffen können; beispielsweise darüber, ob sie eine mehrkostenfreie Versorgung wählen oder Mehrkosten selbst tragen. Damit dieser Anspruch jedoch wirksam wird, muss er an verbindliche Qualitätsanforderungen gebunden bleiben.

Allerdings ist die Frage, ob die Regelung der Beratung in den Verträgen nach § 127 Abs. 4 S. 4 sinnvoll ist, da dann immer auch das Risiko besteht, dass aus Gründen der Kostenersparnis nur geringe Anforderungen an die Beratung gesetzt werden. Zusätzlich sollte aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE ein Regelungsauftrag an den GBA gegeben werden, über die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen, dass die Betroffenen dann auch wirklich von ihrem Beratungsanspruch erfahren.

Perspektivisch setzt sich die BAG SELBSTHILFE dafür ein, die unabhängige Beratung stärker zu unterstützen und dem Betroffenen diesbezüglich einen Leistungsanspruch zuzuerkennen. Denn leider ist die Beratung durch den Leistungserbringer nicht immer unabhängig von dessen Produktportfolio, auch wenn andere Produkte oder Versorgungen für den Betroffenen sinnvoller wären.

b. Wiederaufnahme der Formulierung „und der Versorgung“ (§ 33 Abs. 1 S. 2 SGB V RefE)

Die BAG SELBSTHILFE bittet um Wiederaufnahme der Formulierung „der Versorgung und“ in § 33 Abs. 1 S. 2 SGB V, der bei der Neufassung der Passage „Anforderungen

an die Qualität der der Versorgung und der Produkte“ herausgefallen ist und in der derzeitigen Fassung des Gesetzes enthalten ist.

c. Hilfsmittel zur Laienanwendung (§ 33 Abs. 1 S. 1 SGB V RefE)

Die im RefE in § 33 SGB V vorgesehene Formulierung „Hilfsmittel, die für die Laienanwendung vorgesehen sind (…)“ führt aus unserer Sicht – auch unter Berücksichtigung der Vorschrift des § 33b SGB V – zu Rechtsunsicherheiten.

Aus unserer Sicht besteht die Gefahr von Anspruchseinschränkungen für Versicherte. Aus diesseitiger Sicht ist nicht hinreichend geklärt, ob insbesondere komplexe Hilfsmittel, die von Patienten selbst und auch von medizinischen Fachpersonal verwendet werden können oder bei denen einer Unterstützung von Dritten u.U. benötigt wird, in der Praxis die Anspruchsfähigkeit von vornherein versagt werden kann. Zwar sieht § 33 b SGB V in der Neufassung einen Anspruch für bestimmte Medizinprodukte vor. In der Zusammenschau beider Vorschriften sehen wir jedoch das Risiko einer Versorgungslücke und halten daher eine gesetzliche Klarstellung in beiden Normen für erforderlich.

d. Energiekosten (§ 33 SGB Abs. 4 SGB V RefE)

Positiv bewertet die BAG SELBSTHILFE die ausdrückliche Klarstellung, wonach die Übernahme von Energiekosten von § 33 SGB V umfasst ist. Kritisch sehen wir hier allerdings, dass dabei auch Energiepauschalen festgelegt werden können. Pauschalen führen zu einer Vereinheitlichung und beinhalten damit einerseits das Risiko, dass nicht alle Verbrauchskosten ausreichend berücksichtigt werden und andererseits, dass keine hinreichenden Dynamisierungen der Pauschale erfolgt. Hierbei ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass die Hilfsmittel von Patienten unterschiedlich häufig genutzt werden (müssen) und damit auch unterschiedliche Energieverbrauche vorliegen, sowohl aufgrund der Nutzungshäufigkeit als auch aufgrund der Art des Hilfsmittels. Wir halten Pauschalen an dieser Stelle - ohne die Möglichkeit der Berücksichtigung von individuellen Kosten - daher nicht für geeignet. Es müsste sichergestellt sein, dass allen Patienten, deren Energiekosten die Pauschale übersteigt, ein Anspruch auf Ausgleich ihrer vollständigen individuellen Energiekosten

zusteht. Soweit an den Pauschalen festgehalten wird, sollten diese nur für Geräte mit niedrigen Energiekosten vorgesehen werden können.

e. Nachschärfung des § 33 Abs. 5c SGB V (§ 33 Abs. 5c SGB V RefE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt es im Grundsatz sehr, dass die Bundesregierung das Versorgungsproblem aufgegriffen hat, dass sich bei vielen Krankenkassen keinerlei Änderungen in der Bewilligungspraxis im Zusammenhang mit der Versorgung in SPZ und MZEB nach Einführung des § 33 Abs. 5c ergeben haben.

Allerdings hat sie erhebliche Probleme mit der vorgesehenen Ausgestaltung:

Mit der Einführung von § 33 Abs. 5c SGB V durch das GVSG sollte eine verbesserte und vor allem schnellere Hilfsmittelversorgung für Kinder und Erwachsene mit schweren Behinderungen erreicht werden. Beabsichtigt wurde, dass die aufwändigen und langwierigen Prüfungen durch die Krankenkassen bzw. den Medizinischen Dienst (MD) abgekürzt werden, indem von der Erforderlichkeit des Hilfsmittels ausgegangen wird, wenn es durch ein SPZ oder ein MZEB empfohlen wird.
In der Praxis, z. B. auch in Widerspruchsverfahren, zeigt sich jedoch, dass die Mehrheit der Krankenkassen diese Änderung nicht umsetzt und weiterhin aufwändig prüft, auch wenn keine offenkundigen Zweifel an der Erforderlichkeit des beantragten Hilfsmittels bestehen. Der beabsichtigte Effekt ist somit nicht eingetreten.

Zahlreiche Beschwerden zeigen das Erfordernis, die Regelung so anzupassen, dass die beabsichtigte Regelungswirkung auch eintritt. Die jetzt vorgeschlagene Regelung verfehlt die ursprüngliche Absicht des Gesetzgebers, eine verbesserte und vor allem schnellere Hilfsmittelversorgung für Kinder und Erwachsene mit besonders schweren Behinderungen zu gewährleisten. Stattdessen wird ein bürokratisch aufwändiger und kostenträchtiger Nebenpfad geschaffen, der die Ursache der nicht beseitigt. Statt den gesetzlichen Auftrag zu präzisieren wird mit den Regelungen zur Empfehlung ein neues, zur Verordnungssystematik paralleles Element eingeführt, das eine normalerweise regelhaft erforderliche Verordnung ersetzen können soll.

Die folgenden Aussagen aus der Begründung sind nicht zutreffend: „Hinsichtlich der Umsetzung dieser Regelung bestehen bei Leistungserbringern, Verordnenden, Krankenkassen und Versicherten Unsicherheiten und Unstimmigkeiten, die mit der vorliegenden Ergänzung beseitigt werden sollen. So wird klargestellt, dass es einer gesonderten ärztlichen Verordnung bei Vorliegen einer entsprechenden Empfehlung aus dem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) oder Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) nicht bedarf.“ Dies ist keine Klarstellung, denn bislang war eindeutig immer eine Verordnung notwendig (im Gesetz sind keine anderen Regelungen getroffen worden) – eine gegenteilige Behauptung entbehrt jeder Grundlage und erscheint als Schutzbehauptung, um das Gesetz nicht anwenden zu müssen- sondern stellt eine völlig neue Regelung dar: Eine Verordnung, die lt. Hilfsmittelrichtlinie und nach § 73 Abs. 2 Nr.7 i.V.m. § 33 SGB V erforderlich ist (Ausnahmen s. § 33 a SGB V) soll entfallen und durch eine Empfehlung ersetzt werden. Das hat erhebliche Konsequenzen, da für die Verordnung eine Reihe von Vorschriften gelten, die für eine Empfehlung nicht gelten, insbesondere die Hilfsmittel-Richtlinie des GBA.

Diese Regelung ist abzulehnen, da sie nicht an den Ursachen der Probleme ansetzt. Diese liegen weniger an unzureichenden Verordnungen sondern darin, dass die Krankenkassen völlig unabhängig von der Qualität der Verordnung bzw. der Empfehlung eine umfassende Prüfung, z.B. durch den MD, eine lange Bearbeitungszeit in Kauf nehmend, vornehmen. So werden hochqualifizierte Empfehlungen, die inhaltlich zudem den Vorgaben der Hilfsmittelrichtlinie des GBA entsprechen, in vielen Fällen von den Krankenkassen nicht beachtet, ohne dass Anhaltspunkte für eine Fehlversorgung vorliegen.
Deshalb kommt es darauf an, die Überprüfungen auf die Fälle zu beschränken, bei denen solche Anhaltspunkte vorliegen. Darauf zielt der Alternativentwurf der BAG SELBSTHILFE: Die Krankenkassen müssen die Gründe benennen, die zu einer Überprüfung der Notwendigkeit führen können.

Die Behauptung von Unklarheiten, s. Gesetzesbegründung, hält einer Prüfung nicht stand. Denn in der vorhandenen Regelung wird die Notwendigkeit einer Verordnung überhaupt nicht berührt, soweit nicht § 33 Abs. 5a gilt, d.h. die Verordnung bleibt notwendig. Damit gilt die Hilfsmittelrichtlinie des GBA, die nach § 92 Näheres zur

Verordnung von Hilfsmitteln zu regeln hat und auch zahlreiche inhaltliche, nicht nur formale Vorgaben macht, z.B. im Hinblick auf die Berücksichtigung der Teilhabe. Dazu war die Hilfsmittelrichtlinie jüngst umfassend überarbeitet worden. Es ist unverständlich, warum ein völlig neues Konstrukt außerhalb der Versorgungs- und Regelungssystematik, die unter Einbeziehung des GBA und damit der Selbstverwaltung dem Grunde nach korrekt, wenngleich durchaus verbesserungsfähig funktioniert, geschaffen wird, das weder formal (Formularwesen) noch inhaltlich an die vorhandene Richtlinie andockt. Stattdessen soll der formale Akt der Verordnung ausgesetzt werden zugunsten eines frei allein von der GKV zu bestimmenden Dokumentes. Eine solche Regelung ist nicht nur systematisch kritisch zu bewerten sondern auch praktisch: Sie ist nicht erforderlich. Denn die Verordnung durch ein SPZ oder MZEB macht eine eigene Empfehlung überflüssig. Denn die erforderlichen Angaben werden auf der Verordnung, ggf. als Anlage richtlinienkonform gemacht. Insofern ist die Aufhebung der Verordnung zugunsten eines neuen Konstruktes Empfehlung nicht nachvollziehbar und kontraproduktiv.

In der Begründung heißt es: „Dadurch wird der Umgang mit den Empfehlungen vereinheitlicht, deren maschinelle Verwertbarkeit sichergestellt und der notwendige Inhalt für eine effiziente Bearbeitung durch die Krankenkassen verbindlich definiert.“ Es ist erschreckend, wenn hier hochkomplexe therapeutische Problemlagen und Versorgungsaufgaben so geregelt werden sollen, dass v.a. die maschinelle Verwertbarkeit und die effiziente Bearbeitung der notwendigen Inhalte durch die Krankenkassen berücksichtigt werden sollen: Das wird den zentralen fachlichen Problemen der Hilfsmittelversorgung nicht gerecht.

Der GKV wäre es jetzt schon möglich gewesen, Vorschläge für die Gestaltung der Verordnungen oder von Anlagen dazu im Rahmen der Hilfsmittelrichtlinie und insofern auch der Empfehlungen zu machen. Sie hat eine solche Anregung der Patientenvertretung bei den Beratungen der AG Heilmittel des GBA ausdrücklich abgelehnt. Auch wenn man auf eine formale Festlegung in einer Richtlinie verzichten will, u.a. um bei der Mehrzahl der HM-Versorgungen datensparsam vorzugehen, hat die Möglichkeit für die GKV bestanden, Empfehlungen für die Begründung von speziellen Hilfsmittelverordnungen zu geben, um den Verordnenden SPZ und MZEB ihre Erwartungen transparent zu machen. Diese wurde nicht genutzt. Auch andere Do-

kumente müssen maschinell verarbeitbar sein. Genau hier setzt ja auch die elektronische Hilfsmittelverordnung an. Es ist unverständlich, dass dies nun gesetzlich in einem eigenen Pfad außerhalb des Prozesses zur E-Verordnung vorgesehen werden soll.

Dies ist auch systematisch äußerst problematisch: Denn das SPZ oder MZEB kann nach wie vor eine Verordnung ausstellen: in welchen Fällen soll davon durch eine Empfehlung abgewichen werden, und somit auf die Hilfsmittelrichtlinie und die elektronisch etablierten oder zu etablierenden Telematikstrukturen verzichtet werden? Kann es sinnvoll sein, ein neues Formular bzw. einen neuen Versorgungsweg für ein so kleines Versorgungselement extra in die Telematikstruktur zu integrieren? (Vgl. dazu die Gesetzesbegründung, die das vorsieht). Das ist mit Bürokratieabbau und Sparsamkeit nicht vereinbar.

Nicht hinnehmbar ist außerdem, dass eine so relevante, die Behandlungskonzepte betreffende Regelung nicht gemeinsam durch die Selbstverwaltung unter Beteiligung der Verordnenden (und Verantwortlichen für das der Hilfsmittelversorgung zugrundeliegende Behandlungskonzept) und der Patientenvertretung allein durch die Krankenkassen erfolgen soll. Hier ist § 92 SGB V zu den Richtlinien des GBA maßgeblich.

Es ist zu befürchten, dass die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes äußerst umfangreiche Angaben vorsehen, die als Barriere für die Erstellung der Empfehlung wirken. Das ist deshalb nicht unwahrscheinlich, weil schon jetzt teilweise unangemessen umfangreiche Datenmengen angefordert werden, z.B. Videos, Erprobungsberichte, Vorbefunde, Pflegegutachten usw. Dadurch müssen zahlreiche und umfangreiche, z.T. äußerst private Daten der Krankenkassen aufbereitet, dokumentiert und übermittelt werden, die damit der Krankenkasse unmittelbar zugänglich sind und dort gespeichert werden, auch wenn diese nicht zwingend für das einzelne Hilfsmittel erforderlich sind. So wird z.B. für ein Kind mit spinaler Muskelatrophie, das nie stehen konnte und dies auf Grund der Diagnose auch nie kann, ein Videobeweis für die fehlende Stehfähigkeit verlangt, z.T. mehrfach.

Liegen gesetzlich legitimierte Vorgaben zur Empfehlung seitens der GKV vor, können auch schon geringe Lücken in einer Empfehlung zu einer Ablehnung führen, bei der ein Widerspruch dann allein aus formalem Grund erfolglos bleiben muss. Als Alternative bleibt dann das Ausstellen einer Verordnung, die obwohl durch SPZ oder MZEB ausgestellt, nicht als Empfehlung gelten darf: Damit wird das Ziel einer Versorgungsverbesserung und -beschleunigung sicher nicht erreicht.

Letztendlich wird unterstellt, dass eine nach den Vorgaben der GKV erstellte Empfehlung zu einer raschen Genehmigung führen würde. Diese Annahme erscheint auf Grund der Erfahrungen unrealistisch: Zum einen werden auch jetzt schon optimale Verordnungen und deren Begründungen, die als Empfehlung gelten können, nicht gewertet sondern routinemäßig eine umfangreiche Prüfung, u.a. mit dem MD, eingeleitet. Es ist nicht sichergestellt, ob und wann eine richtlinienkonforme Empfehlung als solche von der Krankenkassensachbearbeitung anerkannt wird, z.B. auch wenn sich die Auffassung von der Notwendigkeit von Angaben zwischen Verordner und KK unterscheiden.

Das bisherige Argument, Verordnungen von SPZ und MZEB seien als solche durch die EDV nicht erkennbar, gilt auch für die neue codifizierte Empfehlung. Es ist nicht einsehbar, dass es zur Zuordnung der Verordner zu SPZ oder MZEB eines neuen Instrumentes bzw. Vorganges, hier der Empfehlung bedarf, die die Verordnung überflüssig macht. Dann ist eine vereinbarte Kennung auf einem der vorhandenen Formulare einfacher.

Im Grunde ist ein Paradigmenwechsel bei der Hilfsmittelversorgung erforderlich. Zur Sicherung ihrer Teilhabe sowie einer möglichst selbständigen Lebensführung und damit einhergehender Lebensqualität sowie zur Vermeidung von Begleit- und Folgeerkrankungen ist eine zeitnahe Versorgung der Betroffenen mit medizinisch notwendigen Hilfsmitteln von großer Wichtigkeit. Insbesondere bei sich noch im Wachstum befindlichen Kindern, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen kann eine entwicklungsgerechte, rechtzeitige hilfsmittelgestützte Förderung der kognitiven und motorischen Entwicklung sowie eine frühzeitige und kontinuierliche Mobilisation den Grad der Schwere der Behinderung und der damit einhergehenden Beeinträchtigungen im täglichen Leben positiv beeinflussen. Wenn dies stimmt, muss der

Prozess nicht durch den Gegensatz Antragsteller – Genehmiger bzw. Versicherter-Krankenkasse geprägt sein, sondern durch ein Verständnis der Hilfsmittelversorgung als gemeinsame Aufgabe. Krankenkassen haben sich als Ermöglicher bedarfsgerechter Versorgung zu verstehen und nicht in erster Linie als Gewährleister rechtssicherer Entscheidungen.

Die BAG SELBSTHILFE schlägt folgende Regelung vor:

> *„Sollte die Krankenkasse davon ausgehen, dass offenkundig die Erforderlichkeit im Einzelfall nicht gegeben ist, teilt sie dies den Versicherten unter Darlegung der Gründe schriftlich oder elektronisch binnen zwei Wochen nach Antragseingang mit; für die elektronische Mitteilung gilt § 37 Absatz 2b des Zehnten Buches entsprechend. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, hat die Krankenkasse von der Erforderlichkeit des beantragten Hilfsmittels auszugehen.“*

Soweit an der vorgesehenen Regelung mit Richtlinien zu Nichterforderlichkeit festgehalten werden sollte, würde die BAG SELBSTHILFE folgende Regelung zur Ausgestaltung der Richtlinie vorschlagen:

> *Der Gemeinsame Bundesausschuss legt bis zum [6 Monate nach Inkrafttreten] in Richtlinien das Nähere zum Verfahren, Form und Inhalt der Empfehlung nach Satz 1 fest.*

f. Verbot des Genehmigungsverzichts (§ 33 Abs. 5a S. 3 SGB V RefE)

Die BAG SELBSTHILFE lehnt die im Referentenentwurf des Hilfsmittelmodernisierungs- und Bürokratierückbaugesetzes (HiB) vorgesehene Einführung eines verpflichtenden Genehmigungsvorbehalts bei jeder Versorgung mit Hörhilfen ab. Eine gute bedarfsgerechte Hörversorgung ist eine wesentliche Voraussetzung für uneingeschränkte Kommunikation, gesellschaftliche Teilhabe (§ 1 SGB IX, Art. 3 Buchst. a und c UN-BRK). Deshalb sind Menschen mit einer Hörminderung auf eine zeitnahe, qualitativ hochwertige und individuell geeignete Hörsystemversorgung angewiesen. Jede unnötige Verzögerung dabei bedeutet länger bestehende Einschränkungen in der Lebensqualität (Art. 21 UN-BRK).

Die BAG SELBSTHILFE erkennt das Anliegen des Referentenentwurfs an, Versicherte vor unangemessenen Mehrkosten zu schützen und sie rechtzeitig über den Versorgungsprozess zu informieren (Art. 21 UNBRK). Gleichwohl haben sich in der Vergangenheit die Patientenvertreter zur Erreichung dieses Ziels eher für eine stärkere Kontrolle bzw. nochmaliges „Draufschauen“ des HNO-Arztes eingesetzt; ob eine vorherige Genehmigung dieses Ziel erreichen kann, ist zweifelhaft: Insbesondere wäre darzulegen, welcher zusätzliche Schutz gegenüber den bereits vorgesehenen Informations-, Dokumentations- und Kontrollpflichten erzielt werden soll und ob nicht abgemilderte Maßnahmen ausreichen würden. Mit der geplanten Änderung des § 33 SGB V soll künftig jede beantragte Hörhilfsmittelversorgung einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse unterzogen werden, wodurch die bisher bestehende Möglichkeit der Krankenkassen in geeigneten Fällen auf eine Genehmigung zu verzichten, entzogen werden soll (§ 127 Abs. 1 Satz 4 Nr. 4 SGB V-E).
Der Gesetzentwurf sieht zusätzliche Instrumente zur Kontrolle der Beratungsqualität und der Versorgung vor. Im Sachleistungsprinzip (nach § 2 Abs. 2 SGB V, Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Abs. 1 SGB V) der gesetzlichen Krankenversicherungen ist bereits der Anspruch auf eine bedarfsgerechte (§ 2a SGB V), mehrkostenfreie Hörgeräteversorgung verankert (Art. 5 UN-BRK, Art. 9 UN-BRK), weshalb hierfür bereits Informations- und Dokumentationspflichten der Krankenkassen gegenüber bestehen. Die Hörsystemversorgung erfolgt dabei auf Grundlage einer ärztlichen Indikationsstellung sowie einer individuellen hörakustischen Beratung.

Darüber hinaus steht den gesetzlich Versicherten die Möglichkeit zur Verfügung, sich nach umfassender Beratung bewusst für eine adäquate Hörgeräteversorgung bzw. sich nach umfassender Beratung für eine über das notwendige Versorgungsmaß hinausgehende Versorgung mit privaten Mehrkosten zu entscheiden. Die Wahlfreiheit (§ 8 SGB IX 9) ist dabei ein essentieller Bestandteil einer individuellen und bedarfsgerechten Versorgung.

Eine solche Entscheidung obliegt den persönlichen Bedürfnissen, individuellen Hörsituationen und unterschiedlichen Qualitätsansprüchen. Eine private Zuzahlung ist dabei nicht automatisch ein Hinweis auf eine Fehlversorgung oder eine unzureichende Beratung. Dieses bewährte Zusammenspiel aller Beteiligten sollte demzufolge nicht durch zusätzliche bürokratische Hürden belastet werden.

Die BAG SELBSTHILFE befürchtet, dass ein ausnahmsloser vorheriger Genehmigungsvorbehalt die zeitnahe Versorgung mit Hörhilfen erschweren kann. Ein Genehmigungsverfahren darf nicht dazu führen, dass Versicherte bei der Gestaltung ihrer Versorgung in einer Weise unnötig eingeschränkt werden, welche über die Sicherung eines bedarfsgerechten, zeitnahen und mehrkostenfreien Leistungsangebots hinausgeht und wodurch Betroffene entmündigt werden.

Im Referentenentwurf wird von rund einer Million Hörhilfenversorgungen pro Jahr ausgegangen; dabei wird hierfür ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand für die vorherige Prüfung und Genehmigung auf rund 4,8 Millionen Euro veranschlagt. Dem gegenüber stehen nicht vorliegende validierte Daten zum tatsächlichen Zeitaufwand. Insbesondere sollte sichergestellt werden, dass die Einführung eines Genehmigungsvorbehalts nicht zu vermeidbaren Verzögerungen, zusätzlichen Verwaltungsaufwendungen oder Belastungen der Leistungserbringer führt. Die tatsächlichen Auswirkungen auf Versorgung, Verwaltungs- und gegebenenfalls Klagekosten sowie Wirtschaftlichkeit sollten hierzu belastbar ermittelt und vor einem Gesetzgebungsverfahren dargestellt werden.
Die BAG SELBSTHILFE teilt ausdrücklich das Anliegen, Versicherte vor Fehlberatung, unangemessenen Mehrkosten und einer nicht bedarfsgerechten Hörsystemversorgung zu schützen. Der Schutz der Versicherten sollte durch transparente Beratung, nachvollziehbare Dokumentation und gezielte, risikoorientierte Kontrollen gewährleistet werden.
Ein Gesetzentwurf muss zusätzliche Instrumente zur Kontrolle der Beratungsqualität und der Versorgung vor (§ 127 Abs. 11 SGB V-E) vorsehen. Die BAG SELBSTHILFE spricht sich dafür aus, die Möglichkeit der Krankenkassen beizubehalten, bei geeigneter Hörhilfsmittelversorgung auf eine vorherige Genehmigung zu verzichten. Damit die Krankenkassen der Verantwortung für eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Versorgung nachkommen können, sollten geeignete Kontrollmöglichkeiten zur Verfügung stehen, welche verhältnismäßig, zielgerichtet und am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientiert sowie mit den Ressourcen der Krankenkassen realistisch umsetzbar sein müssen. Diese sollten gezielt genutzt und bei konkreten Auffälligkeiten eingesetzt werden.
Eine pauschale Genehmigungspflicht für jede Hörhilfsmittelversorgung ist demzufolge nicht erforderlich. Zudem ersetzt eine administrative Genehmigung durch die

Krankenkasse weder die fachliche Beratung durch den Hörakustiker noch die medizinische Beurteilung durch den behandelnden HNO-Arzt. Menschen mit Hörminderung müssen auch weiterhin selbstbestimmt über ihre Versorgung entscheiden können, nachdem sie umfassend über ihre Möglichkeiten und Leistungsansprüche informiert wurden.

Die BAG SELBSTHILFE fordert, auf die Einführung eines verpflichtenden Genehmigungsvorbehalts für Hörhilfen zu verzichten und die bisherige Möglichkeit des Genehmigungsverzichts durch die Krankenkassen beizubehalten.
Die BAG SELBSTHILFE unterstützt das Anliegen, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Hilfsmittelversorgung zu sichern und unnötige Kosten im Gesundheitswesen zu vermeiden. Diese Ziele dürfen jedoch nicht durch zusätzliche Bürokratie und zulasten der Versicherten verfolgt werden.
Die individuellen Bedürfnisse der schwerhörigen Menschen müssen dabei stets im Mittelpunkt stehen. Deshalb sollte das Ziel, eine zeitnahe, qualitativ hochwertige und individuell passende bedarfsgerechte Hörversorgung mit einer verlässlich verfügbaren mehrkostenfreien Versorgungsoption, sowie mit transparenter Beratung und selbstbestimmter Wahlfreiheit (§ 8 SGB IX) für alle Versicherten, sein. Der vorgesehene Referentenentwurf birgt zusätzliche Verwaltungsstrukturen und Verzögerungsrisiken sowie evtl. Folgekosten im Klage- u.a. Verfahren, welche zu Auswirkungen auf die Selbstbestimmung der Versicherten und Betroffenen (Art. 3 Buchst. a und c UN-BRK, Art. 5 UN-BRK) sowie auf die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Hörbehinderungen (§ 1 SGB IX) führen könnte.

g. Besondere Medizinprodukte (§ 33b SGB V RefE)

Die Regelung zu § 33b SGB V wird im Grundsatz von der BAG SELBSTHILFE positiv bewertet, es wird aber noch Nachbesserungsbedarf gesehen:

Da in § 33 Absatz 4 SGB V RefE nun ausdrücklich im Gesetz geregelt werden soll, dass der Anspruch auf Hilfsmittel gegen die Krankenversicherung auch die Übernahme von Stromkosten umfasst, die für den Betrieb des Hilfsmittels erforderlich sind, sollte dies entsprechend in § 33b SGB V-neu geregelt werden. Gleiches gilt auch für die weiteren, in § 33 enthaltenen Anforderungen an eine umfassende

Hilfsmittelversorgung, also den Anspruch auf Beratung, Anpassung, Reparatur etc.. Insoweit sollte auf § 33 diesbezüglich verwiesen werden.

Hinzu kommt die Begrenzung der Hilfsmittelversorgung auf die ambulante Versorgung; andere Versorgungsorte wie Einrichtungen der Behindertenhilfe oder Pflegeheime sind dabei nicht genannt. Auch insoweit sollten entsprechende Nachbesserungen vorgenommen werden, da andernfalls an anderen Versorgungsorten Lücken drohen.

Die BAG SELBSTHILFE findet ferner folgenden Teil der Gesetzesbegründung missverständlich: *Die Regelung dient der systematischen Abgrenzung zu den in § 33b geregelten Medizinprodukten, die nur zur Anwendung durch fachlich qualifiziertes Personal im Rahmen der häuslichen Krankenpflege oder der außerklinischen Intensivpflege angewendet werden dürfen.*

Man könnte daraus herauslesen, dass jede Häusliche Krankenpflege (HKP)-Leistung und dort genannte Medizinprodukte nicht durch Laien verwendet werden können. Es besteht auch das Risiko, dass eine HKP-Leistung, die mit einem Medizinprodukt) nach § 33b SGB erbracht wird, damit immer zu einer Leistung wird, die von qualifizierten Pflegepersonen erbracht werden muss. Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE dürfte beide Bedeutungen wohl nicht intendiert werden, weswegen um Klarstellung gebeten wird.

2. Vereinfachung der Chroniker-Regelung (§ 62 SGB V RefE)

Die geplante Vereinfachung der Chronikerregelung begrüßt die BAG SELBSTHILFE insgesamt sehr. Die Informationspflicht der Krankenkassen zur Belastungsgrenze ist wichtig. Viele Versicherte nehmen eine ihnen zustehende Befreiung aus Unkenntnis nicht in Anspruch. Mit den zum 1. Januar 2027 steigenden Zuzahlungen gewinnt die Kenntnis über die Belastungsgrenze zusätzlich an Bedeutung.

Sie erachtet jedoch die vorgesehenen Änderungen noch nicht für ausreichend.

Die Kriterien für eine schwerwiegende chronische Erkrankung, allen voran die Dauerbehandlung, sind bereits in der Chroniker-Richtlinie festgelegt. Der Nachweis wird dennoch nicht abgeschafft, sondern nur seltener verlangt.

Auch die eigentliche Hürde bleibt bestehen. Versicherte müssen weiterhin Quittungen sammeln und einreichen, obwohl den Krankenkassen ein Großteil der Zuzahlungsdaten bereits über die elektronische Abrechnung vorliegt.

Während derzeit chronisch Erkrankte spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres die weitere Dauer der Behandlung nachweisen müssen und die Krankenkassen hierauf nur nach Ermessengebrauch dann verzichten kann, wenn keine Anhaltspunkte für einen Wegfall der chronischen Erkrankung bestehen, muss die Krankenkasse nach dem Referentenentwurf zukünftig mindestens für drei Jahre auf den jährlichen Nachweis verzichten, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind. Erst nach dem Ablauf dieser drei Jahre darf sie einen erneuten Nachweis verlangen. Dies stellt eine deutliche Erleichterung für Versicherte dar, die wir sehr begrüßen. Da die Krankenkasse jedoch aufgrund der ihr zur Verfügung stehenden Abrechnungsdaten dazu informiert ist, ob eine chronische Erkrankung weiterhin behandelt wird, sehen wir nur in den Fällen eine Notwendigkeit, einen Nachweis von den Versicherten zu verlangen, in denen der Krankenkasse keine Abrechnungsdaten aus dem letzten Jahr vor dem Ablauf der drei Jahre vorliegen. Andernfalls sollte kein Nachweis verlangt werden, sondern von dem Weiterbestehen der chronischen Erkrankung ausgegangen werden. Die Krankenkassen können das Vorliegen der Voraussetzungen i.d.R selbst prüfen.

Wie bereits eingangs dargestellt ist es sehr positiv, dass nunmehr vorgesehen ist, dass die Krankenkassen die Versicherten aktiv und in geeigneter Form über die Belastungsgrenze und die Befreiungsmöglichkeit informieren müssen und Antragsunterlagen automatisch von den Krankenkassen versandt werden müssen. Allerdings halten wir es hier für erforderlich, dass ausdrücklich normiert wird, dass diese Informationen in analoger Form erfolgen müssen, wenn dies vom Versicherten gewünscht wird. Zudem sollte festgelegt werden, dass eine detaillierte auf den Versicherten bezogene Einzelfallinformation zu erfolgen hat. Wir halten es nicht für ausreichend, wenn die Krankenkassen ohne jede Vorgabe bestimmen können, in

welcher Form sie informieren und dies z.B. nur digital tun. Um Unkenntnisse bei Versicherten zu vermeiden, muss eine barrierefreie und individuelle Information erfolgen, die alle Versicherten sicher erreicht.
Ferner begrüßen wir grundsätzlich die leichten Veränderungen zum Nachweisverfahren der Belastungsgrenze, die allerdings ebenfalls nicht ausreichend sind. Vorgesehen ist nach Abs.5. zukünftig, dass Versicherte dann, wenn sie zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren von Zuzahlungen befreit waren, sie für das dritte Kalenderjahr noch Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze des Vorjahres leisten müssen ohne erneut Nachweise nach Abs.2 vorlegen zu müssen. Nach Ablauf dieses zusätzlichen Befreiungszeitraums ist erneut ein Antrag unter Vorlage entsprechender Nachweise zu stellen. Ein Antrag auf Ermittlung der individuellen Belastungsgrenze soll daneben möglich bleiben. Diese vorgesehenen Änderungen sind nicht auseichend für eine Entbürokratisierung in diesem Bereich und es verbleibt bei einem sehr hohen Aufwand sowohl für die betroffenen Versicherten als auch für die Mitarbeiter*innen der Krankenkassen. Es wird hierdurch weiterhin unnötig Personal gebunden.
Wir halten insgesamt eine deutlich weitreichendere Vereinfachung für sinnvoll und umsetzbar.

Im Jahr 2024 hatte die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft gegenüber der BAG SELBSTHILFE Rückmeldungen zu dieser Thematik gesammelt. Angesichts des hohen Aufwandes und des Widerspruchs der Zuzahlungen zum Solidarprinzip der GKV wurde dabei eine Abschaffung der Zuzahlungen insgesamt gefordert, was seitens der BAG SELBSTHILFE befürwortet wird. Jenseits dessen gab es folgende Rückmeldungen:

- Mehrfach bemängelt wurde die fehlende Information der Versicherten über die für sie geltenden Belastungsgrenzen, deren Berechnungen und die Möglichkeiten der Geltendmachung ggü. der Krankenkasse. Hier wäre eine frühzeitige, barrierefreie und einfache Information an alle Versicherten (digital und analog) in leichter Sprache wünschenswert. Dabei müsste die Information auch die unterschiedlichen Möglichkeiten des Nachweises (am Jahresende, im Laufe eines Jahres, vorab) sowie die Berechnungen - leicht verständlich - beinhalten.

- Die im SGB V festgelegten Zuzahlungen für ambulante Leistungen werden direkt bei der Inanspruchnahme der Leistung von den Leistungserbringern abgerechnet und dem Versicherten quittiert. Dies erfordert ein Sammeln der Quittungen durch den Versicherten, was einen erheblichen Aufwand darstellt. Ferner sind die Quittungen in ihrem Erscheinungsbild sehr unterschiedlich. Nur das von den Apotheken angebotene Kundenkonto bei Stammkunden kann hier etwas Abhilfe bieten, bedingt aber die Bindung an nur eine Apotheke.
- Ebenfalls wurde berichtet, dass die bei den Krankenkassen eingereichten Nachweise nicht als ausreichend akzeptiert worden sind und etwaige Erkrankungen nicht als „chronische Erkrankungen“ anerkannt worden sind (trotz regelmäßiger Arztbesuche und Therapien und Vorliegen von Pflegegrad1). Hier wurde eine bessere Information und Transparenz gewünscht.

- Besonders problematisch ist, dass bei der Berechnung der Belastungsgrenze und der Prüfung, ob diese Grenze erreicht bzw. überschritten wurde und daher geleistete Zuzahlungen zu erstatten sind, der Gesamthaushalt des Versicherten sowohl auf der Einnahmenseite als auch auf der Zuzahlungsseite betrachtet wird. Da auf der Einnahmeseite die „Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt“ zu berücksichtigen sind und nicht alle Einnahmen zum Lebensunterhalt zeitgleich zu den berücksichtigungspflichtigen Einnahmen in der Krankenversicherung gehören und diese Daten den Krankenkassen daher auch nicht vorliegen, können nur die Versicherten selbst die Nachweise erbringen. Das stellt eine erhebliche Belastung der Versicherten dar, die ohnehin durch ihre chronische Krankheit hoch belastet sind.

- Der Anspruchsnachweis für eine abgesenkte Belastungsgrenze für chronisch Erkrankte, die auf den individuellen Einkommensverhältnissen des Haushalts beruht, führt dann, wenn die Haushaltsangehörigen bei unterschiedlichen gesetzlichen Krankenkassen versichert sind, zwar zu einer einheitlichen Abrechnung für den Gesamthaushalt durch eine Krankenkasse. Die Kasse, die die Abrechnung vornimmt, stellt ih-

rem Mitglied auch einen Bescheid zur Weitergabe an die anderen Krankenkassen aus, die ihrerseits den Anteil des Erstattungsbetrags an ihre Mitglieder auszahlen. Die Aufteilung des Erstattungsbetrags auf die Kassen erfolgt dabei im selben Verhältnis, wie die geleisteten Zuzahlungen der einzelnen Betroffenen. Dies erfordert jedoch neben der Aufbewahrung der Belege an sich auch noch eine getrennte Aufbewahrung bzw. Kennzeichnung der Belege für die einzelnen Haushaltsmitglieder. Hinsichtlich der Berechnung wurde kritisiert, dass dabei nicht hinreichende berücksichtigt wird, wenn das individuelle Einkommen niedrig, das Familieneinkommen aber höher ist und hier eine individuellere Regelung sinnvoll ist.

- Lange Bearbeitungszeiten durch die Krankenkassen und fehlende Rückmeldungen wurden ebenfalls kritisiert.

Als konkrete Möglichkeiten zur Verbesserung zusätzlich zu den zuvor genannten Punkten erhielten wir nachfolgende Vorschläge, wobei die komplette Abschaffung vorrangig gefordert wird:

- Vereinheitlichung der Quittierung der Zuzahlungsbeträge.
- Zurverfügungstellung eines Online-Rechners mit der Möglichkeit der eigenen Berechnung für die Versicherten.
- Ergänzende elektronische Übermittlung der Zuzahlungsbeträge als Datensatz an die leistende Krankenkasse, wenn der Versicherte dies wegen des gestellten oder geplanten Antrags auf Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen wünscht – keine pauschale Übermittlung neben den allgemeinen Abrechnungsdaten.
- Verpflichtung der Krankenkassen, etwaige Zuzahlungen aus Abrechnungsdaten ohne gesonderten Nachweis der Versicherten zu berücksichtigen. Dies hilft insbesondere bei Anträgen zur Befreiung von den Zuzahlungen für zurückliegende Zeiträume. Im weiteren Schritt denkbar: Datenaustausch über geleistete Zuzahlungen zwischen den beteiligten Krankenkassen auf Antrag aller Beteiligten eines Haushalts un-

ter Beachtung des Sozialdatenschutz. Dies nur mit ausdrücklichem Einverständnis der Versicherten.

- Berechtigung für die Krankenkassen, vorliegende Einkommensdaten (z.B. aus den Jahresentgeltmeldungen der Arbeitgeber, aus den Nachweisen für die Beitragsberechnung für freiwillig Versicherte) für die Berechnung der Belastungsgrenze zu verwenden. Im weiteren Schritt denkbar: Datenabfrage zu diesem Zweck bei anderen Sozialleistungsträgern auf Antrag und sofern der Versicherte dazu sein Einverständnis bei seinem Antrag auf Befreiung von den Zuzahlungen gibt.
- Bei Abschaffung von Zuzahlungen und der Belastungsgrenze könnte ein System zum finanziellen Ausgleich der Versicherungen eingeführt bzw. der RSA angepasst werden.
- Berechtigung und Verpflichtung der Krankenkassen dazu, wenig veränderliche Einkommen automatisch mit den per Rechtsverordnung bekannt gegebenen Rechengrößen anzupassen, v.a. für Berechnung der Rentendynamisierung relevant.
- Datenaustausch über Abrechnungen zur Befreiung von Zuzahlungen zwischen Krankenkassen auf Antrag/Wunsch der Versicherten zur Beschleunigung der Auszahlungen und der Ausstellung entsprechender Bescheinigungen im laufenden Kalenderjahr. Dies nur mit ausdrücklichem Einverständnis der Versicherten.
- Dabei müsste immer sichergestellt werden, dass der Rückgriff auf bereits bei den Kassen vorliegende Daten gesetzlich abgesichert werden muss, da nach den Bestimmungen des Datenschutzes (insbesondere Sozialdatenschutz) die Verwendung der Daten zu einem anderen Zweck als bei der Erhebung angegeben bzw. bisher gesetzlich vorgegeben, nicht zulässig ist.
- Erfassung der geleisteten Zahlungen direkt über die elektronische Gesundheitskarte.
- Entsprechend der Regelungen, die durch das sog. Angehörigen-Entlastungsgesetz für unterhaltsverpflichtete Kinder und Eltern eingeführt worden sind, könnte eine Regelung geschaffen werden, wonach chronisch erkrankte Versicherte mit einem Einkommen von z.B. unter

100.000 Euro als pauschal zuzahlungsbefreit gelten und nur bei über der Grenze liegendem Jahreseinkommen eine Erklärungspflicht gelten würde. Bei Ehepaaren müsste dann der doppelte Betrag gelten. Alternativ könnte man die für die GKV geltenden Beitragsbemessungsgrenze als Einkommensgrenze berücksichtigen, die deutlich niedriger ist.

- Ferner müsste bei einer Entbürokratisierung, die sehr wünschenswert ist, sichergestellt sein, dass es verbindliche Regelungen gibt, damit eine Willkür ausgeschlossen wird und eine Gleichberechtigung gewährleistet ist. Vorweg wäre durch Gespräche – unter Einbeziehung der Selbsthilfe – zu klären, welche Daten für die Krankenkassen unabdingbar sind und was vereinfacht werden könnte.

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt es sehr, dass manche dieser Vorschläge von der Bundesregierung aufgegriffen wurden, sieht aber perspektivisch durchaus noch weitere Möglichkeiten zur Vereinfachung.

3. Direktzugang- Modellvorhaben (§ 64f SGB V RefE)

Die BAG SELBSTHILFE hält es für sinnvoll, den Direktzugang zur Physiotherapie zunächst einmal nur als Modellvorhaben zu erproben, da es in vielen Indikationsbereichen nach wie vor wichtig ist, dass die Diagnosestellung durch den Arzt/die Ärztin erfolgt, da zugrundeliegende – insbesondere seltene - Grunderkrankungen übersehen oder falsch eingeschätzt werden könnten. Da auch von den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie abgewichen werden darf (in den Grenzen der Vereinbarung zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer) führt der Direktzugang zu einer deutlich höheren Verantwortung der Physiotherapeuten, weswegen es sinnvoll ist, diesen erst einmal zu erproben.

4. Änderung Krankengeld (§ 49 SGB V RefE)

Die BAG SELBSTHILFE sieht diese Regelung kritisch. Zwar betreffen die vorgesehenen Änderungen ausschließlich Versicherte mit der Möglichkeit der Wahlerklärungen bzw. Versicherte, für die das Künstlersozialversicherungsgesetz greift; doch auch in dieser Gruppe finden sich Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen. Für diesen Personenkreis werden neue Anrechnungsregelungen eingeführt.

Die Einführung einer Zwölfmonatsgrenze führt gerade für chronisch Kranke zu einer Benachteiligung, da für diese nach Ablauf der 12 Monate eine erneute Ruhenszeit des Anspruchs eintritt. Die BAG SELBSTHILFE fordert daher eine Streichung oder mindestens Ausnahmen für chronisch Erkrankte. Zusätzlich sind Übergangsreglungen zu normieren.

Zudem werden weiterhin unbestimmter Rechtsbegriffe/Formulierungen verwendet, die auch unter Berücksichtigung der BSG-Rechtsprechung zu Rechtsunsicherheiten führen. Wir halten es daher für erforderlich, wenn der Begriffe „dieselbe Krankheit“ an dieser Stelle legaldefiniert wird, zumal auch der vom BSG zur Abgrenzung herangezogene Begriff des Grundleidens ebenfalls eher unbestimmt ist.

5. §105 a SGB V – Förderung der ambulanten Versorgung

Die Verpflichtung, mindestens 20 Prozent der im Strukturfonds zur Verfügung stehenden Mittel für die Stärkung der Barrierefreiheit im ambulanten Bereich einzusetzen, wird seitens der BAG SELBSTHILFE ausdrücklich begrüßt. Seit Jahren war es eine ihrer Forderungen, die Barrierefreiheit der Arztpraxen durch Hilfen aus dem Strukturfonds voranzutreiben. Die bisherige Möglichkeit der Verwendung ist leider in der Praxis kaum umgesetzt worden, vor diesem Hintergrund wird die Neuregelung ausdrücklich begrüßt. Die BAG SELBSTHILFE würde insoweit auch einen höheren Anteil zum Ausbau der Barrierefreiheit begrüßen, zumal die Umsetzung der UN-BRK nach wie vor auf sich warten lässt.

Die BAG SELBSTHILFE sieht aber auch weiteren Ergänzungsbedarf. Angesichts der enormen Bedeutung dieser Entscheidungen für Patientinnen und Patienten mit Behinderungen und der gleichzeitigen Expertise der Patientenvertretung in Fragen der Barrierefreiheit sollte für dieses Gremium Patientenbeteiligung bei der Vergabe der Mittel aus dem Strukturfonds vorgesehen werden.

Perspektivisch sollte zudem die barrierefreie Ausgestaltung der vertragsärztlichen Versorgung zu einem bestimmten Zeitpunkt verpflichtend werden, um die Umsetzung dann auch wirklich in näherer Zukunft sicherzustellen.

6. Sozialpädiatrische Zentren (§§ 43a, 119 SGB V RefE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt es sehr, dass die Möglichkeit geschaffen wird, Kinder über das 18. Lebensjahr hinaus bis 21 Jahre in den SPZ zu behandeln bzw. den Zulassungsausschuss dazu zu ermächtigen. Zu Recht wird in der Begründung darauf verwiesen, dass der Übergang von der Kinder- und Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin gerade für Betroffene mit chronischen oder seltenen Erkrankungen häufig komplex, Verschlechterungen in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach der Transition aufgrund der Lebenssituation oder der anderen Ausgestaltung der Erwachsenenmedizin sind eher die Regel als die Ausnahme; insoweit wird die vorgesehene Erweiterung sehr begrüßt.

7. Qualitätsverträge (§ 110 SGB V RefE)

Die BAG SELBSTHILFE sieht das Auslaufen der Verpflichtung der Krankenkassen zu Qualitätsverträgen (z.B. Mangelernährung, Delir/Demenzprävention) sehr kritisch, da dies er Verzicht auf ein verpflichtendes Anreizsystem geeignet ist, die Versorgung zu verschlechtern. Zwar hat der GBA den Auftrag, für Mangelernährung Qualitätsanforderungen festzulegen. Qualitätsanforderungen sind aber kein positives Anreizsystem, sondern verursachen Kontrollen. Insoweit hält die BAG SELBSTHILFE eine Verlängerung der Verpflichtung der Krankenkassen für notwendig.

8. Barrierefreie Rehabiltation (§ 111 SGB V RefE)

Soweit die Barrierefreiheit der Reha nun ausdrücklich Gegenstand der Rahmenempfehlung werden soll, erachtet die BAG SELBSTHILFE ebenfalls als sehr positiv, auch wenn es sich leider nur um eine Empfehlung handelt. Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE ist – zu Recht – hier nach § 140f SGB V Patientenbeteiligung vorgesehen. Insoweit gäbe es an dieser Stelle keinen Ergänzungsbedarf.

Perspektivisch sollte zudem die barrierefreie Ausgestaltung der Rehabilitation zu einem bestimmten Zeitpunkt verpflichtend werden, um die Umsetzung dann auch wirklich in näherer Zukunft sicherzustellen.

9. Rahmenverträge Hilfsmittelversorgung (§ 127 SGB V RefE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die vorgesehenen Maßnahmen des § 127, die durchaus zur Entbürokratisierung, stärkerer Transparenz für die Patientinnen und Patienten und verbesserter Ergebnisqualität beitragen können. Sie hat jedoch verschiedene Änderungsbedarfe, insbesondere hinsichtlich der Patientenbeteiligung am Rahmenvertrag.

a. Rahmenvertrag

Innerhalb von 18 Monaten schließen der GKV-Spitzenverband und die Leistungserbringerverbände einen verbindlichen Rahmenvertrag über verschiedene administrative Inhalte. Über Konflikte entscheidet eine neue Schiedsstelle. Dabei regelt der Rahmenvertrag verbindlich Fragen, die Versicherte unmittelbar betreffen. Dazu zählen beispielsweise Genehmigungsfreigrenzen, Folgeverordnungen oder der Wiedereinsatz gebrauchter Hilfsmittel. An den bisherigen Rahmenempfehlungen nach § 127 Abs. 8 und 9 SGB V war eine Mitwirkung der Patientenorganisationen gemäß § 140f Abs. 4 SGB V vorgesehen. Für den Rahmenvertrag und die Richtlinien nach Abs. 15 -neu fehlt eine solche Beteiligung jedoch, da im Entwurf § 140f SGB V leider nicht angepasst wird. Hier müsste aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE eine Anpassung dahingehend stattfinden, dass das Mitberatungsrecht der maßgeblichen Patientenorganisationen am Rahmenvertrag und der Schiedsstelle vorgesehen wird.

b. Information

Die Krankenkassen müssen ihre Versicherten umfassend über den Versorgungsprozess, die Vertragspartner, die Barrierefreiheit, die Erreichbarkeit und die Lieferung informieren.

Neu ist diese Pflicht allerdings nur zum Teil. Schon heute müssen die Krankenkassen die wesentlichen Vertragsinhalte veröffentlichen und die Leistungserbringer durch Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen überwachen. Der Entwurf räumt selbst ein, dass sie diesen Pflichten bislang nur unzureichend nachkommen, nach

unserer Einschätzung hat sich die Information aber in den letzten Jahren etwas gebessert. Insgesamt wird aber die Informationspflicht begrüßt. Die Informationen sollten aber dort ankommen, wo Versicherte sie brauchen: Sie müssen kassenübergreifend in einer zentralen, barrierefreien Übersicht vergleichbar, nach Hilfsmitteln und Wohnort suchbar sein.
Die BAG SELBSTHILFE fordert insoweit, die Pflicht zur Veröffentlichung der wesentlichen Vertragsinhalte im Internet beizubehalten und um eine zentrale, kassenübergreifend vergleichbare sowie barrierefreie Übersicht zu ergänzen, die auch über den Ablauf der Versorgungsprozesse informiert.

c. Qualitätsprüfungen

Die BAG SELBSTHILFE hat immer gefordert, dass die vorgesehene Pflicht der Krankenkassen zur Überprüfung der Verträge stärker umgesetzt werden muss. Vor diesem Hintergrund begrüßt sie die vorgesehene stärkere Verbindlichkeit der Qualitätsprüfungen und die vorgesehenen Versichertenbefragungen sowie natürlich ganz besonders die vorgesehene Patientenbeteiligung.

Auch der jährliche Qualitätsbericht ist aus der Sicht der BAG SELBSTHILE im Grundsatz sinnvoll, sollte jedoch vorsehen, dass die Ergebnisse auch nach Krankenkassen getrennt ausgewiesen werden. Wenn man das Thema Wettbewerb ernst nimmt, dann muss auch dazu Transparenz hergestellt werden. Zudem sieht der Entwurf Sanktionen nur für Leistungserbringer vor, nicht jedoch für Krankenkassen. Auch hier wird eine Überprüfung angeregt.

10. Disease-Management-Programme (DMP)

a. Schulungen (§ 137f Abs. 2a SGB V RefE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt das Ziel der Regelung. In der Vergangenheit wurde die als unzureichend bewertete Evidenz von Schulungen vor allem als Argument angeführt, warum sich Verträge nicht umsetzen ließen. Der Entwurf passt deshalb die Anforderungen an das vorhandene Schulungsangebot an.
Zielführender wäre es jedoch, das Angebot an Patientenschulungen zu erweitern und die dafür nötigen Mittel bereitzustellen. Dazu könnte auch gehören, dass Schulungen, die in anderen Versorgungsbereichen beispielsweise der Rehabilitation entwickelt wurden, im DMP eingesetzt werden könnten.
Zudem sollte die Vorgabe entfallen, jede Schulung indikationsbezogen in einer eigenen Studie zu evaluieren. Es ist hinreichend belegt, dass Patientenschulungen bei jeder chronischen Erkrankung sinnvoll und angezeigt sind.
Die BAG SELBSTHILFE lehnt es ab, dass eine Patienteninformation ausreichen soll, wenn eine Schulung „nicht angezeigt" ist oder keine hinreichend evaluierte Schulung vorliegt. Patienteninformationen beschränken sich auf die Vermittlung von Wissen. Sie befähigen weder zu einer besseren Krankheitsbewältigung noch zur selbstverantwortlichen Umsetzung von Therapieempfehlungen. Offen bleibt zudem, wann eine Schulung überhaupt „nicht angezeigt" sein soll.
Für Videoschulungen hat der G-BA bereits eine Regelung getroffen (s. § 3a DMP-Anforderungen-Richtlinie), die Neuregelung kann entfallen.
Dass Schulungen künftig auch über digitale Anwendungen erfolgen können, sieht die BAG SELBSTHILFE kritisch. Zwar lassen sich damit möglicherweise Menschen erreichen, die sonst nicht an Schulungen teilnehmen können. Mit klassischen Patientenschulungen gleichzusetzen sind solche Angebote jedoch nicht. Patientenschulungen zeichnen sich durch ihr interaktives Format aus, häufig in Gruppen, und werden von qualifiziertem Personal durchgeführt. Ein Chatbot oder asynchrone Videos in einer App können das nicht ersetzen, sondern lediglich ergänzen.

Die BAG SELBSTHILFE fordert insoweit, Mittel werden bereitzustellen, um das Angebot an Patientenschulungen auszubauen und Schulungen aus anderen Versorgungsbereichen, beispielsweise der Rehabilitation, im DMP einzusetzen.

b. Verpflichtung zum Angebot von DMPs (§ 137f Abs.3, Abs.3a, Abs. 6 SGB V RefE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die Angebotspflicht sehr. Bislang kommen viele vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen DMPs in der Versorgung nicht an, vor allem die neueren. So wird beispielsweise das DMP Chronischer Rückenschmerz (beschlossen 2019) bis heute gar nicht angeboten. Das 2020 beschlossene DMP Osteoporose ist erst seit 2023 und bis heute nicht in allen KV-Regionen im Wirkbetrieb. Das 2021 beschlossene DMP Rheumatoide Arthritis gibt es bislang nur in drei der 17 KV-Regionen. Durch die Angebotspflicht wird nun sichergestellt, dass Versicherte mit einer chronischen Erkrankung, für die ein DMP vorgesehen ist, auch tatsächlich daran teilnehmen können.
Die Jahresfrist für die Einführung neuer DMP (§ 137f Abs. 3 -neu) scheint allerdings sehr ambitioniert. Bei der Aktualisierung bestehender DMP bleibt es bei der bisherigen Frist von einem Jahr für die Anpassung der Verträge (§ 137f Abs. 10 -neu). Beide Fristen gelten für die Zeit nach Abschluss der Beratungen im G-BA. Die Beratungen über die Erstfassung oder Aktualisierung eines DMP nehmen oft mehrere Jahre in Anspruch. Wenn die Neuregelung die Versorgung tatsächlich beschleunigen soll, müssen deshalb auch die Verfahren im G-BA zügiger abgeschlossen werden.
Die Information nach Abs. 3a nennt die Mitwirkungspflichten der Versicherten ausdrücklich, nicht aber die Aufgaben der koordinierenden Ärztin oder des koordinierenden Arztes. Versicherte müssen wissen, was sie im DMP erwarten können. Sie müssen beispielsweise erfahren, welche Verlaufskontrollen stattfinden, wie oft auf Folgeerkrankungen untersucht wird und ob sie Wiederholungsschulungen besuchen können. Diese Informationen müssen laienverständlich und barrierefrei aufbereitet sein.
Die in Abs. 4 vorgesehene Veröffentlichung der DMP auf den Internetseiten der Krankenkassen ist zu begrüßen, reicht aber allein nicht aus. Viele Versicherte wissen nicht, dass es DMP gibt, und stoßen deshalb auch nicht auf diese Informationen. Die Krankenkassen hingegen kennen die Diagnosen ihrer Versicherten aus den Ab-

rechnungsdaten. Sie müssen ihre Versicherten deshalb schriftlich darüber informieren, dass diese an einem DMP teilnehmen können. Dabei sollen sie angeben, wo die Liste der teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zu finden ist.

c. Evaluation (§ 137f Abs. 4 SGB V RefE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt, dass die Krankenkassen künftig Berichte über die Durchführung der Programme veröffentlichen müssen. Die Evaluation stützt sich allerdings weiterhin nur auf die Daten der eingeschriebenen Versicherten. Ein Vergleich mit Versicherten, die nicht am DMP teilnehmen, ist nicht vorgesehen. Damit bleibt offen, ob Versicherte im DMP tatsächlich besser versorgt werden. Der Gesetzgeber sollte deshalb eine vergleichende Evaluation vorsehen.

11. Zukunftsfonds digitale Gesundheit (§§ 394a, 394b SGB V)

Die BAG SELBSTHILFE lehnt die nochmalige Kürzung der Mittel des Innovationsausschusses ab, zumal es sich bei dem Zukunftsfonds aus ihrer Sicht um eine Staatsaufgabe handelt; mindestens fehlt es an einer Beteiligung der PKV. Eine erhebliche Kürzung der Mittel aus dem Innovationsfonds wird mit einer Einschränkung von Forschungsprojekten gerade für die Versorgung chronisch erkrankter Menschen einhergehen, was abzulehnen ist.

Gleichzeitig begrüßt die BAG SELBSTHILFE natürlich das gesetzgeberische Ziel, die digitale Transformation qualitätsgesichert und in enger Abstimmung mit der Realversorgung im Gesundheitswesen zu beschleunigen. Wir halten jedoch die gewählte Institutionenarchitektur für nicht sachgerecht und regen an, die Förderaufgabe innerhalb des bestehenden Gremiums des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) oder beim GBA selbst anzusiedeln.

a. Bestehende Strukturen nutzen

Der G-BA verfügt bereits über ein etabliertes Verfahren für die Bewertung und Zulassung von Versorgungsleistungen einschließlich der Qualitätssicherung. Er besitzt

Erfahrung mit der Einbindung von Herstellern und Leistungserbringern in standardisierte Stellungnahmeverfahren und mit einer transparenten, gerichtsfest begründeten Beschlussfassung. Diese Strukturen müssen nicht neu aufgebaut werden.

Die Aufgabe der Förderung der qualitätsgesicherten Digitalisierung und Datenforschung könnte dem G-BA als zusätzliche Aufgabe übertragen werden. Dabei sollten die Mittel zweckgebunden sein, sodass sie ausschließlich für die in § 394a Absatz 2 genannten Zwecke verwendet werden. Die Einbindung der Privatwirtschaft, etwa der Hersteller digitaler Anwendungen oder auch zur Schaffung der Voraussetzungen des EHDS im Rahmen der Primärversorgung und Sekundärnutzung von Versorgungsdaten, kann im Rahmen der bestehenden Stellungnahmeverfahren erfolgen.

b. Patientenbeteiligung ist bereits verankert

Im GBA und im Innovationsausschuss ist die Patientenbeteiligung nach § 140f SGB V mit Antrags-, Mitberatungs- und Mitberichtsrecht geregelt. Zudem besteht dort eine eigene Stabsstelle für die Patientenbeteiligung. Die Förderung digitaler Anwendungen für Versicherte würde damit von Beginn an unter Einbeziehung der Patientenperspektive stehen, ohne dass ein neues Gremium mit eigener Struktur aufgebaut werden muss.

c. Geschwindigkeit als Aufgabe für den GBA

Der Entwurf begründet die Schaffung des DHC auch mit der Notwendigkeit schneller Entscheidungen. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass der GBA aufgrund gesetzlicher Fristen seine Verfahren enorm beschleunigt hat und diese auch regelhaft einhält; das AMNOG als sehr schnelles Verfahren wir seit Jahren erfolgreich trotz enormer Arbeitsbelastung bewältigt. Der Gesetzgeber sollte daher nicht das Gremium wechseln, sondern dem G-BA den Auftrag geben, eigene Antworten auf die Geschwindigkeit der Entwicklung digitaler Anwendungen zu entwickeln. Dazu sollten insbesondere gehören:

- Methoden zur Bewertung von Ergebnissen der Datenforschung
- agile Methoden für die Bewertung digitale Anwendungen, etwa iterative Prüfschritte und parallele Verfahren,

- Verfahren zur Erprobung in der Versorgung mit begleitender Evaluation,
- eine Verfahrensordnung, die kurze Entscheidungswege für Förderentscheidungen vorsieht.

Der G-BA sollte diese Methoden in einem festen Zeitraum nach Inkrafttreten des Gesetzes entwickeln und dem Gesetzgeber darüber berichten.

d. Hilfsweise: Mitwirkung der Patientenvertretung im Digital Health Council

Sollte am Digital Health Council festgehalten werden, ist die Einbindung der Patientenvertretung zwingend erforderlich. Die Förderung wird aus Beitragsmitteln der Versicherten finanziert und richtet sich nach § 394a Absatz 2 Nummer 1 unmittelbar an Versicherte. Eine Entscheidung über diese Mittel ohne Patientenvertretung wäre nicht sachgerecht.

Wir schlagen daher vor, § 394b Absatz 4 Satz 2 wie folgt zu ergänzen:

> *„Dem Digital Health Council gehören jeweils ein Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Bundesministeriums für Gesundheit, der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Gesellschaft für Telematik, der Gesundheitsindustrie sowie ein Vertreter der Patientenvertretung nach § 140f an.“*

Ergänzend regen wir an:

- die Mitwirkung der Patientenvertretung auch bei der Festlegung der Rahmenvorgaben nach § 394b Absatz 3 Satz 1 vorzusehen,
- in der Geschäfts- und Verfahrensordnung nach § 394b Absatz 4 Satz 5 ein Stimmrecht und eine Entscheidungsregel für Beschlüsse festzulegen,
- die Regelungen zum Ausschluss von Interessenkonflikten im Gesetz selbst zu verankern, insbesondere für Mitglieder, die zugleich Mittelgeber oder Vorsitz sind.

Düsseldorf/ Berlin, 16. November 2026