



ZENTRALVERBAND DES DEUTSCHEN HANDWERKS



- ENTWURF -

Stellungnahme

*zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur
Weiterentwicklung von Organisations-
strukturen in der gesetzlichen Kranken-
versicherung (GKV-OrgWG)
BT-Drs. 16/9559*

Abteilung Soziale Sicherung
Berlin, September 2008

Zum Gesetzentwurf:

Das Handwerk begrüßt grundsätzlich, dass mit dem Gesetz die Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen, auch der landesweit tätigen, hergestellt wird, weil dadurch gleiche Wettbewerbsbedingungen unter den Krankenkassen geschaffen werden. Ab 1.1.2010 gilt für jede gesetzliche Krankenversicherung das Insolvenzrecht.

Die Haftung der Länder für die Altersversorgungsverpflichtungen von landesunmittelbaren Krankenkassen wird bereits zum 1. Januar 2009 aufgehoben. Es ist zu begrüßen, dass die landesunmittelbaren Krankenkassen beitragspflichtige Mitglieder des Pensionssicherungs-Vereins werden. Damit ist sichergestellt, dass die Arbeitgeber im Insolvenzfall nicht für die bis zum 31.12.2009 entstandenen Versorgungsverpflichtungen der Krankenkassen haften müssen. Für die Pensions-Altlasten werden im Insolvenzfall zunächst die Krankenkassen der betroffenen Kassenart herangezogen werden und wenn das nicht ausreicht, die Kassen der übrigen Kassenarten.

Richtig ist auch, dass die Altlasten von allen Krankenkassen schrittweise ab 2010 nachfinanziert werden müssen. Damit wird der Schaden bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse begrenzt. Der Nachfinanzierungszeitraum von 40 Jahren ist außerdem lang genug, um beitragsneutral Rücklagen aufzubauen.

Es ist zwar sinnvoll, dass freiwillige finanzielle Hilfen einer Kassenart möglich sein sollen. Der ZDH lehnt aber die Eingriffsmöglichkeiten des Spitzenverbandes Bund als viel zu weitreichend ab. Der SpiBu greift aktiv in den Krankenkassenmarkt ein und ist nicht mehr wettbewerbsneutral, wenn er gemäß § 265 a SGB V des Gesetzentwurfs verpflichtet wird, Satzungsbestimmungen für finanzielle Hilfen an gefährdete Kassen vorzusehen. Der Ausleseprozess funktioniert nicht, wenn Krankenkassen für nicht mehr wettbewerbsfähige Kassen einer anderen Kassenart aufkommen müssen. Völlig verfehlt ist auch, dass der SpiBu gemäß § 172 Abs. 3 SGB V befugt ist, eine nicht mehr leistungsfähige Kasse mit einer anderen Kasse zu vereinen.

In den vorliegenden Gesetzentwurf sollen auch Änderungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) zu den Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich aufgenommen werden, zu denen der ZDH im Folgenden Stellung nimmt.

Zu den Nachbesserungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes im Bereich Hilfsmittel:

Laut der derzeitigen Fassung des GKV-WSG (§§ 126, 127 SGB V) sollen die Kassen, wo es „zweckmäßig“ ist, Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich durchführen. Nach einem Übergangszeitraum (bis 31.12.2008) ist die Streichung des bisherigen Zulassungsverfahrens der Hilfsmittelerbringer vorgesehen.

Der ZDH hatte bei der parlamentarischen Beratung des GKV-WSG massive Bedenken gegen die Ausschreibungen geltend gemacht. Während Ausschreibungen etwa im Baubereich oder anderen Bereichen der öffentlichen Hand nicht existenzgefährdend für die Betriebe sind, weil für sie auch andere Auftraggeber in Frage kommen, sind die Krankenkassen die einzigen Vertragspartner der Hilfsmittelerbringer. Denjenigen Leistungserbringern, die nicht den Zuschlag bei einer Ausschreibung erhalten, würde der Zutritt zum Markt verwehrt. Dies hätte gravierende Konsequenzen für jeden einzelnen dieser Leistungserbringer und für die Vielfalt der Leistungserbringer generell. Diese gilt es zu erhalten, ist doch Vielfalt nicht zuletzt ein deutliches Signal für funktionierenden Wettbewerb.

Als Nachbesserung des GKV-WSG konnte während des Gesetzgebungsverfahrens erreicht werden, dass gemäß § 127 Absatz 1 SGB V Ausschreibungen für Hilfsmittel, die für einen bestimmten Versicherten individuell angefertigt werden, oder für Versorgung mit hohem Dienstleistungsanteil in der Regel nicht zweckmäßig sind. Das gilt nach unserer Einschätzung für über 90 % aller Hilfsmittel.

Die bisherigen Erfahrungen mit den Ausschreibungen haben aber gezeigt, dass Krankenkassen ihre Marktstellung dazu ausnutzen, den Wettbewerb im Hilfsmittelbereich zu behindern und ihre eigene Marktstellung zu festigen. Das geht eindeutig zu Lasten einer wohnortnahen Versorgung und einer ausreichenden Versorgungsqualität für die Versicherten. Das Bundeskartellamt hat eine Reihe von Ausschreibungen durch die Krankenkassen gerügt, ebenso viele Vergabekammern der Länder.

Der ZDH fordert folgende Nachbesserungen der Regelungen im Hilfsmittelbereich (konkrete Umformulierungsvorschläge der betreffenden Paragraphen sind als Anlage beigefügt):

Änderungen des § 126 SGB V

Mit der Einführung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) sollen die über 24.000 Betriebe der Gesundheitshandwerke spätestens zum 1. Januar 2009 nicht mehr wie bisher automatisch zur Abrechnung mit den Krankenkassen berechtigt sein. Der Gesetzgeber sieht ausdrücklich vor, dass dann nur noch diejenigen Leistungserbringer lieferberechtigt sind, die über Verträge mit den jeweiligen Krankenkassen verfügen. Ebenso hat der Gesetzgeber festgelegt, dass die Betriebe der Gesundheitshandwerke sich um Verträge mit den Krankenkassen „bemühen“ müssen.

Mit dem Wegfall des Zulassungsverfahrens als Verwaltungsakt der Krankenkassen diktieren jetzt die Krankenkassen die personellen und sachlichen Bedingungen, zu denen die Betriebe der Gesundheitshandwerke entsprechende Versorgung durchzuführen sollen. Dabei fordern die über 200 Krankenkassen höchst unterschiedliche Kriterien. Der Forderungskatalog umfasst zum Beispiel:

- Nachweis über beglaubigte Handwerksrolleneintragung
- Nachweis über beglaubigten Meisterbrief

- Nachweis über Polizeiliches Führungszeugnis nicht älter als 3 Monate
- Nachweis über Haftpflichtversicherungen mit Deckungssumme zwischen 1 Mio. EUR und 3 Mio. EUR
- Nachweis über Arbeitsverträge der Betriebsleiter
- Nachweis, dass Sozialversicherungsbeiträge für die Betriebsleiter abgeführt wurden
- Zugang zu Betriebsräumen
- „Lieferberechtigung“ soll an den Betriebsleiter gebunden werden
- Vorlage von Mietverträgen

Mit solchen Forderungen wird ein unnötiges zusätzliches Bürokratiemonster bei jeder einzelnen Krankenkasse und bei allen Leistungserbringern geschaffen, da für die berufsrechtlichen Prüfungen der Gesundheitshandwerke schon heute die dafür zuständigen Handwerkskammern existieren.

Der ZDH und die Gesundheitshandwerke stellen fest, dass die Verwaltungshürden von den Krankenkassen genutzt werden, den Vertragswettbewerb einseitig einzuschränken. Die Situation erscheint umso absurder, da die Gesundheitshandwerke innerhalb der handwerksrechtlichen Systematik als gefahren geneigt eingestuft sind und heute schon sehr strengen Zulassungsbedingungen unterliegen, nicht zuletzt dem Handwerksrecht.

Um ein weiteres Verwaltungs- und Versorgungschaos zu vermeiden, begrüßt der ZDH die vom Bundesgesundheitsministerium angeregte Initiative zur Festlegung bundesweit einheitlich geltender Zulassungskriterien und deren Überprüfung. Hierfür bedarf es einer zwingenden Änderung des § 126 SGB V. Die Anforderungen an die Betriebe müssen dabei angemessen ausgestaltet sein. Den Betrieben dürfen nicht durch übertriebene Anforderungen unnötig hoher Aufwand bzw. unnötig hohe Kosten entstehen.

Die Einführung eines einheitlichen und transparenten Verfahrens für die Betriebe muss dazu führen, dass alle Leistungserbringer im Rahmen einer Chancengleichheit die Möglichkeit erhalten, am Vertragswettbewerb teilzunehmen:

- 1. Um ein solches Verfahren einheitlich zu entwickeln und zukunftssicher umzusetzen, muss der Wegfall der Zulassungen gemäß § 126 SGB V bis Mitte 2010 ausgesetzt werden. Betriebe die sich in der Vergangenheit als zuverlässige Lieferanten bewährt haben, müssen auch weiterhin dauerhaft lieferberechtigt bleiben. Von einer weiteren Eignungsprüfung kann aus Sicht des Handwerks in diesen Fällen Abstand genommen werden.**
- 2. Die Regelungskompetenz für die Festlegung der Kriterien darf in keinem Fall ausschließlich auf den GKV-Spitzenverband übertragen werden. Heute schon fordert der GKV-Spitzenverband, dass die Festlegung der Kriterien als Mindestkriterien erfolgen soll, so dass hierauf jede einzelne Krankenkasse individuell aufsetzen kann. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass viele Krankenkassen diese Situation ausnutzen werden, um den freien Wettbewerb zu behindern. Um das zu verhindern und die Vielfalt der Leistungserbringer zu erhalten,**

muss den Gesundheitshandwerken nicht nur ein Anhörungsrecht, sondern auch ein vollständiges Mitbestimmungsrecht eingeräumt werden. Darüber hinaus bedarf es einer gesetzlichen Klarstellung, die mit dem GKV-Spitzenverband zu treffenden Regelungen abschließend sind. Sollte es dabei zu keiner Einigkeit kommen, muss eine Schiedsamtlösung gefunden werden.

3. Die Spitzenorganisationen der Gesundheitshandwerke auf Bundesebene sollen im Rahmen von vertraglichen Lösungen mit dem GKV-Spitzenverband mit der Durchführung und nachhaltigen Kontrolle der festgelegten Kriterien beauftragt werden. Somit werden die Krankenkassen sowohl in bürokratischer als auch in finanzieller Hinsicht erheblich entlastet. Die Schaffung einer zusätzlichen Verwaltungsstelle halten wir daher für nicht notwendig.

Betrieben, welche das Verfahren erfolgreich absolviert haben, muss die Möglichkeit eröffnet werden, dauerhaft an bestehenden Verträgen teilzunehmen. Selektive, kassendominierte Zulassungsbedingungen sind zwingend zu vermeiden. Für das vorgeschlagene Verfahren spricht, dass allen Leistungserbringern, die die Kriterien erfüllen, der Zugang zur Versorgung der Patienten – und der Zugang der Patienten zu den Leistungserbringern – ermöglicht werden.

Änderungen des § 127 SGB V

1. § 127 Absatz 1

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen geht in seinen „Reform“-Überlegungen sogar so weit, dass Ausschreibungen für Hilfsmittel, die individuell angepasst werden müssen, obligatorisch werden sollen. Damit werden die Intention des Gesetzgebers und die Forderungen der Betroffenenverbände völlig missachtet. **Es muss sichergestellt sein, dass bei individuell angefertigten Hilfsmitteln oder Hilfsmitteln mit hohem Dienstleistungsanteil Ausschreibungen nicht zweckmäßig sind. Um dem unakzeptablen Verhalten der Krankenkassen, d.h. einer regelhaften Ausschreibung bei dienstleistungsintensiven Hilfsmitteln ein Ende zu setzen, ist die Formulierung „in der Regel“ in § 127 Absatz 1 SGB V ersatzlos zu streichen.**

Der ZDH fordert weiterhin, die Verpflichtung zur Ausschreibung von Hilfsmittel-Versorgungsverträgen in eine Option umzuwandeln (Kassen „können“ statt „sollen“ Ausschreibungen durchführen).

Sollten die Krankenkassen sich für Ausschreibungen entscheiden, können sich die Leistungserbringer gemäß der Gesetzesformulierung nur zum Zweck der Teilnahme an der jeweiligen Ausschreibung zusammenschließen. Bestehende Leistungserbringergemeinschaften sind als Ausschreibungsteilnehmer nicht vorgesehen. Da die Frist zur Abgabe von Angeboten nur wenige Wochen umfasst, wird es den Leistungserbringern in der Regel nicht möglich sein, ihre Interessen zu bündeln. Im Gegensatz zum Bauwesen handelt es sich bei den Verfahren der Krankenkassen um existenzbedrohende KO-Ausschreibungen, da ganze Versorgungszeiträume vergeben werden. **Daher sollte die Formulierung**

„zu diesem Zweck gebildeten“ ersatzlos gestrichen werden. Denn auch auf Kassenseite besteht die Möglichkeit, sich vor dem Ausschreibungsverfahren zusammenzuschließen.

Auch gehen die Krankenkassen dazu über, die Leistungserbringer im Rahmen von Ausschreibungen ausschließlich nach Wirtschaftlichkeitskriterien auszuwählen. Viele Hilfsmittel, die gerade die gefahrensengeneigten Gesundheitshandwerker anpassen, sind keine Produkte von der „Stange“. **Daher müssen zwingend auch die sonst üblichen Kriterien wie Fachkunde und Leistungsfähigkeit der Anbieter erhalten bleiben.**

2. § 127 Absatz 2

Die Vorschrift des § 2 Abs. 3 SGB V sieht ausdrücklich die Vielfalt der Leistungserbringer vor. Feststellen müssen wir, dass Krankenkassen sich willkürlich Vertragspartner auswählen und Leistungserbringern ein Beitrittsrecht verweigern, obwohl sie zu den gleich guten Bedingungen versorgen möchten. **Es ist daher gesetzgeberisch sicherzustellen, dass ein Beitrittsrecht der Leistungserbringer zu bestehenden Verträgen ermöglicht wird. Somit können die Vielfalt der Leistungserbringer und der Wettbewerb erhalten bleiben.**

„Wildern“ der Ärzte bei den Gesundheitshandwerken unterbinden

Immer mehr Hilfsmittel werden durch Fachärzte direkt an die Versicherten abgegeben (z.B. Hörgeräte, Brillen, Bandagen und Einlagen) und die Grenzen zwischen der ärztlichen Tätigkeit und dem gewerblichen Bereich der Gesundheitshandwerke immer stärker verwischt. Diese Situation der Gesundheitshandwerke hat in den vergangenen Jahren eine dramatische Wendung genommen. Der Bundesgerichtshof hat in zwei wettbewerbsrechtlichen Entscheidungen zugestanden, dass Ärzte ihre Patienten mit Hilfsmitteln in ihren Praxen versorgen dürfen. Eine große Anzahl von Ärzten beteiligt sich am sogenannten „verkürzten Versorgungsweg“. Dabei geben Ärzte in Kooperation mit Versandhandelsfirmen Hilfsmittel ab.

Weiterhin stellen wir fest, dass sich auch vermehrt Ärzte an Betrieben der Gesundheitshandwerke in der Rechtsform der GmbH oder AG beteiligen. Zum Teil werden diese Gesellschaftsbeteiligungen mit Treuhändern anonymisiert.

Damit wird aus unserer Sicht das Gebot der Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung unterlaufen und das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient beeinträchtigt. Da die Ärzte in der Regel über das Monopol verfügen, den Gesundheitszustand des Patienten zu definieren und daraus ggf. weitere Therapien und Rehabilitationsleistungen abzuleiten, können sie nachhaltig in den Leistungserbringerwettbewerb eingreifen. Das ärztliche Ordnungsmonopol versetzt sie in die Lage, die Nachfrage nach den entsprechend indizierten Leistungen maßgeblich zu steuern und damit auch die Ausgaben und Kosten der Krankenkassen zu beeinflussen.

Der Patient geht zum Arzt, der dann eine mögliche Indikation feststellt. Der Arzt, der eine Verordnung ausstellt und an dem Vertriebsweg des „verkürzten

Versorgungsweges“ finanziell partizipiert, wird eine objektive Beratung wohl kaum durchführen. Abgesehen davon werden die Versicherten die unterschiedlichen Versorgungsformen nicht nachvollziehen können, da sie sich in der Regel damit vorher nicht auseinandergesetzt haben.

Die Direktversorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln durch Ärzte gefährdet eine qualitativ hochwertige Versorgung. Die gefahreneigneten Gesundheitshandwerker sind aufgrund ihrer langjährigen Ausbildung für die Versorgung mit Hilfsmitteln umfassend qualifiziert, während der Arzt zur Heilbehandlung ausgebildet ist.

Um dem Eindringen von Ärzten in den Gewerbebereich der Gesundheitshandwerke entgegenzutreten und fehlsteuernde Anreize zu vermeiden, sollte im § 126 SGB V folgender Absatz 4 angefügt werden:

„4. Verordnende Vertragsärzte können keine Vertragspartner im Sinne dieser Vorschrift sein. Soweit ein Vertragsarzt ein Hilfsmittel verordnet, darf er weder entgeltlich Tätigkeiten im Rahmen der Hilfsmittelversorgung erbringen noch sich unmittelbar an der Abgabe beteiligen.“

Sollte der Gesetzgeber nicht zu einer solchen Klarstellung bereit sein, muss zumindest der § 15 Abs. 3 SGB V dahingehend ergänzt werden, dass die Feststellung der Notwendigkeit einer Hilfsmittelversorgung nicht nur durch den Vertragsarzt (gemäß § 73 Abs. 2 Nr. 7), sondern auch durch den Leistungserbringer (gemäß § 126) erfolgen kann. Die Krankenkasse soll in der Regel einen Berechtigungsschein ausstellen, wenn für das Hilfsmittel ein Festbetrag festgesetzt wurde. Damit wären die Gesundheitshandwerke gleichwertige Partner bei der Versorgung mit Hilfsmitteln.

Weiterhin sollte der § 33 Absatz 1 SGB V an die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts angepasst werden. Der Satz 2 in § 15 Absatz 1 SGB V „Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden.“ sollte bei der Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln keine Anwendung finden.

Änderungen im Bereich Zahnersatz

Das seit 01.01.2005 geltende Festzuschuss-System hat auch in der Zahnersatzversorgung zu einer weiteren Erhöhung der Anreize bei Zahnärzten geführt, das Abrechnungsvolumen des in zahnärztlichen Laboratorien hergestellten Zahnersatzes zu erhöhen. Während die gewerblichen zahntechnischen Meisterbetriebe allein in den letzten drei Jahren aufgrund des Auftragsrückganges im neuen System rund 10.000 Beschäftigte entlassen mussten, bleibt die Beschäftigung im Praxislabor stabil. Die Anpassungslasten gehen damit ausschließlich zu Lasten des spezialisierten Handwerks.

Auch die Abschaffung der Prüfpflichten der Abrechnungen durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen erhöht die Anreize für Zahnärzte an den Qualitätssicherungsregeln des gefahreneigneten Handwerks vorbei, Zahnersatz aus ausländischen Quellen in Anspruch zu nehmen, was die inländischen Meisterbetriebe weiter belastet. Damit ist die

Schwelle zur einer gewerblichen Betätigung des Zahnarztes bei der Beschaffung von Zahnersatz längst überschritten.

Das Zahntechniker-Handwerk ist ein gefahrengeneigtes Handwerk. Mit der neuen Handwerksnovelle ist daher die Pflicht zum Nachweis der besonderen Befähigung und der Meisterpflicht besonders gestärkt worden. Gefahrengeneigtheit heißt dabei, dass in Deutschland nur derjenige die Herstellung und das Inverkehrbringen von Zahnersatz ohne Gefahren für Leib und Leben Dritter verantwortet, der den Nachweis seiner Befähigung erbracht hat. Nur so werden die Beschäftigten und die Patienten vor möglichen gesundheitlichen Schäden bewahrt.

Aus dieser Sicht ist der selbstständige Zahntechnikermeister schon ein rechtlich zugelassener Gesundheitsberuf. Dies gilt es auch in der Gesundheitspolitik zu beachten und umzusetzen.

Es ist daher absolut zu vermeiden, dass immer mehr Zahnersatz aus dem Ausland oder von Zahnärzten unter Nutzung problematischer Lieferquellen beschafft werden kann, indem man die qualitätssichernden Zulassungsregeln des Handwerksrechts umgeht und damit den zahntechnischen Meisterbetrieben schweren wirtschaftlichen Schaden zufügt.

Der ZDH fordert daher eine trennscharfe Abgrenzung zwischen ärztlicher und gewerblicher Tätigkeit, d.h.

1. eine klare sachliche und räumliche Definition der Praxislabors, die dem Aspekt des umfassenden Patientenschutzes und der Einhaltung der Grundprinzipien der freien Heilberufe und der Berufsethik des Arztes Rechnung trägt, und
2. die Klarstellung, dass für die präventive Abwehr von Gesundheitsgefahren die Herstellung und die Abgabe zahntechnischer Leistungen in Deutschland dem handwerksrechtlich geprüften und zugelassenen selbstständigen Zahntechnikermeister obliegt.

Berlin, 8. 9. 2008
Dr.Do

§ 15 Ärztliche Behandlung, Krankenversichertenkarte

(3) Für die Inanspruchnahme anderer Leistungen stellt die Krankenkasse den Versicherten Berechtigungsscheine aus, soweit es zweckmäßig ist. *Die Feststellung der Notwendigkeit einer Hilfsmittelsversorgung erfolgt durch den Arzt gemäß § 73 Abs. 2 Nr. 7 oder durch den Leistungserbringer gemäß § 126. Die Krankenkasse soll in der Regel einen Berechtigungsschein ausstellen, wenn für das Hilfsmittel ein Festbetrag festgesetzt wurde.* Der Berechtigungsschein ist vor der Inanspruchnahme der Leistung dem Leistungserbringer auszuhändigen.

§ 33 Hilfsmittel

- (1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind. Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich hängt bei stationärer Pflege nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist; die Pflicht der stationären Pflegeeinrichtungen zur Vorhaltung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die für den üblichen Pflegebetrieb jeweils notwendig sind, bleibt hiervon unberührt. Für nicht durch Satz 1 ausgeschlossene Hilfsmittel bleibt § 92 Abs. 1 unberührt. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen. Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen. *§ 15 Absatz 1 Satz 2 findet keine Anwendung.*
- (6) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkassen oder nach ~~§ 126 Abs. 2~~ § 126 Abs. 3 versorgungsberechtigt sind. Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 1 über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. Abweichend von Satz 2 können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen.
- (7) Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise. Erfolgt die Versorgung auf der Grundlage des ~~§ 126 Abs. 2~~ § 126 Abs. 3 durch einen Leistungserbringer, der nicht Vertragspartner der Krankenkasse ist, trägt die Krankenkasse die Kosten in Höhe des niedrigsten Preises, der für eine vergleichbare Leistung mit anderen Leistungserbringern vereinbart wurde, bei Hilfsmitteln, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, höchstens bis zur Höhe des Festbetrages.

§ 126 Versorgung durch Vertragspartner

- (1) Hilfsmittel dürfen an Versicherte nur auf Grundlage von Verträgen nach § 127 Abs. 1, 2 und 3 abgegeben werden. Vertragspartner der Krankenkassen können nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen. *Die Vielfalt der Leistungserbringer gemäß § 2 Abs. 3 Satz 1 SGB V ist zu beachten.* ~~Vertragspartner der Krankenkassen können nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen; die Krankenkassen stellen sicher, dass diese Voraussetzungen erfüllt sind. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam geben Empfehlungen für eine Anwendung der Anforderungen nach Satz 2, einschließlich der Fortbildung der Leistungserbringer, ab.~~
- (2) ~~Abweichend von Absatz 1 Satz 1 bleiben Leistungserbringer, die am 31. März 2007 über eine Zulassung nach der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung verfügen, bis zum 31. Dezember 2008 zur Versorgung der Versicherten berechtigt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Spitzenverbände der Leistungserbringer auf Bundesebene vereinbaren ein Verfahren zur Prüfung der abschließenden Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2. In dieser Vereinbarung sind auch die Anforderungen für die Fortbildung der Leistungserbringer zu regeln. Über das Ergebnis der Prüfung ist dem Leistungserbringer eine Bescheinigung auszustellen.~~
- (3) *Abweichend von Absatz 1 Satz 1 bleiben Leistungserbringer, die am 31.03.2007 über eine Zulassung nach § 126 in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung verfügen, bis zum 30. Juni 2010 zur Versorgung der Versicherten berechtigt. Für alle anderen Leistungserbringer gilt Absatz 3 Satz 1 entsprechend, soweit sie die Voraussetzungen der gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen für die einheitliche Anwendung der Anforderungen zur ausreichenden, zweckmäßigen und funktionsgerechten Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel in der jeweils gültigen Fassung erfüllen. Sämtliche Leistungserbringer haben bis spätestens 30. Juni 2010 durch das nach Absatz 2 vereinbarte Verfahren nachzuweisen, dass sie die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 erfüllen.*
- (4) *Verordnende Vertragsärzte können keine Vertragspartner im Sinne dieser Vorschrift sein. Soweit ein Vertragsarzt ein Hilfsmittel verordnet, darf er weder entgeltlich Tätigkeiten im Rahmen der Hilfsmittelversorgung erbringen noch sich unmittelbar an der Abgabe beteiligen.*
- (5) Für nichtärztliche Dialyseleistungen, die nicht in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, gelten die Regelungen dieses Abschnitts entsprechend.

§ 127 Verträge

- (1) Soweit dies zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung zweckmäßig ist, ~~sollen können~~ die Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften im Wege der Ausschreibung Verträge mit Leistungserbringern oder ~~zu diesem Zweck gebildeten~~ Zusammenschlüssen der Leistungserbringer *mit Wirkung für ihre Mitglieder* über die Lieferung einer bestimmten Menge von Hilfsmitteln, die Durchführung einer bestimmten Anzahl von Versorgungen oder die Versorgung für einen bestimmten Zeitraum schließen. Dabei haben sie die Qualität der Hilfsmittel sowie die notwendige Beratung der Versicherten und sonstige erforderliche Dienstleistungen sicherzustellen und für eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu sorgen. Die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte sind zu beachten. Für Hilfsmittel, die für einen bestimmten Versicherten individuell angefertigt werden, oder Versorgungen mit hohem Dienstleistungsanteil sind Ausschreibungen ~~in der Regel~~ nicht zweckmäßig.
- (2) Soweit Ausschreibungen nach Absatz 1 nicht zweckmäßig sind, schließen die Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften Verträge mit Leistungserbringern oder Landesverbänden 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. Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Die Absicht, über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln Verträge zu schließen, ist in geeigneter Weise öffentlich bekannt zu machen. *Krankenkassen müssen Leistungserbringern, Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer ein Beitrittsrecht zu abgeschlossenen Verträgen gewähren.*
- (3) Soweit für ein erforderliches Hilfsmittel keine Verträge der Krankenkasse nach Absatz 1 und 2 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. 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.
- (4) Für Hilfsmittel, für die ein Festbetrag festgesetzt wurde, können in den Verträgen nach den Absätzen 1, 2 und 3 Preise höchstens bis zur Höhe des Festbetrags vereinbart werden.
- (5) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten über die zur Versorgung berechtigten Vertragspartner und auf Nachfrage über die wesentlichen Inhalte der Verträge zu informieren. Sie können auch den Vertragsärzten entsprechende Informationen zur Verfügung stellen.