Die Fachverbände
FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNG

Berlin, den 16.11.2026

Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.
Reinhardtstraße 13
10117 Berlin
Telefon 030 284447-822
Telefax 030 284447-828
cbp@caritas.de

Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.
Hermann-Blankenstein-Str. 30
10249 Berlin
Telefon 030 206411-0
Telefax 030 206411-204
bundesvereinigung@lebenshilfe.de

Bundesverband anthroposophisches Sozialwesen e.V.
Schloßstraße 9
61209 Echzell-Bingenheim
Telefon 06035 81-190
Telefax 06035 81-217
bundesverband@anthropoi.de

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V.
Invalidenstr. 29
10115 Berlin
Telefon 030 83001-270
Telefax 030 83001-275
info@beb-ev.de

Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V.
Brehmstraße 5-7
40239 Düsseldorf
Telefon 0211 64004-0
Telefax 0211 64004-20
info@bvkm.de

Stellungnahme der Fachverbände für Menschen mit Behinderung

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit:

Entwurf eines Hilfsmittelmodernisierungs- und Bürokratierückbaugesetzes vom 30.10.2026

Vorbemerkung

Die fünf Fachverbände für Menschen mit Behinderung repräsentieren ca. 90 % der Dienste und Einrichtungen für Menschen mit geistiger, seelischer, körperlicher oder mehrfacher Behinderung in Deutschland. Ethisches Fundament der Zusammenarbeit der Fachverbände für Menschen mit Behinderung ist das gemeinsame Bekenntnis zur Menschenwürde sowie zum Recht auf Selbstbestimmung und auf volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Leben in der Gesellschaft. Ihre zentrale Aufgabe sehen die Fachverbände in der Wahrung der Rechte und Interessen von Menschen mit geistiger, seelischer, körperlicher oder mehrfacher Behinderung in einer sich immerfort verändernden Gesellschaft.

A. Vorbemerkung

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zu dem oben genannten Referentenentwurf Stellung zu nehmen.

Der Referentenentwurf sieht einige Änderungen im Bereich der Hilfsmittelversorgung vor, die sich gegebenenfalls positiv auf die Qualität der Versorgung auswirken können, allerdings noch diverser Nachbesserungen bedürfen.

So sollte die prominenter und klarer geregelte Beratungspflicht der Krankenkassen in § 33 SGB V, die in der Regel durch die Leistungserbringer stattfindet, zwingend barrierefrei erfolgen, damit sie für Versicherte mit Behinderung überhaupt nutzbar ist. Auch sollten Rechtsfolgen für Fälle der unterlassenen Beratung vorgesehen werden.

Die Klarstellung zur Vermutung der Erforderlichkeit eines Hilfsmittels in § 33 Absatz 5c SGB V sollte durch einen Selbstbeschaffungs- und Kostenerstattungsanspruch der Versicherten flankiert werden. Dieser ist notwendig, um die zeitnahe Versorgung sicherzustellen, wenn Krankenkassen die Erforderlichkeit der Versorgung trotz der gesetzlichen Vermutung prüfen.

Die Weiterentwicklung der Kontrollinstrumente im Hilfsmittelbereich ist zwar grundsätzlich zu begrüßen, wird aber keinesfalls ausreichen, um der durch vorangegangene Gesetzgebung geschaffenen, erheblichen Gefahr neuer Qualitätsdefizite in der Hilfsmittelversorgung zu begegnen.

Ausdrücklich zu kritisieren ist, dass durch die Änderungen im Hilfsmittelbereich teilweise neue Bürokratie und Zugangshindernisse geschaffen werden. So sollen Krankenkassen künftig bei der Versorgung mit Hörhilfen nicht mehr auf die Genehmigung verzichten können und für die bislang formlos mögliche Empfehlung eines Hilfsmittels durch ein „Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung“ (MZEB) oder ein „Sozialpädiatrisches Zentrum“ (SPZ) soll der GKV-Spitzenverband nun neue Regularien schaffen. Diese Vorgaben laufen dem deklarierten Ziel des Referentenentwurfs, Bürokratie abzubauen, diametral entgegen und sollten dringend gestrichen werden.

Neben den Änderungen im Hilfsmittelbereich sieht der Referentenentwurf diverse Regelungen zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Behinderung vor, die ausdrücklich zu begrüßen sind. So wird beispielsweise durch die Zweckbindung von Mitteln des Strukturfonds ein wichtiger Schritt zur Förderung barrierefreier Praxen

unternommen und die Regelungen zur barrierefreien Rehabilitation können dazu beitragen, bestehende Versorgungslücken zu schließen. Die geplante Möglichkeit von Kooperationsverträgen zwischen Zahnärzt*innen und besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe, erleichtert den Zugang zur zahnärztlichen Versorgung. Hier besteht allerdings im Einzelnen noch Nachbesserungsbedarf. So sollte die Verpflichtung zum Vertragsabschluss für besondere Wohnformen flexibler gefasst werden, da kein Kontrahierungszwang für Zahnärzt*innen besteht.

Unverständlich ist, dass gleichzeitig bewährte Regelungen abgeschafft werden. So soll die Pflicht der Krankenkassen, mit Krankenhäusern Qualitätsverträge unter anderem zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Behinderung im Krankenhaus zu schließen, gestrichen werden, obwohl erst diese Verpflichtung dazu geführt hat, dass von diesem Instrument umfassender Gebrauch gemacht wurde.

Insgesamt setzen die geplanten Änderungen daher zwar positive Impulse für mehr Barrierefreiheit und Teilhabe im Gesundheitswesen; es besteht aber noch erheblicher Nachbesserungsbedarf.

B. Im Einzelnen

1. Beratungspflichten der Leistungserbringer als Bestandteil des Hilfsmittelanspruchs (§ 33 Absatz 1 Satz 5 SGB V-neu)

In § 33 Absatz 1 Satz 5 SGB V-neu wird nunmehr direkt im Leistungsrecht ein Anspruch der Versicherten auf Beratung geregelt, um deren Bedeutung Rechnung zu tragen. Eine Pflicht zur Beratung ergab sich bisher nur mittelbar aus § 127 Absatz 5 SGB V in Verbindung mit den leistungserbringungsrechtlichen Verträgen.

Dies ist grundsätzlich zu begrüßen, wenn auch die Regelung eher deklaratorischer Natur ist.

Darüber hinaus wird angeregt, dass Leistungserbringer bei einer fehlenden Information über die Mehrkosten ihren diesbezüglichen Vergütungsanspruch gegenüber den Versicherten verlieren (so auch Schneider in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 5. Auflage, § 127 SGB V (Stand: 01.04.2025), Randnummer 62). Dies könnte in § 127 Absatz 5 SGB V beziehungsweise § 127 Absatz 10 SGB V-neu geregelt werden.

Außerdem muss im Gesetz ausdrücklich klargestellt werden, dass die Beratung barrierefrei zu erfolgen hat. Denn nur so werden Patient*innen mit Behinderung auch wirklich in die Lage versetzt, mithilfe der Beratung eine selbstbestimmte Entscheidung zu treffen. Die Herstellung von Barrierefreiheit für Menschen mit Unterstützungsbedarf und kognitiver Beeinträchtigung umfasst dabei auch die Verwendung von Leichter Sprache.

Die Beratungspflicht wird von der Regelung des § 127 Absatz 10 SGB V-neu flankiert, nach der die Leistungserbringer den Nachweis der Beratung nunmehr regelmäßig an die Krankenkassen übermitteln (Seite 193 des Referentenentwurfs) und nicht mehr nur dokumentieren und den Krankenkassen im Rahmen von Kontrollen zur Verfügung stellen müssen (Bundestags-Drucksache 18/10186, Seite 34). Dies wird begrüßt.

2. Beratungspflicht der Krankenkassen konkretisiert (§ 127 Absatz 11 SGB V-neu)

Gemäß § 127 Absatz 11 SGB V-neu wurden auch die Beratungspflichten der Krankenkassen nachgeschärft, die nun zum Beispiel ausdrücklich auch Angaben zur Barrierefreiheit enthalten. Die Informationen sollen laut Begründung in möglichst verständlicher und übersichtlicher Art und Weise zur Verfügung gestellt werden (Seite 193 des Referentenentwurfs).

Dies ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings benötigen Menschen mit Behinderung barrierefreie Informationen, um wirklich davon profitieren zu können. Es sollte daher gesetzlich vorgesehen werden, dass die Informationen barrierefrei auch unter Nutzung von Leichter Sprache zur Verfügung gestellt werden müssen. Außerdem wird nicht ganz klar worauf sich die Pflicht, „Angaben zur Barrierefreiheit“ zu machen bezieht. Es bleibt offen, ob es um Angaben zur Barrierefreiheit der Leistungserbringer, der Hilfsmittel oder der Informationen geht.

3. Abgrenzung zu besonderen Medizinprodukten

In Abgrenzung zu § 33b SGB V-neu, der nunmehr gesonderte Vorgaben für bestimmte Medizinprodukte enthält, wird in § 33 Absatz 1 SGB V-neu geregelt, dass Hilfsmittel nach dieser Norm nur solche sind, die für „die Laienanwendung vorgesehen sind“.

Dieser Zusatz sollte gestrichen werden. Denn er birgt die Gefahr, dass Hilfsmittel beziehungsweise Medizinprodukte, auf die bislang ein Anspruch gemäß § 33 SGB V

bestand und die nicht dem neuen § 33b SGB V unterfallen, ungewollt aus der Versorgung ausgeschlossen werden.

Der Zusatz ist auch nicht zur künftig erforderlichen Abgrenzung zwischen Hilfsmitteln gemäß § 33 SGB V und besonderen Medizinprodukten gemäß § 33b SGB V-neu erforderlich, da diese bereits durch die Definition des Anwendungsbereichs in § 33b SGB V-neu ausreichend erfolgt.

4. Klarstellung zu Stromkosten (§ 33 Absatz 4 SGB V-neu)

Gemäß § 33 Absatz 4 SGB V-neu wird nun ausdrücklich im Gesetz geregelt, dass der Anspruch auf Hilfsmittel gegen die Krankenversicherung auch die Übernahme von Stromkosten umfasst, die für den Betrieb des Hilfsmittels erforderlich sind. Das entspricht zwar bereits der gängigen Rechtsprechung, die Aufnahme in den Gesetzestext fördert aber die Transparenz und ist insoweit zu begrüßen.

Um die Transparenz weiter zu erhöhen und eine einheitliche Vorgabe zur Stromkostenübernahme zu erreichen, sollte in dem Zuge auch der Ausschluss der Kostenübernahme für Hörgerätebatterien gemäß § 34 Absatz 4 SGB V in Verbindung mit § 2 Nummer 11 der Verordnung über Hilfsmittel von geringem therapeutischem Nutzen oder geringem Abgabepreis in der gesetzlichen Krankenversicherung aufgehoben werden.

Außerdem sollte die Übernahme von Stromkosten nicht nur in § 33 SGB V-neu, sondern auch in den § 33b SGB V-neu vorgesehen werden, der nunmehr die Versorgung mit besonderen Medizinprodukten regelt. Ansonsten könnte es zu dem Missverständnis kommen, dass mangels expliziter Regelung in § 33b SGB V die Stromkosten für die dort geregelten Produkte nicht übernommen werden müssen.

Darüber hinaus muss klargestellt werden, dass bei der vorgesehenen Erarbeitung von Richtlinien zur Ermittlung der Stromkosten durch den GKV-Spitzenverband zwingend die Patient*innenvertretungen zu beteiligen sind. Diese können wertvolle Hinweise geben, wie die Erhebung der Stromkosten für die jeweiligen Hilfsmittel und für die Patient*innen einfach umgesetzt werden kann. Darüber hinaus kann die Beteiligung dazu beitragen, dass die Belange der Patient*innen gewahrt und sie vor finanzieller Überforderung geschützt sind. Überlässt man die Regelung allein dem GKV-Spitzenverband besteht die Gefahr, dass die Erarbeitung von Kosteneinsparungsinteressen geleitet ist. Die Klarstellung ist auch erforderlich, denn es lässt sich aus § 140f Absatz 4 SGB V nicht eindeutig entnehmen, ob bereits nach aktuellem Recht eine entsprechende Pflicht zur Beteiligung der Patient*innenvertretungen besteht (dagegen wohl Matthäus in: Schlegel/Voelzke,

jurisPK-SGB V, 5. Auflage, § 140f SGB V (Stand: 01.04.2025), Randnummer 78 folgende).

Schließlich muss sichergestellt sein, dass bis zum Vorliegen der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes die Übernahme der Stromkosten, wie bisher, entsprechend der höchstrichterlichen Rechtsprechung, erfolgen kann. Dies sollte ausdrücklich geregelt werden, um eventuell entstehenden Rechtsunsicherheiten entgegenzuwirken. Andernfalls kann es zu der Situation kommen, dass die Krankenkassen die Stromkostenübernahme gegenüber Versicherten mit dem Hinweis auf die noch fehlende Richtlinie verweigern und es so zu einer Verschlechterung der Rechtsposition der Versicherten kommt.

5. Ausschluss des Genehmigungsverzichts bei Hörhilfen (§ 33 Absatz 5a Satz 3 SGB V-neu)

Gemäß § 33 Absatz 5a Satz 3 SGB V-neu muss die Versorgung mit Hörhilfen künftig immer von den Krankenkassen genehmigt werden. Die bisher bestehende Möglichkeit des Genehmigungsverzichts wird ausgeschlossen. Begründet wird dies mit den in diesem Bereich überdurchschnittlich häufig anfallenden Aufzahlungen für Versicherte (Seite 154 folgende des Referentenentwurfs).

Die Regelung ist ausdrücklich zu kritisieren und angesichts des ausgewiesenen Ziels des Referentenentwurfs, die Bürokratie abzubauen, nicht nachvollziehbar. Denn für Versicherte stellt das Genehmigungserfordernis der Krankenkassen regelmäßig ein Zugangshindernis dar.

Es ist zudem fraglich, ob mit der Regelung das Ziel, einer bedarfsdeckenden Versorgung der Versicherten mit Hörhilfen einerseits und die Minderung der von Versicherten gezahlten Aufzahlungen andererseits, erreicht werden kann. Zur Beantwortung der Frage muss man sich die möglichen Ursachen der Aufzahlungen im Zusammenhang mit der Hörgeräteversorgung deutlich machen.

Zwar kann eine mögliche Ursache die gewinnorientierte Beratung der Leistungserbringer sein, der gegebenenfalls mit der Genehmigungserfordernis entgegengewirkt werden könnte. Viel wahrscheinlicher dürfte jedoch sein, dass die derzeit für Hörgeräte geltenden Festbeträge regelmäßig nicht ausreichen, um eine bedarfsdeckende Versorgung sicherzustellen. Denn für den Bereich der Hörhilfen gelten Festbeträge, die innerhalb der letzten 13 Jahre nur sehr geringfügig erhöht wurden. Zum Vergleich: Im Jahr 2013 wurde von den Krankenkassen für schwerhörige Versicherte nur einen Festbetrag von circa 1321 Euro bei beidohriger Versorgung übernommen. Im Jahr 2026 übernahm die Krankenkasse einen Betrag

von ca. 1499 Euro bei beidohriger Versorgung (inklusive Otoplastik), also circa 178 Euro mehr.

Diese Erhöhung dürfte nicht einmal die Inflation kompensieren, geschweige denn den technischen Fortschritt abgebildet haben. Die Festbeträge entsprechen damit höchstwahrscheinlich nicht der aktuellen Marktlage, die aber nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) eigentlich die Grundlage der Festbetragsbildung sein muss (BSG, Urteil vom 07.04.2022, Aktenzeichen: B 3 KR 4/20 R). In der Folge sehen Versicherte sich gezwungen, Aufzahlungen für bedarfsdeckende Geräte zu zahlen, wenn sie nicht den Rechtsweg beschreiten wollen.

Das Problem, dass Festbeträge nicht die aktuelle Marktlage abbilden, sondern das Ergebnis wertender Setzung der Krankenkassen sind, zu welchem Betrag die Versorgung möglich sein sollte, ist bereits für andere Hilfsmittelbereiche gerichtlich festgestellt worden. So hat das BSG Entsprechendes für den Bereich der orthopädischen Einlagen angenommen und den GKV-Spitzenverband praktisch zur Anhebung der Festbeträge verurteilt (BSG, Urteil vom 7. April 2022, Aktenzeichen: B 3 KR 4/20 R).

Sofern also die zu niedrig angesetzten Festbeträge einen erheblichen Teil des Problems verursachen, hilft es den Versicherten nicht, wenn sie ihr Hörgerät immer von der Krankenkasse genehmigen lassen müssen. Vielmehr erschwert dies ihre Versorgung zusätzlich. Sinnvoll wäre es demgegenüber, die Festbeträge an die aktuelle Marktlage anzupassen, damit die Kosten für eine bedarfsdeckende Versorgung nicht mehr von den Versicherten durch Aufzahlungen bestritten werden müssen, sondern durch die Krankenversicherung gedeckt werden.

6. Empfehlung von SPZ und MZEB (§ 33 Absatz 5c SGB V-neu)

Die Vorschrift des § 33 Absatz 5c SGB V-neu soll nunmehr eindeutiger gefasst werden. So wird jetzt ausdrücklich im Gesetz und nicht mehr nur in der Begründung geregelt, dass die Vermutung der Erforderlichkeit des Hilfsmittels nur entfällt, wenn die Erforderlichkeit offenkundig nicht vorliegt.

Es ist jedoch fraglich, ob hiermit das Problem beseitigt werden kann, dass Krankenkassen trotz der Vermutungsregelung oftmals auch bei vorliegender Empfehlung eines SPZ oder eines MZEB nicht auf die Prüfung der Erforderlichkeit des Hilfsmittels verzichten. Das Anliegen des Gesetzgebers, durch die Regelung die Hilfsmittelversorgung zu beschleunigen, läuft dann ins Leere.

Denn Patient*innen haben weiterhin keine Handhabe, wenn sich die Krankenkassen nicht an die Vorgaben halten. Hier sollten dringend entsprechende Regelungen vorgesehen werden. Denkbar wäre etwa die Fiktion der Genehmigung der Krankenkasse, wenn diese nicht innerhalb einer Woche nach Antragseingang Gründe für die offensichtlich fehlende Erforderlichkeit mitgeteilt hat, und in der Folge ein Selbstbeschaffungs- und Kostenerstattungsanspruch der Versicherten. Die kurze Frist von einer Woche trüge zum einen dem Interesse der Versicherten an einer schnellen Versorgung Rechnung und wäre auch für die Krankenkassen umsetzbar, da die Erforderlichkeit nur dann offenkundig nicht vorliegt, wenn dies auf den ersten Blick ohne die Hinzuziehung von weiteren Informationen ersichtlich ist (vergleiche Seite 155 des Referentenentwurfs).

Ausdrücklich zu kritisieren ist, dass nunmehr der GKV-Spitzenverband beauftragt wird, das Nähere zum Verfahren sowie zu Form und Inhalt der Empfehlung festzulegen. Damit besteht die Gefahr, dass das seitens des Gesetzgebers bisher eigentlich einfach ausgestaltete Verfahren nachträglich durch bürokratische Regelungen des GKV-Spitzenverbandes erschwert wird.

Dies dürfte nicht dem ursprünglichen Willen des Gesetzgebers entsprechen, der konkrete Regelungen zur Empfehlung nicht einfach vergessen, sondern mit Blick auf ein unbürokratisches und einfaches Verfahren bewusst unterlassen hat. So heißt es in der Gesetzesbegründung des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes, mit dem die Vorschrift des § 33 Absatz 5c SGB V eingeführt wurde, ausdrücklich:

„Eine konkrete Empfehlung im Sinne der vorstehenden Norm (Ergänzung: § 33 Abs. 5c SGB V) kann jede verkörperte Erklärung des im SPZ oder MZEB tätigen behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin sein, die erkennen lässt, dass die beantragte Hilfsmittelversorgung für notwendig erachtet wird.“ (Bundestags-Drucksache 20/11853, Seite 43)

Die nunmehr geplante Beauftragung des GKV-Spitzenverbandes, kleinteilige Anforderungen an die Empfehlung zu regeln, konterkariert somit den ursprünglichen Willen des Gesetzgebers und ist ersatzlos zu streichen.

Anstelle der neuen Formalisierung des Instruments der „Empfehlung“ könnte einfach auf die bereits etablierte ärztliche Verordnung zurückgegriffen werden. So wäre auch sichergestellt, dass die Verordnungsvorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie berücksichtigt werden. § 33 Absatz 5c SGB V-neu sollte daher folgendermaßen lauten:

„Die Erforderlichkeit eines Hilfsmittels wird vermutet, wenn sich der Versicherte in einem sozialpädiatrischen Zentrum, das nach § 119 Absatz 1 ermächtigt wurde, oder

in einem medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, das nach § 119c Absatz 1 ermächtigt wurde, in Behandlung befindet und die beantragte Hilfsmittelversorgung von dem dort tätigen behandelnden Arzt im Rahmen der Behandlung innerhalb der letzten drei Wochen vor der Antragstellung ***verordnet*** *worden ist."*

Sollte dennoch an der Beauftragung des GKV-Spitzenverbandes zur Regelung von Vorgaben an die Empfehlung festgehalten werden, muss klargestellt werden, dass diese niedrigschwellig zu halten sind und sich an den Verordnungsvorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie orientieren. Außerdem ist dringend die Einbeziehung sowohl der Patient*innenvertretungen als auch der Vertretungen der Leistungserbringer vorzusehen. Derzeit lässt sich aus § 140f SGB V nicht eindeutig entnehmen, ob er für alle Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes gilt (dagegen wohl Matthäus in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 5. Auflage, § 140f SGB V (Stand: 01.04.2025), Randnummer 78 folgende).

Darüber hinaus muss geregelt werden, dass bis zum Erlass der Richtlinie, wie bisher, die formlose Empfehlung reicht, damit sich die aktuelle Rechtslage für Versicherte während der Erarbeitung der Richtlinie nicht verschlechtert.

Schließlich muss klargestellt werden, dass anstelle der Empfehlung eines SPZ oder MZEB immer auch die ärztliche Verordnung eines SPZ oder MZEB ausreichend ist. So ist sichergestellt, dass, unabhängig von den künftigen Anforderungen an die Empfehlung, zumindest immer auch das etablierte Verfahren der ärztlichen Verordnung eines SPZ oder MZEB ausreicht, damit die Erforderlichkeit vermutet und die Versorgung ohne weitere zeitaufwändige Prüfung erfolgen kann.

7. Weiterentwicklung der Kontrollinstrumente der Krankenkassen (§ 127 Absatz 10 bis 11, § 302 Absatz 5 SGB V-neu)

Zur Qualitätssicherung der Hilfsmittelversorgung sollen die Kontrollinstrumente der Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern weiterentwickelt werden. So wird klargestellt, dass auch Versichertenbefragungen ein Instrument der Qualitätssicherung sind (§ 127 Absatz 10 SGB V-neu). Außerdem wird der GKV-Spitzenverband beauftragt, jährlich unter Beteiligung der Vertretungen der Patient*innen und von Menschen mit Behinderung einen Versorgungsbereich festzulegen, in dem zwingend Qualitätsprüfungen seitens der Krankenkassen vorzunehmen sind (§ 127 Absatz 11 SGB V-neu). Schließlich sollen künftig nicht nur die bei der Hilfsmittelversorgung angefallenen Mehrkosten im Mehrkostenbericht des GKV-Spitzenverbandes berücksichtigt werden, sondern auch der Mehrnutzen dieser

Hilfsmittel (§ 302 Absatz 5 SGB V-neu). So wird transparenter, ob die mehrkostenfreie Versorgung noch ausreichend ist.

Die Änderungen werden insgesamt begrüßt. Allerdings handelt es sich eher um kleinere, kosmetische Anpassungen. Diese dürften keinesfalls ausreichend sein, um der durch vorangegangene Gesetzgebungsvorhaben geschaffenen, erheblichen Gefahr neuer Qualitätsdefizite in der Hilfsmittelversorgung zu begegnen. So wurde durch das Beitragssatzstabilisierungsgesetz die Ausweitung der Festbeträge für Hilfsmittel ermöglicht, obwohl die Versorgungssituation zum Beispiel bei den Hörgeräten oder orthopädischen Einlagen zeigt, wie Festbeträge zulasten der Versicherten zur Kostensenkung instrumentalisiert werden können (siehe oben). Daneben soll durch das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung die Ausschreibung von Hilfsmittelaufträgen wieder ermöglicht werden, obwohl die bisherige Erfahrung mit diesem Instrument zeigt, dass Maßnahmen zur Qualitätssicherung, wie beispielsweise die Weiterentwicklung der Prüf- und Beratungspflichten, regelmäßig nicht ausreichend sind, um deren negative Auswirkungen auf die Hilfsmittelqualität zu verhindern (vergleiche Bundesamt für Soziale Sicherung, Sonderbericht Hilfsmittel, Oktober 2022, Seiten 19 bis 23).

Sollte es bei der Wiedereinführung von Ausschreibungen durch das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung bleiben, muss daher zumindest gesetzlich klargestellt werden, dass Ausschreibungen für Hilfsmittel, bei denen es Hinweise auf Qualitätsdefizite in der Versorgung gibt, wie zum Beispiel bei aufsaugenden Inkontinenzhilfen, nicht zweckmäßig sind.

Außerdem müssen in diesem Fall dringend die Kompetenzen der Aufsichtsbehörden der Krankenkassen, zum Beispiel des Bundesamtes für Soziale Sicherung, gestärkt werden. Ihnen sollten die Befugnisse aus § 71 Absatz 6 SGB V nicht nur für Verträge gemäß § 127 SGB V, sondern ausdrücklich auch für die künftig wieder eingeführten Ausschreibungen zustehen. Darüber hinaus sollte ein Eingreifen bei jeglichen und nicht erst bei erheblichen Rechtsverletzungen möglich sein.

8. Behandlungsmöglichkeit in SPZ bis zum 21. Lebensjahr (§ 43a und § 119 SGB V-neu)

In § 43a Absatz 1 und 2 SGB V-neu wird jeweils in Satz 2 geregelt, dass der Anspruch auf Behandlung in einem SPZ nicht nur für Kinder und Jugendliche, sondern auch für junge Volljährige bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres besteht. SPZ können gemäß § 119 SGB V-neu zur entsprechenden Versorgung ermächtigt werden.

Diese Regelung entspricht einer Maßnahme des Aktionsplans für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen des Bundesministeriums für Gesundheit und wird ausdrücklich begrüßt. Sie ist geeignet, den oftmals länger andauernden Transitionsprozess von der Versorgung in einem SPZ hin zur medizinischen Regelversorgung oder in ein MZEB zu erleichtern.

Anlässlich der Umsetzung dieser Maßnahme wird angeregt, noch ein weiteres Vorhaben aus dem Aktionsplan ins Gesetz zu überführen. So sollte außerdem geregelt werden, dass SPZ und MZEB regelhaft mindestens für zehn Jahre zur Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Dies verschafft den jeweiligen Trägern ausreichend Planungssicherheit und kann den Ausbau von SPZ und MZEB, die für Menschen mit Behinderung sehr wichtige Versorgungsstrukturen darstellen, weiter vorantreiben.

9. Belastungsgrenze – Reduzierung der Nachweispflichten (§ 62 SGB V-neu)

Für chronisch erkrankte Versicherte gilt eine reduzierte Belastungsgrenze von 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. In diesem Zusammenhang regelt § 62 Absatz 1 Satz 6 SGB V-neu, dass die Krankenkassen von Versicherten keinen jährlichen Nachweis für ihre chronische Erkrankung mehr verlangen dürfen, wenn im Einzelfall keine Anhaltspunkte für einen Wegfall der Erkrankung vorliegen. Es bleibt ihrem Ermessen vorbehalten einen entsprechenden Nachweis alle drei Jahre zu verlangen. Zudem muss die Belastungsgrenze für Versicherte, die sie in zwei aufeinanderfolgenden Jahren erreicht haben und insoweit von den Zuzahlungen befreit waren, für das dritte Jahr nicht neu ermittelt werden. Es gilt die Grenze des Vorjahres (§ 62 Absatz 5 SGB V-neu). Schließlich müssen Krankenkassen die Versicherten künftig in geeigneter Form über die Möglichkeit der Belastungsgrenze informieren und ihnen die erforderlichen Antragsunterlagen für das Folgejahr zur

Verfügung stellen, wenn sie bereits im aktuellen Jahr von den Zuzahlungen befreit sind (§ 62 Absatz 4 SGB V-neu).

Die Regelungen sind zu begrüßen, da sie unnötige Nachweis- und Prüfpflichten beseitigen und so Bürokratie abbauen. In den geregelten Konstellationen ist es höchstwahrscheinlich, dass keine beziehungsweise nur sehr geringe Änderung in den Verhältnissen eingetreten sind und daher auf Nachweise verzichten werden kann. Darüber hinaus gestalten sie das Antragsverfahren niedrigschwelliger.

Es muss aber dringend gesetzlich geregelt werden, dass die Informationen zur Möglichkeit der Belastungsgrenze und die Antragsunterlagen barrierefrei zur Verfügung gestellt werden. Denn nur so sind sie auch für Menschen mit Behinderung, die oftmals von der Möglichkeit der Belastungsgrenze Gebrauch machen können, nutzbar. Für Menschen mit Unterstützungsbedarf und kognitiver Beeinträchtigung umfasst Barrierefreiheit auch die Nutzung von Leichter Sprache.

10. Nutzung des Strukturfonds für mehr barrierefreie Arztpraxen (§ 105 SGB V-neu)

Die Regelung des § 105 SGB V-neu sieht vor, dass mindestens 20 % der Mittel des Strukturfonds für eine bessere ärztliche Versorgung von Menschen mit Behinderung eingesetzt werden.

Die Regelung ist ausdrücklich zu begrüßen, da sie Ärzt*innen Anreiz und Unterstützung bietet, ihre Praxen barrierefrei zu gestalten. Bisher war unklar, inwieweit Mittel des Strukturfonds hierfür genutzt werden können. Indem ein bestimmter Mindestbetrag vorgeben wird, ist sichergestellt, dass von der Möglichkeit Gebrauch gemacht wird.

Die Förderung barrierefreier Praxen ist dringend erforderlich, da ausweislich des dritten Teilhabeberichts für Menschen mit Behinderungen (2021) rund 79 % der Ärzt*innenpraxen für Rollstuhlnutzer*innen nicht zugänglich sind, fast 90 % erfüllen nicht die erweiterten Barrierefreiheitskriterien, wie etwa höhenverstellbare Untersuchungsmöbel oder barrierefreie Sanitäranlagen. Bei dieser Erhebung haben noch keine Barrierefreiheitskriterien für Menschen mit Unterstützungsbedarf und kognitiver Beeinträchtigung Berücksichtigung gefunden. Für diesen Personenkreis dürften somit noch weit weniger Praxen barrierefrei sein.

Es reicht allerdings nicht, mehr barrierefreie Praxen zu haben, wenn Versicherte sie nicht finden. Zwar gibt es die 116117.de - Arzt- und Therapeutensuche. Diese informiert allerdings nur über barrierefreie Praxen, wenn Ärzt*innen entsprechende

Angaben zu ihrer Praxis gemacht haben. Eine Verpflichtung der Ärzt*innen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen diese Angaben zu machen, besteht laut § 2 Absatz 3 der Barrierefreiheits-Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nicht. Hier sollte dringend gesetzlich eine entsprechende Pflicht geregelt werden.

11. Qualitätsverträge

Die Vorschrift des § 110a SGB V-neu wird künftig nicht mehr vorsehen, dass Krankenkassen mit Krankenhäusern Qualitätsverträge zur Verbesserung der Versorgung zum Beispiel für Menschen mit Unterstützungsbedarf und kognitiver Beeinträchtigung im Krankenhaus abschließen und hierfür einen bestimmten Betrag aufwenden müssen. Die Möglichkeit wird weiterhin bestehen bleiben.

Der Wegfall der Verpflichtung wird ausdrücklich kritisiert. Denn erst diese hat überhaupt dazu geführt, dass von dem Instrument umfassend Gebrauch gemacht wurde. So wurden in der Zeit vom 01.01.2016 (Einführung der Möglichkeit Qualitätsverträge abzuschließen) bis zur Einführung der Verpflichtung zum 20.07.2021, innerhalb von fünf Jahren, gerade einmal zwölf Verträge abgeschlossen. Nach der Einführung der Verpflichtung bis heute, also ebenfalls innerhalb von fünf Jahren, waren es demgegenüber 55 Verträge (vergleiche Gemeinsamer Bundesausschuss, Übersicht der geschlossenen Qualitätsverträge (Stand: 15.10.2026).

Die Regelung der Verpflichtung hat somit eindeutig die erwünschte Wirkung erzielt und die Nutzung des Instruments vorangetrieben. Mit ihrer Aufhebung wird diese aller Voraussicht nach aber wieder nachlassen und somit faktisch eine Möglichkeit entfallen, die Versorgung für Menschen mit Unterstützungsbedarf und kognitiver Beeinträchtigung im Krankenhaus zu verbessern. Die bestehende Regelung sollte daher dringend beibehalten werden.

Zusätzlich wird angeregt, die Vorschrift zur Begleitung von Menschen mit Unterstützungsbedarf und kognitiver Beeinträchtigung im Krankenhaus durch Angehörige oder enge Bezugspersonen gemäß § 44b SGB V entsprechend den Ergebnissen der diesbezüglichen Evaluation fortzuentwickeln. Diese Maßnahme hat das Bundesministerium für Gesundheit bereits im Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen vorgesehen (Seite 23 des Aktionsplans).

12. Barrierefreie Rehabilitationseinrichtungen (§ 111 Absatz 7 SGB V-neu)

In § 111 Absatz 7 Nummer 4 SGB V-neu wird vorgesehen, dass der GKV-Spitzenverband und die Vertretungen der Rehabilitationseinrichtungen in Rahmenempfehlungen das Nähere zur Ausgestaltung einer barrierefreien Rehabilitation regeln sollen. Über § 140f Absatz 4 SGB V ist sichergestellt, dass die Patient*innenvertretungen hierbei zu beteiligen sind. Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind gemäß § 111 Absatz 7 Satz 3 SGB V den Versorgungs- und Vergütungsverträgen zugrunde zu legen.

Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt, da sie geeignet ist, die Barrierefreiheit von Rehabilitationseinrichtungen voranzutreiben. Gerade für Menschen mit Unterstützungsbedarf und kognitiver Beeinträchtigung gibt es in Deutschland kaum passende Angebote. Dies kann dazu führen, dass ihre Anträge auf Rehabilitation von den Krankenkassen pauschal abgelehnt werden, weil sie nicht Rehabilitationsfähigkeit gemäß § 9 der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses seien (so zum Beispiel Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 17.07.2018, Aktenzeichen: L 11 KR 1154/18). Auch ein jüngst vom Bundesgerichtshof entschiedener Fall, in dem eine Rehabilitationseinrichtung die Aufnahme einer blinden Frau aufgrund ihrer Behinderung ablehnte, veranschaulicht den dringenden Handlungsbedarf (Bundesgerichtshof, Urteil vom 21.05.2026, Aktenzeichen: III ZR 56/25).

Ein gutes Gesundheitswesen sollte danach streben, die Gesundheit von allen Menschen zu verbessern und die Angebote entsprechend anzupassen und nicht einzelne Gruppen mangels passender Angebote für therapieunfähig erklären.

13. Kooperationsverträge auch für besondere Wohnformen der Eingliederungshilfe (§ 119b Absatz 1a SGB V-neu)

In § 119b Absatz 1a SGB V-neu ist vorgesehen, dass Leistungserbringer von besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe gemäß § 43a in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 SGB XI bei entsprechendem Bedarf Kooperationsverträge mit Zahnärzt*innen schließen müssen. Diese Möglichkeit war bisher nur Pflegeeinrichtungen vorbehalten.

Die Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen, da sie einen niedrigschwelligen Zugang zur zahnärztlichen Versorgung für Menschen mit Behinderung in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe ermöglicht, ohne das Recht der freien

Ärzt*innenwahl zu beschränken (§ 119b Absatz 1 Satz 5 SGB V). In der Folge besteht zudem für Zahnärzt*innen auch in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe der mit einer Kooperationsvereinbarung verbundene Vergütungsanreiz (§ 87 Absatz 2j Satz 1 SGB V).

Problematisch ist allerdings, dass besondere Wohnformen zum Abschluss von Kooperationsvereinbarungen verpflichtet werden. Das ist nicht sachgerecht, denn seitens der Zahnärzt*innen besteht kein Kontrahierungszwang. Besondere Wohnformen der Eingliederungshilfe können daher ihrer Pflicht nicht nachkommen, wenn sie keine geeigneten, vertragsbereiten Zahnärzt*innen finden. Aus entsprechenden Erwägungen hat das Bundesministerium für Gesundheit in § 137f Absatz 6b SGB V-neu auch keine Pflicht der Krankenkassen zum Abschluss von Verträgen mit Krankenhäusern vorgesehen, sondern diese Regelung als „Soll"-Vorschrift ausgestaltet (Seite 243 des Referentenentwurfs)

Entsprechend muss § 119b Absatz 1a SGBV-neu wie folgt gefasst werden:

„(1a) Werden Leistungen der Eingliederungshilfe in Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des Elften Buches in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches erbracht, sollen die Leistungserbringer der Eingliederungshilfe einzeln oder gemeinsam bei entsprechendem Bedarf unbeschadet des § 75 Absatz 1 Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragszahnärztlichen Leistungserbringern schließen."

Darüber hinaus sollte die Möglichkeit nicht nur auf Zahnärzt*innen beschränkt sein, sondern sich, wie bei Pflegeeinrichtungen, auf alle Ärzt*innen zu erstrecken.

Erfreulich ist die Vorgabe in § 119b Absatz 1a Nummer 3 SGB V-neu, nach der besondere Wohnformen der Eingliederungshilfe für die Zusammenarbeit mit den Zahnärzt*innen, anders als Pflegeeinrichtungen, keine Pflegefachkraft bestimmen müssen. Vielmehr können sie eine für die Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe verantwortliche Fachkraft wählen.

Dies ist ausdrücklich zu begrüßen, denn anders als in Pflegeeinrichtungen sind in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe regelhaft keine Pflegefachkräfte angestellt. In der Begründung sollte aber zur Klarstellung noch ergänzt werden, dass es sich bei der zuständigen Person zum Beispiel um eine pädagogische Fachkraft oder um Heilerziehungspflegende handeln kann.

14. Einschränkung der Präqualifizierung für Pflegeeinrichtungen (§ 126 Absatz 1c SGB V-neu)

Gemäß § 126 Absatz 1c SGB V-neu müssen stationäre Pflegeeinrichtungen sich nicht mehr als Hilfsmittelerbringer präqualifizieren lassen, soweit sie aufsaugende Inkontinenzhilfen von präqualifizierten Leistungserbringern an ihre Bewohner*innen abgeben.

Die Änderung ist grundsätzlich zu begrüßen, da sie Bürokratie abbaut. Es sollte allerdings noch klargestellt werden, dass Entsprechendes gilt, wenn die Produkte von Leistungserbringer stammen, die von der Präqualifizierung befreit sind, wie zum Beispiel Apotheken. Denn es ist anzunehmen, dass eine gesetzliche Befreiung von der Präqualifizierungspflicht nur erfolgt, wenn die Qualität der Versorgung bereits auf anderem Weg gesichert ist.

In Ergänzung könnte schließlich erwogen werden, Entsprechendes auch für besondere Wohnformen der Eingliederungshilfe vorzusehen.

15. Automatische Datenanforderung (§ 206a Absatz 1 SGB V-neu)

Die Vorschrift des § 206a Absatz 1 SGB V-neu sieht die Einführung eines elektronischen Meldeverfahrens zwischen Finanzbehörden und Krankenkassen vor, so dass Krankenkassen künftig die benötigten Angaben zur Beitragsbemessung in der freiwilligen Versicherung und zur Überprüfung der Familienversicherung vom Finanzamt bekommen.

Dies ist grundsätzlich zu begrüßen, da es die Mitwirkungspflichten von Versicherten und die Gefahr von Beitragsschulden im Falle der Schätzung gemäß § 240 SGB V Absatz 1 Satz 2, 2. Halbsatz reduziert. Allerdings muss sichergestellt werden, dass Versicherte der Übertragung auch wirksam widersprechen können. Zwar sieht der Referentenentwurf ein Widerspruchsrecht für Mitglieder und Ehegatt*innen vor. Allerdings sind die Krankenkassen nicht verpflichtet, auf die Möglichkeit des Widerspruchs barrierefrei hinzuweisen. Dies gilt es dringend nachzubessern, damit der Hinweis auch Menschen mit Behinderung erreicht.

Zudem muss der Widerspruch bedingungslos möglich sein. Derzeit legt der Wortlaut der Vorschrift nahe, dass der Widerspruch nur wirksam ist, wenn Versicherte die erforderlichen Daten innerhalb der vierwöchigen Widerspruchsfrist selbst beibringen.

16. Keine Festsetzung von Beiträgen für die Vergangenheit bei schutzwürdigem Vertrauen (§ 225a SGB V-neu)

Die Regelung in § 225a SGBV-neu, nach der keine Beiträge für die Vergangenheit festgelegt werden dürfen, wenn Versicherte auf das Bestehen einer Familienversicherung vertraut haben, ist ausdrücklich zu begrüßen, da es sie vor unverschuldeten Beitragsschulden schützt.

17. Weiterentwicklung der strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen (§ 137f SGB V-neu)

Die Regelungen zur Weiterentwicklung der strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen (DMP) in § 137f SGB V-neu sind zu begrüßen. Mit ihnen sollen Ausnahmen vom Zulassungs- und Schulungserfordernis gemacht werden. Außerdem sollen Krankenkassen unter bestimmten Voraussetzungen verpflichtet werden, DMP anzubieten und die Teilnahme an DMP zeitnah zu ermöglichen. Ebenfalls positiv ist, dass die Begründung den Hinweis enthält, dass die Belange von Menschen mit Behinderung zu berücksichtigen sind (Seite 241 des Referentenentwurfs). In diesem Zusammenhang sollte allerdings konkreter das Erfordernis der Barrierefreiheit von Schulungen und Informationen benannt werden.