Deutscher Sozialgerichtstag e. V. | Graf-Bernadotte-Platz 5 | 34119 Kassel

An das Bundesministerium für Gesundheit
Verbändeanhörung zum HiB

HiB@bmg.bund.de

Stellungnahme zum Referentenentwurf des Hilfsmittelmodernisierungs- und Bürokratierückbaugesetzes

Referentenentwurf vom 30. Oktober 2026

Angesichts der kurzen Stellungnahmefrist war eine umfassende und vertiefte Prüfung des Gesetzentwurfs nicht möglich. Der Deutsche Sozialgerichtstag e.V. (DSGT) beschränkt sich daher in seiner Stellungnahme auf ausgewählte Aspekte des Entwurfs, ohne damit eine abschließende Bewertung der übrigen Regelungen vorzunehmen.

Der DSGT begrüßt das Anliegen, die Hilfsmittelversorgung zu verbessern und Verwaltungsverfahren zu vereinfachen. Einheitliche Abrechnungsverfahren und der Abbau wiederkehrender Nachweispflichten können Versicherte wie Leistungserbringer spürbar entlasten. Der Entwurf enthält dafür sinnvolle Ansätze. Änderungsbedarf besteht insbesondere dort, wo notwendige Versorgung von neuen formalen Voraussetzungen abhängt oder unklare Verfahren zusätzliche Rechtsstreitigkeiten auslösen. Auf diese Fragen konzentriert sich die Stellungnahme. Die Seitenangaben beziehen sich auf den genannten Referentenentwurf.

1 Medizinprodukte ohne Versorgungslücken verfügbar machen

Art. 1 Nr. 11 und 12 · §§ 33, 33b SGB V-E · S. 13–15; Begründung S. 156 f.

Der neue § 33b soll die Versorgung mit Medizinprodukten sichern, die Fachpersonal für häusliche Krankenpflege oder außerklinische Intensivpflege benötigt. Der Anspruch hängt jedoch davon ab, dass das Produkt in ein erst noch zu erstellendes Verzeichnis aufgenommen wurde. Über die Aufnahme entscheidet der GKV-Spitzenverband auf Antrag des Herstellers. Eine Frist für die erstmalige Erstellung und eine Übergangsregelung fehlen, obwohl die Vorschrift bereits am Tag nach der Verkündung gelten soll.

Damit kann gerade die Versorgung ausfallen, die das Gesetz absichern will. Die Begründung nennt etwa bestimmte Katheter, die wegen fehlender Hilfsmitteleigenschaft aus dem bisherigen Hilfsmittelverzeichnis gestrichen werden. Versicherte können weder den Antrag des Herstellers noch die Dauer seiner Bearbeitung steuern. Vor diesem Hintergrund sollten – sofern (abweichend von der Versorgung nach § 33 SGB V) an dem Verzeichnis als Positivliste festgehalten werden soll – zumindest verbindliche **Verfahrensfristen** und **Übergangsregelungen** ergänzt werden.

Der DSGT empfiehlt deshalb § 33b Absatz 2 wie folgt zu ergänzen:

> *„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen veröffentlicht das Verzeichnis erstmals bis zum […sechs Monate nach dem Inkrafttreten]. Über einen Antrag auf Aufnahme entscheidet er innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Antragsunterlagen. Fehlende Unterlagen hat er unverzüglich unter konkreter Bezeichnung der erforderlichen Nachweise anzufordern. Den Eingang der vollständigen Antragsunterlagen bestätigt er dem Antragsteller unverzüglich.“*

Der DSGT empfiehlt zudem, Übergangsregelungen in einem Absatz 4 wie folgt zu regeln:

> *„Abweichend von Absatz 1 Satz 3 besteht bis zum Ablauf von zwölf Monaten nach der erstmaligen Veröffentlichung des Verzeichnisses nach Absatz 2 ein Anspruch auf Versorgung mit einem noch nicht in das Verzeichnis aufgenommenen Medizinprodukt einschließlich der notwendigen Zubehörteile, wenn die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 1 und die allgemeinen Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind. Die medizinprodukterechtlichen Anforderungen an das Inverkehrbringen und die Anwendung bleiben unberührt. Liegt bei Ablauf der Übergangsfrist ein vollständiger Aufnahmeantrag vor, gilt Satz 1 bis zur Entscheidung über den Antrag fort.“*

2 Versicherungsschutz und Beitragsentlastung zusammen regeln

Art. 1 Nr. 1, 3 und 138, Art. 7 Nr. 1, Art. 19 · §§ 5, 10, 412 SGB V-E · S. 10 f., 74, 86, 98

§ 412 beendet bestimmte seit dem 10. März 2022 entstandene obligatorische Anschlussversicherungen mit Inkrafttreten des Gesetzes. Dafür genügt ein Anspruch dem Grunde nach auf Leistungen nach § 4 AsylbLG. Nach der Begründung soll die Änderung des § 5 Absatz 8a künftig auch die Entstehung solcher Mitgliedschaften verhindern. Das Ziel, nicht tragbare Beitragsschulden zu vermeiden, ist berechtigt. Der damit verbundene Verlust des bisherigen Leistungsumfangs bedarf jedoch einer eigenständigen Rechtfertigung.

Das Bundessozialgericht hat gerade wegen des geringeren Versorgungsumfangs entschieden, dass Ansprüche nach § 4 AsylbLG die obligatorische Anschlussversicherung nicht ausschließen (BSG, Urteil vom 10. März 2022, B 1 KR 30/20 R, Rn. 23, 28 f.). Ein Anspruch nur dem Grunde nach sichert außerdem keine tatsächliche Leistungsgewährung, wenn weitere Voraussetzungen fehlen. Eine gesetzliche Beendigung ohne ausreichenden Übergang kann laufende Behandlungen unterbrechen.

Der DSGT empfiehlt, bestehende Mitgliedschaften zu erhalten und für hilfebedürftige Betroffene eine Beitragsübernahme durch den zuständigen öffentlichen Leistungsträger zu regeln. Diese Beitragsübernahme muss auch bereits entstandene Beitragsforderungen einschließlich bestehender Beitragsrückstände umfassen. Werden bestehende Mitgliedschaften gleichwohl kraft Gesetzes beendet, ist sicherzustellen, dass die bis zur Beendigung entstandenen Beitragsforderungen durch die zuständigen öffentlichen Leistungsträger übernommen werden. Ein lediglich im Ermessen der Krankenkassen stehender Beitragserlass ist hierfür nicht ausreichend. Soll an der Beendigung festgehalten werden, muss sie zumindest von einer tatsächlich gesicherten Anschlussversorgung abhängen. Erforderlich sind eine individuelle Information mit angemessener Übergangsfrist und eine ausdrückliche Sicherung laufender notwendiger Behandlungen. Die gewollten Folgen für künftige Anschlussversicherungen sollten unmittelbar in § 188 geregelt werden.

Bei der Familienversicherung liegt ein unmittelbar zu behebender zeitlicher Widerspruch vor: Die einheitliche Einkommensgrenze soll erst zum 1. Januar 2028 gelten, die bisherige Sonderregel für geringfügig Beschäftigte aber sofort entfallen. Dadurch könnten Betroffene vorübergehend ihre beitragsfreie Familienversicherung verlieren. Art. 19 muss den Beginn der neuen Grenze und die Streichung der bisherigen Sonderregel auf denselben Zeitpunkt legen. Auch die entsprechende Änderung der Pflegeversicherung ist zeitlich damit abzustimmen. In Art. 19 Absatz 2 sollte die Angabe „Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa“ durch „Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a“ ersetzt und nach „Artikel 2“ die Angabe „, Artikel 7 Nummer 1 Buchstabe a“ eingefügt werden. Damit gelten die zusammengehörenden Änderungen einheitlich ab 1. Januar 2028.

3 Schiedsverfahren und gerichtliche Zuständigkeit klar bestimmen

Art. 1 Nr. 35 und 76, Art. 12 · §§ 71a–71d, 127 SGB V-E, § 29 SGG-E · S. 20–26, 38–40, 90 f.

Die Bündelung der Schiedsregelungen ist sinnvoll. § 71a Absatz 1 lässt allerdings offen, wann die dreimonatige Entscheidungsfrist beginnt. **Der DSGT empfiehlt** deshalb, nach Satz 1 folgenden Satz einzufügen:

> „*Die Frist beginnt, sobald die Schiedsperson ihr Amt angenommen hat und ihr der Antrag eines Vertragspartners zugegangen ist.*“

Für ständige Schiedsstellen ist der Antragseingang maßgeblich. Das vermeidet Streit über den Fristablauf und verhindert, dass eine Vertragspartei das Verfahren durch verzögerte Mitwirkung offenhalten kann.

Die Neuregelung sollte die bereits geltenden Mindestanforderungen an Anhörung, Unparteilichkeit und Begründung ausdrücklich sichern. Die gerichtliche Kontrolle umfasst auch Rechts- und erhebliche Verfahrensfehler; sie ist keine bloße Angemessenheitsprüfung (BVerfG, Beschluss vom 16. Januar 2023, 1 BvR 656/18, Rn. 18–20, 30). Dieser bestehende Prüfungsmaßstab muss bei der Überführung in § 71a erhalten bleiben. **Der DSGT** weist zudem auf einen **Verweisungsfehler** hin: In § 71c Absatz 9 Satz 6 ist der Ausschluss des Vorverfahrens auf die Klagen in Satz 5 zu beziehen; der Verweis auf Satz 4 betrifft derzeit die Beauftragung von Gutachten.

Für die neue Hilfsmittelschiedsstelle fehlt eine besondere Zuständigkeitsregelung in § 29 SGG. Damit verbleiben Klagen grundsätzlich beim Sozialgericht. Bei Entscheidungen über den bundesweiten Rahmenvertrag ist eine Konzentration beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg sachgerecht, wie sie § 29 Absatz 4 Nummer 3 SGG für vergleichbare Schiedsstellen vorsieht. **Der DSGT empfiehlt**, § 29 Absatz 4 Nr. 3 SGG hinsichtlich der „Klagen gegen Entscheidungen der Schiedsstellen nach den §§ 125, 129, 130b, 131, 134, 134a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ **um die Angabe „§ 127 Absatz 3“ zu ergänzen**. Streitigkeiten über die individuellen Leistungsansprüche Versicherter sind davon nicht erfasst.

4 Zusätzliche Prüfstreitigkeiten und pauschale Sanktionen vermeiden

Art. 1 Nr. 55 und 72 · §§ 106d, 120 Absatz 5 SGB V-E · S. 30 f., 36; Begründung S. 177 f.

Bei der Abrechnungsprüfung soll eine Prüfungsstelle Anträge der Krankenkassen zunächst prüfen und geeignete Anträge an die Kassenärztliche Vereinigung weiterleiten. Eine solche zusätzliche Prüfungsstufe mit eigenständigem Beschwerdeverfahren schafft weitere Zuständigkeits-, Abgrenzungs- und Bindungsfragen. Sie birgt damit das Risiko zusätzlichen Verwaltungs- und Rechtsschutzaufwands. Ein Beitrag zum Bürokratieabbau ist jedenfalls dann nicht erkennbar, wenn sowohl die Prüfungsstelle als auch anschließend die Kassenärztliche Vereinigung die sachliche Berechtigung desselben Prüfungsbegehrens beurteilen.

Der DSGT empfiehlt deshalb, auf die zusätzliche Vorprüfung durch die Prüfungsstelle zu verzichten und die Entscheidung über sachlich-rechnerische Richtigstellungen weiterhin der Kassenärztlichen Vereinigung vorzubehalten. Unzureichend substantiierte Prüfungsanträge der Krankenkassen lassen sich zielgenauer durch verbindliche Anforderungen an Form, Frist und Inhalt der Anträge und ggf. Präklusionsregelungen begrenzen.

Soll an der Einbeziehung der Prüfungsstelle festgehalten werden, ist deren Prüfungsauftrag deshalb ausdrücklich auf die gesetzlich festgelegten Antragsanforderungen und die Vorlage der für die Weiterleitung erforderlichen Daten zu begrenzen. Die in § 106d Absatz 4a Satz 4 vorgesehene darüber hinausgehende Alternative („oder kommt die Prüfungsstelle bei ihrer Prüfung zu dem Ergebnis, dass der Antrag unbegründet ist“) eröffnet eine materielle Prüfung des Begehrens, obwohl die abschließende Sachprüfung der Kassenärztlichen Vereinigung vorbehalten bleiben soll. **Der DSGT empfiehlt**, diese Alternative zu streichen.

Für beide Stufen (Vorabprüfung durch die Prüfstelle und Prüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung nach Weiterleitung) sind jeweils sechs Monate vorgesehen. Zugleich verweist § 106d Absatz 4a auf das Beschwerdeverfahren nach § 106c Absatz 3. Unklar bleibt, wie ein Rechtsbehelf gegen die Vorentscheidung mit der anschließenden Prüfung und der insgesamt vorgesehenen Festsetzungsfrist von 30 Monaten zusammenwirkt. **Der DSGT empfiehlt** deshalb, § 106d Absatz 4a Satz 9 wie folgt zu fassen:

> „*Für die Abweisung nach Satz 4 gilt § 106c Absatz 3. Die Weiterleitung nach Satz 5 ist nicht selbständig anfechtbar und bindet die Kassenärztliche Vereinigung nicht.*“

Für betroffene Ärzte muss die gerichtliche Überprüfung der abschließenden Entscheidung uneingeschränkt möglich bleiben. Die Auswirkungen eines Beschwerdeverfahrens auf die Bearbeitungsfristen sind ausdrücklich zu regeln. Die beabsichtigte feste zeitliche Begrenzung durch den Ausschluss des § 45 Absatz 2 SGB I ist dabei zu erhalten. Für Prüfungen ohne zusätzliche Vorprüfung sollte es bei zwei Jahren bleiben.

Auch die pauschale Vergütungskürzung um ein Prozent nach § 120 Absatz 5 überzeugt nicht. Sie belastet Einrichtungen, wenn eine Vereinbarung auf Verbandsebene nicht fristgerecht zustande kommt, obwohl die einzelne Einrichtung dies nicht selbst steuern kann.

Der DSGT empfiehlt, die Kürzung zu streichen und nach Fristablauf eine verbindliche Schiedsentscheidung mit vorläufigen Abrechnungsvorgaben vorzusehen. So wird die fehlende Vereinbarung ersetzt, ohne Einrichtungen für nicht beeinflussbare Verzögerungen zu belasten.

5 Nachweise und Datennutzung auf das Erforderliche begrenzen

Art. 1 Nr. 76 und 101 · §§ 127 Absatz 10, 197a SGB V-E · S. 41, 53–55

Die neue Pflicht, Beratungsdokumentationen in der Hilfsmittelversorgung durchgängig elektronisch an die Krankenkassen zu übermitteln, schafft zusätzlichen Aufwand und betrifft sensible Angaben. Ein konkreter Bedarf für die vollständigen Unterlagen besteht nicht bei jeder unveränderten Folgeversorgung.

Der DSGT empfiehlt eine abgestufte Dokumentation: Ausführliche Nachweise sind bei Erstversorgung, wesentlichen Änderungen oder Mehrkostenvereinbarungen gerechtfertigt. Bei unverändertem Bedarf sollte eine vereinfachte Bestätigung genügen. Übermittelt werden dürfen nur die für die jeweilige gesetzliche Aufgabe erforderlichen Angaben; zugängliche elektronische Bestätigungen und Vertretungsmöglichkeiten sind zuzulassen.

Für die Bekämpfung von Fehlverhalten erweitert § 197a Absatz 3a die Übermittlung und Auswertung personenbezogener Daten auf Fälle bloßer Zweckmäßigkeit. Gerade bei Gesundheitsdaten und dem vorgesehenen Einsatz automatisierter Verfahren ist diese Öffnung zu weit. Die Wörter „oder zweckmäßig“ sollten gestrichen werden. Der Gesetzgeber muss am Erforderlichkeitsmaßstab festhalten und die Verarbeitung auf festgelegte Aufgaben begrenzen. Vor belastenden Folgerungen aus automatisierten Auffälligkeiten braucht es eine fachliche Prüfung des Einzelfalls. Die vorgesehenen Pseudonymisierungspflichten sind beizubehalten.

6 Kürzungen im Risikostrukturausgleich überprüfbar ausgestalten

Art. 1 Nr. 121 · § 273 SGB V-E · S. 65–67; Begründung S. 224–227

Das neue statistische Kürzungsverfahren soll aufwendige Einzelfallprüfungen ersetzen. Es verzichtet auf den Nachweis eines Rechtsverstoßes und schließt nach der Begründung entlastende Erklärungen der Krankenkasse aus. Alters- und Geschlechtsbereinigung sowie ein Toleranzbereich von fünf Prozent gewährleisten jedoch nicht in jedem Fall, dass tatsächliche Veränderungen des Krankheitsgeschehens angemessen berücksichtigt werden. Eine verbesserte Versorgung kann zusätzliche Diagnosen sichtbar machen, ohne dass Daten rechtswidrig beeinflusst wurden.

Der DSGT empfiehlt eine begrenzte, fristgebundene Möglichkeit, solche besonderen Umstände substantiiert nachzuweisen. Die Kasse muss die Berechnungsgrundlagen kennen; die tragenden Annahmen müssen gerichtlich überprüfbar sein. So bleibt das Verfahren vereinfacht, ohne belegbare Besonderheiten generell auszublenden.

7 Versorgung und Beitragseinzug ohne widersprüchliche Übergänge umstellen

Art. 1 Nr. 51, 109, 110 und 112, Art. 6 Nr. 1, Art. 19 · S. 29, 59 f., 85 f., 98

Bei der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen soll die bisherige Mindestquote sofort entfallen, die eigenständige Arztgruppe aber erst im zwölften Monat nach Verkündung entstehen. Die Quote muss deshalb bis zum Wirksamwerden der neuen Bedarfsplanung fortgelten. Bestehende Zulassungen und gemischte Versorgungsaufträge benötigen eine ausdrückliche Übergangsregelung, damit die Umstellung keine bestehende Versorgung unterbricht.

Beim Beitragseinzug aus Renten freiwillig Versicherter sollen §§ 249a und 250 SGB V sofort geändert werden. Der Beitragseinbehalt nach § 255 und die Änderung des Zuschusses nach § 106 SGB VI folgen dagegen erst zum 1. Januar 2029.

Der DSGT empfiehlt, in Art. 19 Absatz 3 nach der Angabe „*108*“ die Angabe „*109, 110*“ einzufügen, damit sämtliche zusammengehörenden Regelungen einheitlich zu diesem Datum in Kraft gesetzt werden. Anderenfalls drohen widersprüchliche Beitragsforderungen und vermeidbare Korrekturverfahren.

8 Rechtsschutz bei bindenden InEK-Informationen sichern

Art. 5 Nr. 2 Buchstabe b · § 6 Absatz 2 KHEntgG-E · S. 84; Begründung S. 249 f.

Die vorgesehene Bindungswirkung der InEK-Information macht die Vereinbarung eines Entgelts für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden grundsätzlich von einer positiven Bewertung durch das InEK abhängig. Damit wird eine für die Refinanzierung der Krankenhäuser wesentliche Vorfrage verbindlich vorentschieden. Der Entwurf lässt jedoch offen, in welchem Verfahren diese Bewertung überprüft werden kann.

Sofern an der beabsichtigten Bindungswirkung der InEK-Information festgehalten werden soll, **empfiehlt der DSGT**, den Rechtsschutz gegen die InEK-Bewertung und ihre budgetrechtliche Bindungswirkung ausdrücklich zu regeln. Rechtsweg, Prüfungsumfang und Möglichkeiten vorläufigen Rechtsschutzes müssen so ausgestaltet sein, dass Krankenhäuser eine rechtzeitige und wirksame gerichtliche Überprüfung erreichen können. Anderenfalls droht eine Verkürzung effektiven Rechtsschutzes (Artikel 19 Abs. 4 GG), wenn die Bewertung den Abschluss einer Entgeltvereinbarung ausschließt, ohne ihrerseits hinreichend überprüfbar zu sein.

9 Physiotherapeutischen Direktzugang auf die Erprobung begrenzen

Art. 1 Nr. 4 und 29, Art. 10 · § 15 Absatz 1, § 64f SGB V-E, § 9a MPhG-E; Begründung S. 151, 163–165, 253 f.

§ 64f SGB V-E und § 9a MPhG-E verbinden die Erprobung des physiotherapeutischen Direktzugangs in der GKV mit einer begrenzten Befugnis zur eigenverantwortlichen Ausübung von Heilkunde. Damit geht die Regelung über eine bloße Verwaltungsvereinfachung hinaus. Die hochschulische Ausbildung ist Qualifikationsvoraussetzung; sie ersetzt nicht die erforderliche gesetzliche Heilkundebefugnis.

Der DSGT empfiehlt, Umfang und zeitliche Geltung dieser Befugnis ausdrücklich an die Teilnahme am jeweiligen Modellvorhaben zu binden. Eine dauerhafte Erweiterung heilkundlicher Befugnisse außerhalb der Modellvorhaben sollte einer gesonderten gesetzlichen Entscheidung auf Grundlage der Evaluation vorbehalten bleiben. Dabei sind die bundesrechtliche Berufszulassung und die landesrechtlichen Regelungen der Berufsausübung und Berufsaufsicht voneinander abzugrenzen.

Kassel, 16. November 2026

Dr. Stephan Gutzler

Präsident des Deutschen Sozialgerichtstages