

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie:
Hilfsmittelversorgung für Menschen mit Behinderungen und
spezifischen Bedarfen, Verordnungen im Rahmen der Fernbe-
handlung und weitere Änderungen

Vom 20. Februar 2025

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	3
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	3
2.1	Hilfsmittelversorgung für Menschen mit Behinderungen und spezifischen Bedarfen	3
2.1.1	Änderung in § 1 – Ziel der Richtlinie.....	4
2.1.2	Anpassung in § 3 – Versorgungsanspruch.....	4
2.1.3	Anpassung in § 5 – Maßgaben der Krankenkasse [neu: und Zusammenwirken weiterer Beteiligter]	7
2.1.4	Anpassungen in § 6 – Allgemeine Ordnungsgrundsätze.....	8
2.1.5	Anpassungen in § 7 – Inhalt der Verordnung.....	9
2.1.6	Anpassung in § 19 Absatz 1	10
2.2	Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung – § 6 Absatz 2 Satz 3 bis 10 (neu).....	10
2.2.1	Zu den Sätzen 3 bis 5	11
2.2.2	Zu Satz 6 Nummer 1 und 2	12
2.2.3	Zu Satz 7	13
2.2.4	Zu Satz 8	13
2.2.5	Zu Satz 9	13
2.2.6	Zu Satz 10	13
2.2.7	Zu Satz 11	13
2.3	Streichung der COVID-Sonderregelung in § 11a	14
	Zu Absatz 1	14
	Zu Absatz 2	14
2.4	Zu § 19 Absatz 1	14
2.5	Redaktionelle und begriffliche Anpassungen.....	14
3.	Würdigung der Stellungnahmen	14

4.	Bürokratiekostenermittlung	15
5.	Verfahrensablauf	15

1. Rechtsgrundlage

Die Hilfsmittel-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln beschlossen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

2.1 Hilfsmittelversorgung für Menschen mit Behinderungen und spezifischen Bedarfen

Die Patientenvertretung hat mit Schreiben vom 19. Oktober 2022 einen Antrag auf Aufnahme von Beratungen zur Überprüfung der Hilfsmittel-Richtlinie im Hinblick auf die Hilfsmittelversorgung für Menschen mit komplexen Behinderungen gestellt. Entsprechend des Antrages der Patientenvertretung soll bei den Beratungen der Schwerpunkt auf der Gruppe der Kinder und Jugendlichen gelegt werden.

Ausgehend von diesem Antrag und auf der Basis der dort skizzierten Problemlagen und Lösungsvorschläge hat der G-BA die Hilfsmittel-Richtlinie überprüft und passt diese zur Verbesserung des Prozesses der Hilfsmittelversorgung an. Übergeordnetes Ziel der Anpassungen ist es, das Prüf- und Genehmigungsverfahren für komplexe und damit ggf. prüfaufwändigere Bedarfssituationen insgesamt zu straffen sowie effizient, verbindlich und transparent zu gestalten. Hiervon sollen sowohl die zu versorgenden Versicherten selbst und ihre Angehörigen als auch die anderen am Versorgungsprozess Beteiligten, wie Krankenkassen, der Medizinische Dienst, die verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und weitere Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, profitieren. Auch soll unter Berücksichtigung der neueren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) bei Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich bzw. zur Vorbeugung drohender Behinderung die Beeinträchtigung der Teilhabe bei den Verordnungen konkreter beachtet und die Ziele einer Verbesserung der Teilhabe, soweit diese nicht anderen Sozialleistungsträgern zuzuordnen ist, durch das verordnete Hilfsmittel deutlicher werden. Dies kann Leistungsentscheidungen erleichtern und soll möglichen Verzögerungen bei der Hilfsmittelversorgung sowie Über-, Unter- und Fehlversorgungen von vornherein vorbeugen. Die Änderungen sollen keine leistungsrechtlichen Auswirkungen haben.

Bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit entsprechend komplexen Hilfebedarfen ist eine zeitnahe Versorgung besonders wichtig, da sich bei ihnen Verzögerungen oder Fehlversorgungen aufgrund des Wachstums und der Entwicklung dauerhaft negativ auf die sensorische, kognitive und sozioemotionale Entwicklung auswirken können. Im Rahmen der Regelungsmöglichkeiten des G-BA werden Änderungen vorgenommen, die zu einer Verbesserung der Verwaltungspraxis führen sollen. Unklarheiten bei Verordnungsvoraussetzungen und -inhalten sollen nachgeschärft, prozessrelevante Informationen ergänzt sowie gesetzliche Regelungen und Rahmenbedingungen, besonders in Bezug zum Behinderungsbegriff und den besonderen Belangen und Teilhabeaspekten von behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen, insbesondere von Kindern und Jugendlichen bei der Verordnung von Hilfsmitteln, berücksichtigt werden. Die Festlegung detaillierter Vorgaben zur Definition komplexer Behinderungen, des betroffenen Personenkreises oder komplexen Hilfsmittelbedarfs bereitet jedoch erhebliche Schwierigkeiten und lässt neue Unklarheiten für die Anwendung in der Versorgungspraxis erwarten, so dass einvernehmlich davon abgesehen wurde, die Beratungen hierzu fortzusetzen.

In Anbetracht des parallel zum Beratungsverfahren veröffentlichten Referentenentwurfs für ein „Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG“ und der darin enthaltenen geplanten Ergänzung des § 33 SGB V in Bezug auf die Verbesserung der Hilfsmittelversorgung von Versicherten, die in einem sozialpädiatrischen Zentrum oder medizinischen Behandlungszentrum für Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen betreut werden, werden weitere Spezifizierungen, z. B. in Form eines eigenen Abschnitts für Kinder und Jugendliche, nicht weiter konkretisiert.

Vor dem Hintergrund der fortschreitenden Digitalisierungsprozesse und Einführung einer elektronischen Verordnung für Hilfsmittel werden gleichzeitig der zunächst im Antrag der Patientenvertretung enthaltene Ansatz, Rahmenbedingungen für eine verpflichtend zu erstellende spezifizierte Verordnung für besondere Versorgungsfälle in der Richtlinie zu verankern, nicht weiterverfolgt. Dafür erfolgen Konkretisierungen und Ergänzungen in Bezug auf verordnungsrelevante Angaben, die von den Ärztinnen und Ärzten ergänzend in den individuellen Versorgungssituationen der Patienten zu beachten sind und auch zur Verbesserung einer ggf. konkreteren Hilfsmittelauswahl durch nachgelagerte Leistungserbringer beitragen und eine bedarfsgerechte Versorgung sichern. Zugleich wird darauf geachtet, dass die Verordnungen nicht mit Informationsanforderungen überfrachtet werden. Die Änderungen berücksichtigen auch die Planungsstände zur E-Verordnung, durch die die Übermittlung ergänzender Informationen zur Verordnung voraussichtlich unterstützt und erleichtert wird. Gleichzeitig wird verdeutlicht, dass eine Verordnung nicht auf die Verordnungsmuster beschränkt ist, sondern mit weiteren antragsrelevanten Unterlagen (z.B. ergänzende ärztliche Begründung der Versorgung bei Einzelproduktverordnung oder ergänzende physiotherapeutische Empfehlung zum Hilfsmittelbedarf mit Einwilligung des Patienten, etc.) ergänzt werden kann. Im Zusammenspiel mit der genannten Gesetzesänderung sowie der anstehenden Digitalisierung bei der elektronischen Verordnung von Hilfsmitteln erwartet der G-BA spürbare Verbesserungen des Hilfsmittelversorgungsprozesses für komplexe Versorgungskonstellationen.

Darüber hinaus erfolgen an mehreren Stellen der Richtlinie redaktionelle Anpassungen, indem bisherige Abkürzungen ausgeschrieben werden.

2.1.1 Änderung in § 1 – Ziel der Richtlinie

Der neue Satz 2 in Absatz 1 ist in seiner Formulierung angelehnt an § 92 Absatz 1 Satz 1, 2. Halbsatz SGB V. Zudem finden in dem neuen Satz 3 die §§ 2a und 2b SGB V eine angemessene Berücksichtigung. Damit wird verdeutlicht, dass der Gesetzgeber von besonderen Bedarfen der genannten Personengruppen ausgeht und dass diese von den Adressaten der Richtlinie besonders zu beachten sind. So können sich die besonderen Erfordernisse der verschiedenen Personengruppen im Rahmen der Gesamtbetrachtung der ICF einschließlich der zu ermittelnden Kontextfaktoren auswirken. Zudem wird auch Artikel 25 UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) Rechnung getragen, wonach Menschen mit Behinderungen die Leistungen erhalten sollen, die sie speziell auf Grund ihrer Behinderung benötigen. Auch wenn in der Richtlinie selbst dazu nur wenige konkrete Hinweise enthalten sind, wird hiermit verdeutlicht, dass die besonderen Bedarfe bei der Verordnung und damit auch bei der Leistungsentscheidung sowie der Gestaltung der Hilfsmittelversorgung zu beachten sind. Bei diesen Klarstellungen handelt es sich ausschließlich um die Wiedergabe ohnehin geltenden Rechts.

2.1.2 Anpassung in § 3 – Versorgungsanspruch

Zu Absatz 1

Mit der Ergänzung in Satz 1 und dem Verweis auf die Regelungen in § 33 Absatz 5a Satz 1 und 3 SGB V soll den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten ein Hinweis gegeben werden, wann eine ärztliche Verordnung erforderlich ist oder nicht. Eine ärztliche Verordnung ist gemäß § 33

Absatz 5a Satz 1 SGB V nur erforderlich, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Gemäß § 33 Absatz 5a Satz 2 SGB V können die Krankenkassen eine vertragsärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Kostenübernahme verlangen, soweit sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben. § 33 Absatz 5a Satz 3 SGB V verweist zudem auf § 18b Absatz 3 und § 40 Absatz 6 SGB XI, wonach es in den dort definierten Fällen keiner ärztlichen Verordnung bedarf.

Im bisherigen dritten Spiegelstrich des ersten Satzes, nun dessen Nummer 3, wird das Ziel der Hilfsmittelversorgung zum Ausgleich der Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens als Bestandteil des Versorgungsanspruchs der gesetzlichen Krankenversicherung ergänzt um die hierfür relevanten Aspekte der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe.

Des Weiteren wird klargestellt, dass der Versorgungsanspruch zum Behinderungsausgleich gegenüber der Krankenkasse begrenzt ist, da für die Hilfsmittelversorgung zum Zwecke des Behinderungsausgleichs auch andere Leistungsträger zuständig sein können, wie zum Beispiel bei Leistungen zur sozialen Teilhabe oder zur Teilhabe am Arbeitsleben. Insofern ist gegebenenfalls eine Zuständigkeitsklärung im Sinne des SGB IX notwendig.

Der Begriff der „Grundbedürfnisse des täglichen Lebens“ ist nicht legaldefiniert. Der Begriff wird weitgehend durch die Rechtsprechung geprägt. Inzwischen liegt umfangreiche Rechtsprechung vor, unter anderem hinsichtlich dessen, was zu den Grundbedürfnissen des täglichen Lebens gehört und von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich umfasst ist und was nicht.

Bei der beispielhaften Benennung anderer Teilhabebereiche im Klammerzusatz, handelt es sich ausschließlich um die Wiedergabe geltenden Rechts, wodurch keine Veränderung der gängigen Versorgungspraxis, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, bezweckt wird.

Unter Berücksichtigung der Entwicklungsphase von Kindern und Jugendlichen hat das BSG stets nicht nur z.B. den Erwerb einer elementaren Schulbildung im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und die hiermit im Zusammenhang stehende Herstellung bzw. Sicherung der Schulfähigkeit von schulpflichtigen Kindern und Jugendlichen als Grundbedürfnis des täglichen Lebens angesehen. Auch die Hinführung auf die Schulfähigkeit von noch nicht schulpflichtigen Kindern kann nach der aktuellen Rechtsprechung ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens darstellen. Die Ermöglichung darüberhinausgehender Bildungsziele nach Ende der Schulpflicht fällt nach aktueller Rechtsprechung dagegen nicht in die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern kann Aufgabe anderer Leistungsträger sein. Das BSG hat auch die Teilnahme an der sonstigen üblichen Lebensgestaltung Gleichaltriger als Bestandteil des sozialen Lernprozesses bei Kindern und Jugendlichen als Grundbedürfnis des täglichen Lebens anerkannt. Die Beispiele werden hier explizit herausgestellt, um Missverständnisse in der Terminologie zu vermeiden. Anders als bei Erwachsenen lassen sich bei Kindern und Jugendlichen die Lebensbereiche nicht immer in Beruf, Gesellschaft und Freizeit trennen. Der Integrationsprozess kann grundsätzlich als multifaktorielles Geschehen betrachtet werden, bei dem sich einzelne Faktoren unter Umständen nicht isoliert bewerten lassen. Voraussetzungen und Anforderungen, die für den Leistungsanspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung im Einzelfall relevant sind, prüft die Krankenkasse für jeden Einzelfall.

Zur Prüfung der Erforderlichkeit eines Hilfsmittels oder bei der Auswahl des Hilfsmittels oder seiner Gestaltung, das dem Behinderungsausgleich dienen soll, kommt es demnach auf die wesentlichen (Gebrauchs-)Vorteile für die Teilhabe im alltäglichen Leben an.

Die Fokussierung auf die Verbesserung der Teilhabe bei der Hilfsmittelversorgung im GKV-System ergibt sich unter anderem aus dem durch das BTHG (Bundesteilhabegesetz) geänderten Behinderungsbegriff in Übereinstimmung mit der UN-BRK.

Darüber hinaus wird ausgehend von der gesetzlichen Definition in § 2 Absatz 1 SGB IX und unter Bezug auf die für den Versorgungsanspruch im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung relevanten Teilhabeaspekte in den neuen Sätzen 3 und 4 der Begriff der Behinderung und der drohenden Behinderung aufgenommen. Bei der Definition des Behinderungsbegriffs handelt es sich ausschließlich um die Wiedergabe ohnehin geltenden Rechts.

Mit der Aufnahme soll darauf hingewirkt werden, dass anstelle des bisher rein medizinischen Verständnisses des Begriffs Behinderung die Definition des Behinderungsbegriffs gesetzeskonform übernommen wird und das biopsychosoziale Modell konkret angewendet werden kann. Behinderung wird in Übereinstimmung mit dem biopsychosozialen Modell nicht als Eigenschaft oder als Defizit einer Person aufgefasst, vielmehr wird ein Perspektivwechsel in Richtung des Behindertseins an der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vollzogen, wobei im Rahmen der Hilfsmittelversorgung nach dieser Richtlinie die Leistungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zu berücksichtigen ist.

Zu Absatz 2

In einem neuen Satz 2 wird klargestellt, dass eine Prüfung der Zuständigkeit im Rahmen der Zuständigkeitsklärung durch den erstangegangenen Leistungsträger erfolgt. Bei dieser Klärstellung handelt es sich ausschließlich um die Wiedergabe ohnehin geltenden Rechts. Die Ergänzung dieser Regelung gemäß § 16 SGB I erfolgt, um hervorzuheben, dass in Fällen, in denen hinsichtlich einer notwendigen ärztlichen Verordnung eines Hilfsmittels Unsicherheit bei der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt besteht, ob das Hilfsmittel zu Lasten der Krankenkasse verordnungsfähig ist oder ein anderer Leistungsträger zuständig ist, die Verordnung dennoch ausgestellt werden kann. So wird gewährleistet, dass ein Hilfsmittelbedarf dem Leistungsträger durch die Verordnung bekannt wird und er entsprechend handeln kann, z. B. in dem er zustimmt oder ablehnt oder aber an andere ggf. zuständige Leistungsträger weiterleiten kann.

Zu Absatz 3

Die Aufzählung in Absatz 3 zur Abgrenzung von Hilfsmittelversorgungen, die durch andere Stellen erbracht werden, wurde um die Leistungen nach dem SGB XIV ergänzt, das am 1. Januar 2024 in Kraft getreten ist.

Das soziale Entschädigungsrecht regelt Leistungen für Personen, die eine Gesundheitsschädigung erlitten haben, für deren Folgen die staatliche Gemeinschaft in Abgeltung eines besonderen Opfers einzustehen hat, insbesondere Opfer von Gewalttaten und Zivildienstleistung, Kriegsoffer beider Weltkriege und Impfgeschädigte, sowie die soziale Absicherung von deren Angehörigen, Hinterbliebenen und Nahestehenden.

Bisherige Regelungen zum BVG (Bundesversorgungsgesetz), Opferentschädigungsgesetz, Zivildienstgesetz und Infektionsschutzgesetz wurden in das SGB XIV integriert. Beziehen Geschädigte bereits Leistungen nach dem BVG, dann haben sie fortan die Wahl, ob sie weiterhin die Leistungen nach dem BVG beziehen oder zu dem Leistungssystem des SGB XIV wechseln möchten. Die Regelungen des SGB XIV sind erst für den Fall zwingend anzuwenden, dass nach dessen Inkrafttreten ein neues schädigendes Ereignis eingetreten ist. Eine Prüfung der Zuständigkeit im Rahmen der Zuständigkeitsklärung erfolgt auch hier grundsätzlich nach Antragseingang gemäß § 16 SGB I durch den erstangegangenen Leistungsträger.

Gemäß § 57 Absatz 5 SGB XIV in Verbindung mit § 46 SGB XIV erbringen die Unfallkassen des jeweiligen Landes im Rahmen der Krankenbehandlung die Versorgung mit den nötigen Hilfs-

mitteln für anspruchsberechtigte Personen. Die Versorgung erfolgt im Auftrag der am Wohnsitz des Antragstellers zuständigen Landesversorgungsbehörde, nachdem diese zuvor einen Antrag auf Leistungen der Sozialen Entschädigung vom Berechtigten erhalten und hierüber entschieden hat.

Zum neuen Absatz 4

Der neue Absatz 4 ist in seiner Formulierung angelehnt an § 33 Absatz 1 Satz 3 SGB V. Es handelt sich ausschließlich um die Wiedergabe ohnehin geltenden Rechts.

Die Ergänzung erfolgt, um Unklarheiten in der Versorgungspraxis vorzubeugen, aus denen eine Nichtversorgung von Betroffenen mit individuellen, passgenauen und funktionell zweckmäßigen Versorgungsleistungen unter Verweis auf in der Pflegeeinrichtung vorhandene Hilfsmittel resultieren kann. Zudem wird deutlich gemacht, dass die Verordnung nicht von der Schwere der Teilhabebeeinträchtigung bzw. vom Umfang der Teilhabe abhängig gemacht werden darf.

2.1.3 Anpassung in § 5 – Maßgaben der Krankenkasse [neu: und Zusammenwirken weiterer Beteiligter]

Die Änderungen geben für die Hilfsmittelversorgung und -verordnung relevante gesetzliche Regelungen zur Beratung und Begutachtung durch den Medizinischen Dienst wieder. Dies hat rein deklaratorische Bedeutung.

Zu Absatz 3

Mit den Änderungen in Absatz 3 werden für die Versorgungspraxis relevante Regelungen aus § 33 SGB V und § 275 SGB V zur Verbesserung des Verständnisses aller an der Hilfsmittelversorgung Beteiligter ergänzt. Es handelt sich ausschließlich um die Wiedergabe ohnehin geltenden Rechts.

Mit der Änderung wird klargestellt, dass sich die Beauftragung des Medizinischen Dienstes auf die Prüfung der Erforderlichkeit eines Hilfsmittels nach § 33 SGB V bezieht.

In Satz 2 wird ergänzt, dass der Medizinische Dienst im Rahmen der Prüfung der Erforderlichkeit eines Hilfsmittels die Versicherten dazu zu beraten hat (§ 275 Absatz 3 Nummer 1 2. Halbsatz SGB V). Der Medizinische Dienst legt im jeweiligen Einzelfall fest, ob diese Beratung schriftlich, telefonisch, per Video oder im unmittelbar persönlichen Kontakt erfolgt. Regelungen zur Einlösung des Beratungsanspruches können im Rahmen dieser Richtlinie nicht getroffen werden. Der Hinweis zur Zusammenarbeit mit den Orthopädischen Versorgungsstellen wurde nicht aus dem Gesetz übernommen, da diese in der Versorgungspraxis keine Relevanz mehr haben und weitgehend nicht mehr existieren.

Gemäß § 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V können die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst für die Prüfung nach § 275 Absatz 3 SGB V erforderliche versichertenbezogene Daten bei Vertragsärzten oder anderen Leistungserbringern unter Nennung des Begutachtungszwecks anfordern. Wurden bei der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt Daten angefordert, so sind diese unmittelbar an den Medizinischen Dienst zu übermitteln. Näheres ist ggf. dem Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) zu entnehmen.

Weiteres zum Datenschutz und zum Akteneinsichtsrecht der Versicherten kann der Regelung des § 276 SGB V entnommen werden.

Zu Absatz 4

Mit der Ergänzung des Absatzes 4 wird auf die bereits bestehende gesetzliche Regelung nach § 277 Absatz 1 Satz 2 SGB V Bezug genommen, wonach der Medizinische Dienst der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt das Ergebnis seiner Begutachtung mitzuteilen hat, sofern dieses

von der Verordnung abweicht. Dies ist für die Verwaltungspraxis relevant, da sich aus der Rechtsnorm noch weitere Schritte in Bezug auf die Verordnung und ggf. weitere Ergänzungen in der Praxis ergeben können. Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass die gesetzliche Regelung nur in den die Hilfsmittelversorgung betreffenden Teilen abgebildet wird.

Zu Absatz 5

Mit Satz 1 wird auf die Rechtsnorm aus § 277 Absatz 1 Satz 3 SGB V verwiesen, wonach die Vertragsärztin bzw. der Vertragsarzt die Möglichkeit haben, mit Einwilligung der oder des Versicherten die wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst durch diesen übermittelt zu bekommen. Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass die gesetzliche Regelung nur in den die Hilfsmittelversorgung betreffenden Teilen abgebildet wird. Sofern es dabei zu unterschiedlichen Auffassungen kommt, sind diese über die Krankenkassen zu klären. Näheres wird durch die Vertragspartner des BMV-Ä geregelt.

Zu Absatz 6 (neu)

Über die in § 5 schon wiedergegebenen gesetzlichen Regelungen hinaus wird in Absatz 6 klarstellend darauf hingewiesen, dass hierneben auch die Vorgaben für das Zusammenwirken zwischen Vertragsärztin oder Vertragsarzt, der Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst gemäß BMV-Ä (wie beispielsweise der § 62 Absatz 4 BMV-Ä) zu beachten sind. Hierbei handelt es sich lediglich um einen Verweis auf ohnehin geltende Regelungen.

Zu Absatz 7

Mit dem neuen Absatz 7 wird klargestellt, dass die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes bei der Wahrnehmung ihrer fachlichen Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen sind und dabei nicht in die Behandlung und pflegerische Versorgung der Versicherten eingreifen dürfen. Es handelt sich ausschließlich um die Wiedergabe ohnehin geltenden Rechts. Die Aufnahme dieser Rechtsnorm kann für die Versorgungspraxis relevant sein, damit alle am Versorgungsprozess Beteiligten darüber informiert sind, dass der Medizinische Dienst die beauftragte Prüfung und Begutachtung sozialmedizinisch unabhängig von den Krankenkassen durchführt und gleichzeitig seine Ergebnisse und Empfehlungen für das Ergebnis der Leistungsentscheidung der Krankenkassen nicht verbindlich sind.

2.1.4 Anpassungen in § 6 – Allgemeine Ordnungsgrundsätze

Zu Absatz 1

Mit dem neuen Satz 3 in § 6 Absatz 1 wird für die gesamte Richtlinie klargestellt, dass deren Regelungen entsprechend für elektronische Verordnungen gelten. Die Änderung setzt den im Zuge des Digitale-Versorgung-Gesetzes vom 9. Dezember 2019 eingeführten Auftrag des Gesetzgebers aus § 86 Absatz 2 SGB V um. Bisher waren Verordnungen ausschließlich auf dem entsprechenden Ordnungsvordruck in Papierform vorgesehen, was sich auch begrifflich im Richtlinienentwurf widerspiegelt hat. In der Richtlinie wurde daher die Möglichkeit der Verordnung in elektronischer Form geschaffen.

Zu Absatz 2 Satz 2 (neu)

Durch Ergänzung des neuen Satzes 2 in Absatz 2 wird klargestellt, dass die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt zur Ermittlung des Hilfsmittelbedarfs auch Fremdbefunde oder einen vorhandenen Teilhabeplan (§ 19 SGB IX) heranziehen kann.

Zu Absatz 3

In Satz 2 wird der Klammerzusatz mit dem Begriff „Fähigkeitsstörungen“ gestrichen, da Krankheitsfolgen gemäß der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

als Beeinträchtigungen der Aktivitäten bezeichnet werden. Ferner wird der Aspekt der Teilhabe ergänzt. Die im selben Satz enthaltene Aufzählung wird zudem in Hinblick auf den logischen Ablauf der Prüfung neu sortiert, nicht aber inhaltlich geändert.

Da die Regelung in Satz 4 nicht allein die Behandlung, sondern auch die Versorgung und deren Ziele betrifft, wird hier die inhaltlich weitergehende Formulierung „Versorgungsziel“ gewählt.

Zu Absatz 5 und Absatz 8

Durch die Änderungen in Absatz 5 Satz 3 und Absatz 8 Satz 1 wurde jeweils ein Bezug zu § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 aufgenommen und damit auf die für die Hilfsmittelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung relevanten Aspekte der Teilhabe hingewiesen.

2.1.5 Anpassungen in § 7 – Inhalt der Verordnung

Zu Absatz 1

Mit der Ergänzung von Satz 5 wird klargestellt, dass die Vertragsärztin und der Vertragsarzt bei der Verordnung formal nicht auf die knappen Vordruckmuster beschränkt ist. Der Verordnung auf dem Vordruckmuster können und ggf. sollen nach Maßgabe dieser Richtlinie weitere die Verordnung konkretisierende Unterlagen durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt beigelegt werden. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind hierbei einzuhalten.

Zu Absatz 2

Mit den Ergänzungen unter Nummer 3 und 4 wird klargestellt, welche notwendigen Angaben durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt bei der Verordnung von Hilfsmittel ergänzend gemacht werden können, insbesondere um eine funktionsgerechte und zweckmäßige Auswahl von geeigneten und wirtschaftlichen Hilfsmitteln durch die nachgelagerten Leistungserbringer (siehe § 127 SGB V) sicherzustellen und gleichzeitig Prüf- und Genehmigungsverfahren u. a. bei spezifischen Bedarfen oder komplexen und damit ggf. prüfaufwändigeren Bedarfssituationen effizienter zu gestalten.

Durch angemessene, nachvollziehbare und schlüssige Angaben wird ein Beitrag geleistet, Über-, Unter- und Fehlversorgungen von vornherein vorzubeugen.

Dies kann auch dazu beitragen, dass mögliche Unsicherheiten bei Versicherten durch Beratungs- und Mehrkostenauskünfte durch nachgelagerte Leistungserbringer (§ 127 Absatz 5 SGB V) vermindert und der Prozess der Abgabe von Hilfsmittel (§ 8) transparenter und effizienter gestaltet wird.

Leistungsrechtliche Informationen zu Zweckbestimmung und Indikation von verschiedenen Hilfsmitteln und den teils zu Grunde liegenden Methoden sind in den Beschreibungen und Hinweisen auf Produktgruppen- und Produktartebene des Hilfsmittelverzeichnisses hinterlegt (vgl. § 4). Hilfsmittel ähnlicher oder gleicher Funktion bzw. medizinischer Indikation sind jeweils in einer Produktart subsumiert und ein Indikationsrahmen ist angegeben. Das Hilfsmittelverzeichnis ist nicht verbindlich und abschließend, es bietet nach ständiger Rechtsprechung jedoch eine Orientierungs- und Auslegungshilfe auch für die Hilfsmittelverordnung und wird regelmäßig vom GKV-SV fortgeschrieben. Insbesondere bei spezifischen Bedarfen nach § 7 Absatz 2 Nummer 4 kann die Verordnung erforderlichenfalls durch zusätzliche Angaben, ggf. in einer Anlage, spezifiziert werden, um Rückfragen zu vermeiden und die Entscheidungsprozesse zu erleichtern.

Ergänzende Angaben können darüber hinaus auch in anderen Einzelfällen sinnvoll sein, wenn beispielsweise keine genauen Angaben zu einer Produktart oder 7-stelligen Positionsnummer nach § 7 Absatz 3 bei der Verordnung gemacht werden können, und sich alleine aus der Diag-

nose die Indikation für die Versorgung und bei Beeinträchtigung der Teilhabe ggf. alltagsrelevante, erhebliche Gebrauchsvorteile medizinisch nicht ausreichend nachvollziehen lassen (medizinische Notwendigkeit / Maß der Versorgung). Folgende spezifische Angaben können für die einzelnen Versorgungen relevant sein (siehe § 6 Abs. 3 Satz 2): Funktionsdiagnosen, strukturelle und funktionelle Schädigungen, alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe (ICF), versorgungsbeschränkende und -fördernde Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt, voraussichtlich erreichbare Ziele in Bezug auf den Versorgungszweck (kurativ-therapeutisch oder medizinisch-rehabilitativ), Erprobungsergebnis, Fähigkeit zur Nutzung des Hilfsmittels, für die Zielerreichung notwendige Eigenschaften und Merkmale des Hilfsmittels (z. B. Bezeichnung, Ausstattung, Zubehör), Gebrauchsvorteile oder Synergien mit anderen Hilfsmitteln oder Therapiemaßnahmen. Aus einer Verordnung sollten die medizinisch notwendigen Angaben für die Indikation der konkreten Hilfsmittelversorgung hervorgehen.

Durch Ergänzung des Satzes 3 in Absatz 2 wurde zudem klargestellt, dass gegebenenfalls die notwendigen Angaben der Verordnung gesondert beizufügen sind, damit diese bei der Entscheidung durch die Krankenkassen berücksichtigt werden können.

Zu § 10 Absatz 3 neu

In § 19 Absatz 3 wird klargestellt, dass in den Fällen des § 19 Absatz 2 Satz 3 SGB IX Versicherte die Erstellung eines Teilhabeplanes durch die Krankenkasse wünschen können, wenn diese leistender Rehabilitationsträger ist. Es handelt sich ausschließlich um die Wiedergabe ohnehin geltenden Rechts.

Im Teilhabeplanverfahren können die Bedarfe und die Erforderlichkeit von Hilfsmitteln sowie nach Möglichkeit deren Eigenschaften ermittelt und die Zuständigkeit der Leistungsträger festgestellt werden. Die Teilhabeplanung kann sich auf einen geeigneten Zeitraum beziehen und mehrere Hilfsmittel umfassen und so als Entscheidungsgrundlage für die Leistungsträger dienen. Das Teilhabeplanverfahren kann sich so auswirken, dass eine mehrfache und wiederholte Befundermittlung und Begründung weitgehend entfallen kann. Eine auf das jeweilige Hilfsmittel bezogene Prüfung des Kostenvoranschlages bleibt davon unberührt.

2.1.6 Anpassung in § 19 Absatz 1

Bei den Änderungen in § 19 Absatz 1 Nummer 3 handelt sich um Folgeänderungen an die in § 7 Absatz 2 Nummer 4 vorgenommenen Änderungen.

2.2 Verordnung im Rahmen der Fernbehandlung – § 6 Absatz 2 Satz 3 bis 10 (neu)

In § 6 Absatz 2 werden mit den neuen Sätzen 3 bis 10 Regelungen zur Verordnung von Hilfsmitteln im Rahmen der Videosprechstunde und per Telefonie aufgenommen.

In § 6 Allgemeine Verordnungsgrundsätze werden die Besonderheiten im Zusammenhang eines mittelbar persönlichen Kontakts zwischen der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt und der oder dem Versicherten geregelt. Danach ist die Verordnung von Hilfsmitteln, soweit dies im jeweiligen Fall vertretbar ist, mittelbar persönlich nur per Videosprechstunde oder ausnahmsweise per Telefon möglich.

Es besteht keine Verpflichtung zur Teilnahme an einer Videosprechstunde. Die Teilnahme ist für alle Teilnehmer freiwillig (vgl. zur Videosprechstunde auch die Anlage 31b BMV-Ä).

Die Verwendung des Begriffs „Fernbehandlung“ ist im Zusammenhang mit der Hilfsm-RL nicht eindeutig und damit ungeeignet. Die beabsichtigte Regelung berührt zudem auch nicht die Versorgung mit Hilfsmitteln selbst, sondern betrifft lediglich die Verordnung von Leistungen

im Rahmen eines unmittelbar persönlichen oder – als Neuregelung – eines mittelbar persönlichen Kontaktes zwischen der oder dem Versicherten und der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt. Zur begrifflichen Klarheit wird daher auf den Begriff „Fernbehandlung“ verzichtet. Eine Verordnung kann im mittelbar persönlichen Kontakt nur über eine Videosprechstunde oder im Ausnahmefall per Telefon zwischen der oder dem Versicherten und der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt erfolgen. Damit ist auch eine Abgrenzung zu weiteren Kommunikationsmedien wie z. B. Chat, E-Mail, Fax o. ä. gegeben.

2.2.1 Zu den Sätzen 3 bis 5

Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt entscheidet aus ärztlicher Sicht unter Beachtung der jeweiligen berufsrechtlichen Vorgaben für Ärztinnen und Ärzte über die Vertretbarkeit einer Verordnung im Rahmen eines mittelbar persönlichen Kontaktes zwischen der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt und der oder dem Versicherten per Videosprechstunde. Dieser Regelungsansatz entspricht den aktuellen berufsrechtlichen Vorgaben für Ärztinnen und Ärzte, die jeweils vom Grundsatz der Behandlung im unmittelbar persönlichen Kontakt zur Versicherten oder zum Versicherten ausgehen.

Der Begriff „vertretbar“ beinhaltet bereits die Beachtung von berufsrechtlichen Besonderheiten. Zur Klarstellung wird durch die Formulierung „unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben“ ausdrücklich und ergänzend auf das Berufsrecht Bezug genommen. Dabei sind auch die Vorgaben in der Anlage 31b BMV-Ä einzuhalten. Darüber hinaus sind auch die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sowie die weiteren gesetzlichen Vorgaben zur Erbringung der Videosprechstunde zu beachten.

Voraussetzung für die Verordnung von Hilfsmitteln ist nach § 6 Absatz 2 Satz 1, dass sich die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt vom Zustand der oder des Versicherten überzeugt und sich erforderlichenfalls bei der oder dem Versicherten über die persönlichen Lebensumstände informiert hat oder ihr oder ihm diese aus der laufenden Behandlung bekannt sind.

Die Ermittlung der Voraussetzungen nach § 6 Absatz 2 Satz 1 und der Feststellungen nach § 6 Absatz 3 haben persönlich zu erfolgen. „Persönlich“ setzt die Anwesenheit der oder des Versicherten in seiner Person voraus. Das bedeutet, dass nicht eine andere Person anstelle der oder des Versicherten alleinig anwesend sein kann. Dies gilt gleichermaßen für Verordnungen im Rahmen der Videosprechstunde wie für die Präsenzbehandlung. Im Falle der Videosprechstunde ist die oder der Versicherte zwar nicht in Präsenz vor Ort, aber in technischer Vermittlung durch die Videoverbindung in Echtzeit mittelbar persönlich anwesend.

Die begriffliche Abgrenzung zwischen „mittelbar persönlich“ und „unmittelbar persönlich“ wird vorgenommen, weil die ärztliche Konsultation per Videosprechstunde nicht vollumfänglich, sondern nur eingeschränkt erfolgen kann. So kann etwa im Rahmen einer Videosprechstunde zwar eine ärztliche Untersuchung erfolgen, soweit akustische und visuelle Eindrücke, Stimme oder Erscheinungsbild, die durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt auch auf diesem Wege häufig gut beobachtet werden können, für die Untersuchung hinreichend sind. Vor allem nonverbale Signale wie Mimik, Gestik und emotionale Präsenz sind aber gegenüber einem unmittelbar persönlichen Kontakt eingeschränkt beurteilbar. Einige Untersuchungsmöglichkeiten, wie zum Beispiel das Abtasten, spezifische Funktionstests oder Untersuchungen, die den Einsatz von diagnostischen Geräten voraussetzen, sind nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich. Darüber hinaus wird die Videosprechstunde von technischen Faktoren (Übertragungsqualität, Lichtverhältnisse in der Häuslichkeit der Versicherten, Bildqualität) beeinflusst, so dass nicht die gleichen Eindrücke gesammelt werden können, wie es bei einer unmittelbar persönlichen Behandlung der Fall ist. Dies führt neben den vorgenannten prinzip-

bedingten Einschränkungen der Befunderhebung dazu, dass die Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt auch die Aussagen der oder des Versicherten zur Erkrankung nicht in jedem Einzelfall vollumfänglich überprüfen bzw. nachvollziehen kann.

2.2.2 Zu Satz 6 Nummer 1 und 2

Die Verordnung kann ferner nur dann mittels Videosprechstunde zwischen der oder dem Versicherten und der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt erfolgen, wenn die Ermittlung der Voraussetzungen nach § 6 Absatz 2 Satz 1 und die Feststellungen nach § 6 Absatz 3 der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt oder einer anderen verordnungsberechtigten Person, die mit Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt gemeinschaftlich unter Zugriff auf die gemeinsame Patientendokumentation die oder den Versicherten behandelt, unmittelbar persönlich bekannt sind.

Aus der gewählten Formulierung „oder einer anderen verordnungsberechtigten Person, die mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt gemeinschaftlich unter Zugriff auf die gemeinsame Patientendokumentation die oder den Versicherten behandelt“ wird deutlich, dass es dem G-BA unabhängig von der gewählten Organisationsform darauf ankommt, dass in der jeweiligen Organisationsform eine gemeinsame Patientenbehandlung und eine gemeinsame Patientendokumentation gewährleistet ist. Als Organisationsform in Betracht kommen beispielsweise Berufsausübungsgemeinschaften, medizinische Versorgungszentren oder auch ermächtigte Einrichtungen im Krankenhaus. Sofern in den Fernbehandlungsregelungen der Heilmittel-Richtlinie, der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, der Rehabilitations-Richtlinie und der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie allein die Berufsausübungsgemeinschaft genannt wird, meint der G-BA auch hier, dass es sich hierbei auch um andere Organisationsformen handeln kann, in denen eine gemeinsame Patientenbehandlung und gemeinsame Patientendokumentation gewährleistet ist. In der Folge zu dieser Richtlinienänderung wird dies sukzessiv auch in den anderen Richtlinien des G-BA entsprechend angepasst. Beim Zugriff auf die gemeinsame Patientendokumentation wird von der Beachtung der berufsrechtlichen und datenschutzrechtlichen Voraussetzungen ausgegangen.

Eine Verordnung per Videosprechstunde zwischen der oder dem Versicherten und der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt darf nicht durch die Erkrankung, etwa aufgrund ihrer Art und Schwere, ausgeschlossen sein. Die Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt entscheidet hierüber unter Beachtung ihrer oder seiner ärztlichen Sorgfaltspflicht. Die Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt hat die Grenzen des Beratungs- und Behandlungsgeschehens verantwortungsbewusst zu setzen. Es bedarf in jedem Einzelfall einer umsichtigen Abwägungsentscheidung darüber, ob die Schilderungen der oder des Versicherten im Rahmen der ärztlichen Befundung insgesamt ausreichend sind für eine Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde.

Maßgeblich für diese Abwägungsentscheidung ist unter anderem, ob der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt der Zustand der oder des Versicherten aus einer bereits laufenden Behandlung ausreichend bekannt ist, also insbesondere ob es bereits einen unmittelbar persönlichen Kontakt zwischen der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt und der oder dem Versicherten gab, aufgrund dessen die Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt bereits Kenntnisse zu wesentlichen Vorbefunden und zum sozialen Umfeld sowie Informationen über den Krankheitsverlauf hat. Weitere Kriterien können die spezifische Symptomatik der oder des Versicherten sowie Art und Schwere der Beschwerden darstellen.

Die Verordnung von Hilfsmitteln kann gemäß § 6 Absatz 2 Satz 1 nur erfolgen, wenn sich Vertragsärztin oder der Vertragsarzt vom Zustand der oder des Versicherten überzeugt hat oder wenn ihr oder ihm diese aus der laufenden Behandlung bekannt sind. Ziel ist es, neben der fundierten Einschätzung der zu einer Hilfsmittelverordnung führenden Diagnose die für eine

effektive Behandlungsplanung erforderlichen Kenntnisse über funktionelle/strukturelle Schädigungen, alltagsrelevante Einschränkungen der Aktivitäten und der Teilhabe sowie personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren zu erlangen, denn die Indikation für eine Hilfsmittel-Verordnung ergibt sich gemäß § 6 Absatz 3 nur aus dieser Gesamtbetrachtung heraus.

Eine erstmalige Verordnung von Hilfsmitteln muss nicht im Zuge dieses unmittelbar persönlichen Arzt-Patienten-Kontakts erfolgen. Sie kann ohne Weiteres auch in einem darauffolgenden mittelbar persönlichen Kontakt erfolgen, weshalb eine entsprechende Einschränkung auf Folgeverordnungen nicht sachgerecht ist. Dies kann beispielweise dann der Fall sein, wenn zunächst andere Therapieoptionen erwogen werden und die Hilfsmittelverordnung eine nachrangige Behandlungsoption darstellt.

2.2.3 Zu Satz 7

Sofern eine hinreichend sichere Beurteilung der Verordnungsvoraussetzungen im Rahmen der Videosprechstunde zwischen der oder dem Versicherten und der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt nicht möglich ist, ist von einer Verordnung im Wege der Videosprechstunde abzusehen und auf die Erforderlichkeit einer unmittelbar persönlichen Untersuchung durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt zu verweisen.

2.2.4 Zu Satz 8

Die oder der Versicherte ist im Vorfeld der Videosprechstunde über die eingeschränkten Möglichkeiten der Befunderhebung zum Zweck der Verordnung im Rahmen der Videosprechstunde aufzuklären.

2.2.5 Zu Satz 9

Satz 9 stellt klar, dass Versicherte keinen Anspruch auf die Verordnung aufgrund einer ärztlichen Untersuchung im Wege einer Videosprechstunde haben.

2.2.6 Zu Satz 10

Satz 10 sieht als Ausnahme zu den Beschränkungen in Satz 4 vor, dass die Ausstellung von weiteren Verordnungen im Sinne von § 6 Absatz 2 Satz 3 auch nach einem diesbezüglich vorherigen telefonischen Kontakt zwischen der oder dem Versicherten sowie der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt zulässig ist, wenn die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt den aktuellen Gesundheitszustand der oder des Versicherten insbesondere mit Blick auf die funktionellen/strukturellen Schädigungen, alltagsrelevanten Einschränkungen der Aktivitäten und der Teilhabe sowie person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Behandlung oder einer Videosprechstunde erhoben hat und keine weitere Ermittlung ordnungsrelevanter Informationen erforderlich ist.

2.2.7 Zu Satz 11

In Satz 11 wird klarstellend darauf hingewiesen, dass die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt sowohl bei der Videosprechstunde als auch bei der Telefonie die Authentifizierung der oder des Versicherten durchzuführen hat. Das Nähere zu Verordnungen im Rahmen der Videosprechstunde wird in den Vereinbarungen der Partner der Bundesmantelverträge geregelt.

2.3 Streichung der COVID-Sonderregelung in § 11a

Zu Absatz 1

In den ersten Monaten des Jahres 2023 sind die letzten landes- und bundesweiten Corona-Schutzmaßnahmen ausgelaufen (siehe beispielsweise § 28b Infektionsschutzgesetz (IfSG) oder auch eine Vielzahl an Corona-Verordnungen¹). Aufgrund des Endes der COVID 19-Epidemie ist mit weiterem epidemischen Ausbruchgeschehen aufgrund des SARS-CoV-2-Virus, auf welche der G-BA nach § 9 Absatz 2a Geschäftsordnung des G-BA rasch mit Ausnahmen von Richtlinienregelungen reagieren müsste, nicht mehr zu rechnen. Daher wird die Regelung des § 11a Absatz 1 gestrichen.

Zu Absatz 2

Die Regelung des § 1 Absatz 2 Satz 2 der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung vom 20. April 2020, zuletzt geändert durch Artikel 8a des Gesetzes vom 16. September 2022,² ist am 7. April 2023 außer Kraft getreten.³ Damit ist die Rechtsgrundlage dieser Regelung entfallen, sodass auch Absatz 2 des § 11a gestrichen werden kann.

2.4 Zu § 19 Absatz 1

Bei den Änderungen in § 19 Absatz 1 Nummer 3 handelt sich um Folgeänderungen zur Anpassung an die in § 7 Absatz 2 Nummer 4 vorgenommenen Änderungen.

2.5 Redaktionelle und begriffliche Anpassungen

Zur besseren Zitierung werden die Spiegelstriche bei den in der Richtlinie enthaltenen Aufzählungen zu Nummern und Buchstaben. Ferner werden zur besseren Lesbarkeit Abkürzungen und Zahlwörter ausgeschrieben.

Zudem wird zum Zwecke der Vereinheitlichung im gesamten Richtlinien text die Bezeichnung „Vertragsärztinnen und Vertragsärzte“ als Oberbegriff für die nach dieser Richtlinie verordnungsberechtigten Personen eingeführt.

3. Würdigung der Stellungnahmen

Der G-BA hat die Stellungnahmen ausgewertet. Im Ergebnis wurde der Beschlussentwurf wie folgt geändert (siehe Unterstreichungen):

In § 1 Absatz 1 wird folgender weiterer Satz als Satz 3 angefügt:

„Gleiches gilt gemäß §§ 2a und 2b SGB V für die besonderen Belange chronisch kranker Menschen sowie geschlechts- und altersspezifischen Besonderheiten bei der Versorgung der Versicherten.“

In § 3 Absatz 1 wird Satz 1 im ersten Halbsatz wie folgt ergänzt:

¹ Siehe beispielsweise Niedersächsische Corona-Verordnung, Corona-Schutzverordnung des Landes Nordrhein-Westfalen oder auch Corona-Verordnung des Landes Baden-Württemberg.

² SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung vom 20. April 2020 (BAnz AT 21.04.2020 V1), zuletzt geändert durch Artikel 8a des Gesetzes vom 16. September 2022 (BGBl. I S. 1454).

³ Siehe § 9 Absatz 1 dieser Verordnung in der Fassung des d. Art. 1 Nr. 4 Buchst. a V v. 22.5.2022 (BAnz AT 30.05.2022 V1 u. d. Art. 8a V v. 16.9.2022 I 1452).

„Hilfsmittel können unbeschadet des § 33 Absatz 5a Satz 1 und Satz 3 SGB V zu Lasten der Krankenkassen durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte verordnet werden, wenn sie im Einzelfall erforderlich sind,“

Die PatV verzichtet auf die Formulierung in § 5 Absatz 5 Satz 2:

~~*„Für den Fall, dass zwischen der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt und dem Medizinischen Dienst unterschiedliche Einschätzungen über die Verordnung bestehen, kann die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt zur weiteren Klärung Auskünfte über die Krankenkasse einholen.“*~~

Das Stellungnahmeverfahren ist in Kapitel B der Zusammenfassenden Dokumentation abgebildet.

4. Bürokratiekostenermittlung

Im vorliegenden Beschluss wurden insbesondere die Inhalte der Verordnung in § 7 der Hilfsmittel-Richtlinie umfangreicher gefasst. Es wurde klargestellt, dass die Verordnung durch weitere Unterlagen ergänzt werden kann, um diese zu konkretisieren. Dadurch erhalten die am Versorgungsprozess Beteiligten zusätzliche notwendige Angaben für die Auswahl der konkreten Hilfsmittel durch nachgelagerte Leistungserbringer sowie für die Prüfung des Antrags (gegebenenfalls unter Hinzuziehung des Medizinischen Dienstes) und die abschließende Leistungsentscheidung durch die jeweilige Krankenkasse.

Durch die Änderungen entstehen keine zusätzlichen Bürokratiekosten. Es kann jedoch im Einzelfall zu einem zusätzlichen Aufwand für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bei der Verordnung im Falle komplexer Bedarfe kommen. Gleichzeitig können die präziseren Regelungen der Verordnung Rückfragen durch Leistungserbringer, Krankenkassen oder den Medizinischen Dienst reduzieren. Dies kann eine Entlastung der verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bewirken.

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
20.04.2023	Plenum	Beschluss zur Einleitung eines Beratungsverfahrens gemäß 1. Kapitel § 5 Absatz 1 VerFO
10.09.2024	UA VL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerFO) über eine Änderung der HilfsM-RL
10.12.2024	UA VL	Mündliche Anhörung
28.01.2025	UA VL	Abschließende Würdigung der schriftlichen Stellungnahme aus dem Stellungnahmeverfahren
20.02.2025	Plenum	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der HilfsM-RL

Berlin, den 20. Februar 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken