Zentralverband der
Augenoptiker
und Optometristen

Stellungnahme

Stellungnahme des Zentralverbands der Augenoptiker und Optometristen zum Entwurf einer Verfahrensordnung des GKV-Spitzenverbandes zur Festsetzung von Festbeträgen für Hilfsmittel gemäß § 36 SGB V

Düsseldorf, den 6. November 2026

Gliederung

A. Zusammenfassung 3

B. Zu II. der Verfahrensordnung des GKV-Spitzenverbandes vom 14. Oktober 2026 3

C. Zu III. der Verfahrensordnung des GKV-Spitzenverbandes vom 14. Oktober 2026 5

D. Zu IV. der Verfahrensordnung des GKV-Spitzenverbandes vom 14. Oktober 2026 10

Für eine bessere Lesbarkeit wird nicht ausdrücklich in geschlechtsspezifische Personenbezeichnungen differenziert. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichberechtigung für alle Geschlechter.

A. Zusammenfassung

Der ZVA bittet den GKV-Spitzenverband, den Entwurf einer Verfahrensordnung zur Festsetzung von Festbeträgen für Hilfsmittel grundlegend zu überarbeiten.

Eine rechtssichere, verhältnismäßige und praxistaugliche Verfahrensordnung setzt voraus, dass die Datenanforderungen auf das konkret Erforderliche begrenzt bleiben, die Verbandserhebung Vorrang erhält und unmittelbare Betriebsabfragen nur subsidiär erfolgen. Soweit betriebliche Direktabfragen ausnahmsweise erforderlich sind, müssen sie auf leistungs- und lieferberechtigte Betriebe beschränkt, anhand transparenter und repräsentativer Kriterien durchgeführt und so ausgestaltet werden, dass die tatsächlichen Strukturen einer flächendeckenden und wohnortnahen augenoptischen Versorgung abgebildet werden. Der Schutz von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen, kurze und zweckgebundene Speicherfristen sowie ein transparentes und nachvollziehbares Schätzverfahren sind hierfür unerlässliche Voraussetzungen.

Im Einzelnen:

B. Zu II. der Verfahrensordnung des GKV-Spitzenverbandes vom 14. Oktober 2026

Kapitel II der Verfahrensordnung legt das Verfahren zur Bestimmung der Hilfsmittel fest, für die Festbeträge festgesetzt werden.

I. In Abschnitt II.1. regelt der Entwurf, unter welchen Voraussetzungen eine Festbetragsgruppe überhaupt gebildet werden kann. Gegen diese Regelungen bestehen keine grundsätzlichen Bedenken. Allerdings genügt der Entwurf nicht den Anforderungen an eine Verfahrensordnung. Zum einen wiederholt der Entwurf lediglich § 36 Abs. 1 S. 2 SGB V, in dem er festhält, dass die Bildung einer Festbetragsgruppe insbesondere voraussetze, dass die einzubeziehenden Hilfsmittel in ihrer Funktion gleichartig und gleichwertig sind. Eine Konkretisierung der gesetzlichen Regelung, insbesondere der Begriffe ***gleichwertig*** und ***gleichartig,*** fehlt. Auch die übrigen Vorgaben, die erfüllt sein müssen, um eine Festbetragsgruppe bilden zu können, bleiben vage. So müssen nach dem Entwurf konfektionierte Hilfsmittel in einer ***hinreichenden*** Anzahl gelistet sein, Hilfsmittel müssen einen ***vergleichbaren*** Versorgungszweck erfüllen und der ***erforderliche*** Aufwand zur individuellen Anpassung dürfe einer Gruppenbildung nicht entgegenstehen. Was unter ***hinreichend, erforderlich*** oder ***vergleichbar*** zu verstehen ist, wird nicht ausgeführt, auch nicht das Vorgehen, um beispielsweise das Vorliegen einer hinreichenden Anzahl zu ermitteln.

   Mit dem Entwurf gelingt es dem GKV-Spitzenverband nicht, das gesetzlich vorgegebene Verfahren transparent zu konkretisieren.

II. Der Abschnitt II.2. der Verfahrensordnung nimmt Wirtschaftlichkeits- und Wettbewerbsaspekte der Festbetragsfestsetzung in den Blick. In der Tat spielen diese nach § 36 Abs. 1 S. 1 und Abs. 4 S. 1, 2 SGB V bei der Festsetzung von Festbeträgen eine Rolle. Allerdings stehen Wirtschaftlichkeitsaspekte nach § 36 SGB V in einem Spannungsverhältnis mit dem Erfordernis, eine qualitätsgesicherte Versorgung zu gewährleisten. Weder in diesem Abschnitt noch in den beiden nachfolgenden Abschnitten II.3. und II.4. findet sich auch nur ein Wort zur Qualitätssicherung. Es wird lediglich auf § 36 Abs. 4 S. 2 SGB V Bezug genommen, in dem der Gesetzgeber vorgibt, Festbeträge haben Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, nicht aber auf § 36 Abs. 4 S. 1 SGB V, in

dem es um die Sicherstellung einer ausreichenden, zweckmäßigen und in der Qualität gesicherten Versorgung geht.

Dieses Spannungsverhältnis wird vom GKV-Spitzenverband verkannt, sodass die Verfahrensordnung in materieller Hinsicht nicht den Anforderungen des § 36 SGB V genügt.

Hinzu kommt, dass auch die Wirtschaftlichkeits- und Wettbewerbsaspekte der Festbetragsfestsetzung nicht in einer Form geregelt werden, dass der Entwurf den formellen Anforderungen einer Verfahrensordnung (Transparenz, Konkretisierung) entspricht. So werden verschiedene Kriterien aufgezählt, anhand derer beurteilt werden könne, ob Wirtschaftlichkeitsreserven durch die Bildung einer Festbetragsgruppe erschlossen werden können. Dabei heißt es, der GKV-Spitzenverband ***kann*** die Kriterien heranziehen. Demnach soll der GKV-Spitzenverband auch weitere, nicht genannte Kriterien heranziehen können und er soll auch ausdrücklich genannte Kriterien nicht beachten dürfen. Weiter fehlen Angaben, wie der GKV-Spitzenverband die unterschiedlichen Kriterien gewichten will und wie viele der genannten Kriterien erfüllt sein müssen.

Im letzten Absatz des Abschnitts heißt es:

Wirtschaftlichkeitsreserven können insbesondere dann angenommen werden, wenn der auf der Grundlage der Kalkulation ermittelte Festbetrag unterhalb der durchschnittlichen Vertragspreise der Krankenkasse liegt.

Auch hier stellt sich die Frage, warum der GKV-Spitzenverband das Wort ***können*** in diesem Zusammenhang wählt. Er räumt sich selbst in diesem Fall, in dem unstreitig Wirtschaftlichkeitsreserven angenommen werden müssen, ein Ermessen ein, wobei nicht erkennbar ist, anhand welcher Kriterien er dieses ausüben möchte.

Weiter lässt es der GKV-Spitzenverband offen, was aus dem Umstand abzuleiten ist, wenn der auf der Grundlage der Kalkulation ermittelte Festbetrag oberhalb der durchschnittlichen Vertragspreise der Krankenkasse liegt. Die Vermutung liegt nahe, dass der GKV-Spitzenverband in diesem Fall keine Wirtschaftlichkeitsreserven annehmen möchte. Ohne die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven besteht nach dem zweiten Absatz dieses Abschnittes nicht die Möglichkeit, eine Produktgruppe oder Produktart zur Festsetzung von Festbeträgen zu bestimmen.

Für die in der Produktgruppe 25 des Hilfsmittelverzeichnisses gelisteten Hilfsmittel (Sehhilfen) bedeutet dies, dass in Zukunft keine Festbeträge mehr festgesetzt werden können, obwohl es für diese Hilfsmittel traditionell – bis zum März 2025 – immer Festbeträge gab. Denn die aktuellen Vertragspreise mit allen Krankenkassen für die Hilfsmittel der Produktgruppe 25 liegen auf der exakten Höhe der Festbeträge, die der GKV-Spitzenverband zum Oktober 2021 in Kraft gesetzt hat. Selbst wenn man davon ausginge, dass der GKV-Spitzenverband die damaligen Festbeträge korrekt ermittelt hätte, dann müssten diese allein aufgrund der Inflation bei einer erneuten Kalkulation im Jahr 2027 deutlich über den Festbeträgen aus dem Jahr 2021 und damit deutlich über den durchschnittlichen aktuellen Vertragspreisen liegen. Dies gilt auch unter der Berücksichtigung der Erkenntnis, dass die allgemeine Inflation nicht eins zu eins mit der tatsächlichen Kostensteigerung augenoptischer Betriebe gleichzusetzen ist.

III. Abschnitt II.3. sieht ein Stellungnahmeverfahren unter Beteiligung der maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer vor. Die konkrete Ausgestaltung dieses Verfahrens bleibt jedoch weitgehend offen. Insbesondere fehlen verbindliche Regelungen zur Dauer der Stellungnahmefrist, zu den Voraussetzungen, unter denen der GKV-Spitzenverband eine mündliche Anhörung durchzuführen hat, sowie zur Erstellung und Übermittlung des

Anhörungsprotokolls. Auch ist nicht geregelt, welchen Beteiligten das Protokoll in welcher Form zugänglich zu machen ist.

Auch in diesem Abschnitt erfüllt der Entwurf nicht die Anforderungen an eine transparente und konkretisierende Verfahrensordnung.

C. Zu III. der Verfahrensordnung des GKV-Spitzenverbandes vom 14. Oktober 2026

Das Verfahren zur Festsetzung der Festbeträge wird in Kapitel III geregelt.

I. Der GKV-Spitzenverband geht mit der im Entwurf der Verfahrensordnung vorgesehenen offenen Aufzählung der Informationen und Nachweise, die angefordert werden dürfen, über den gesetzlich vorgegebenen Rahmen hinaus.

Dies zeigt bereits ein Vergleich der geltenden Fassung des § 36 Abs. 2 Satz 4 SGB V mit dem Referentenentwurf des Beitragssatzstabilisierungsgesetzes. Während der Referentenentwurf noch vorsah, dass der GKV-Spitzenverband ***insbesondere*** bestimmte Nachweise verlangen kann, hat der Gesetzgeber das Wort ***insbesondere*** im weiteren Gesetzgebungsverfahren bewusst gestrichen und die Datenarten, die der Auskunftsverpflichtung unterliegen, näher bestimmt.

Zwar enthält das Gesetz mit den sonstigen für eine sachgerechte Festbetragsberechnung erforderlichen Kosten- und Strukturdaten weiterhin eine Auffangkategorie. Diese ist jedoch ausdrücklich auf Daten begrenzt, die für den genannten Zweck erforderlich sind.

Die erneute Verwendung des Wortes ***insbesondere*** in Abschnitt III.1. der Verfahrensordnung widerspricht der im Gesetzgebungsverfahren vorgenommenen Eingrenzung der Nachweisbefugnisse. Sie eröffnet dem GKV-Spitzenverband einen zusätzlichen, nicht hinreichend bestimmten Spielraum bei der Datenerhebung.

Eine solche Erweiterung ist mit dem gesetzgeberischen Willen zur Konkretisierung und Begrenzung der Auskunfts- und Nachweispflichten nicht vereinbar.

II. Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes ist es, eine Verfahrensordnung zu erlassen, die dem datenschutzrechtlichen Grundsatz der Datenminimierung entspricht. Dies gelingt nicht ansatzweise.

1. So dürfen nur solche Daten verarbeitet werden, die für den jeweiligen Zweck angemessen, erheblich und erforderlich sind. Vor diesem Hintergrund ist die im Abschnitt III.1. enthaltene Feststellung, die gebündelte Übermittlung durch einen Verband lasse die gesetzliche Verpflichtung der Hersteller und Leistungserbringer unberührt, nicht nachvollziehbar. Wenn dem GKV-Spitzenverband beispielsweise bereits Daten über Rabatte und Einkaufspreise der Hersteller vorliegen, dann ist es unnötig, diese Informationen zusätzlich auch von den Leistungserbringern anzufordern. Aus Gründen der Verfahrenserleichterung ist es geboten, dass diese Informationen ausschließlich von den Herstellern abgefragt werden, da ein Hersteller üblicherweise eine Vielzahl von Leistungserbringern beliefert. Gleiches gilt beispielsweise für Arbeitszeiten. Wenn diese durch eine repräsentative Zeitaufzeichnung von einem Leistungserbringerverband dem GKV-Spitzenverband gemeldet werden, dann bedarf es keiner Erhebung von Daten über Arbeitszeiten bei den Leistungserbringern. Vor diesem Hintergrund ist es zwingend geboten, dass der GKV-Spitzenverband in der Verfahrensordnung für jedes Datum eine Rangfolge der Auskunftsverpflichtung vorgibt.

2. Der Vorrang der Verbandserhebung ergibt sich auch aus dem erheblichen bürokratischen Aufwand der Betriebe, der erstmalig bei der Erfüllung eines Auskunftsverlangens entsteht. Diesen

schätzen wir für einen gut organisierten Augenoptikbetrieb mit elektronischer Warenwirtschaft und Buchhaltung sowie grundsätzlich verfügbaren Einkaufs- und Abgabebelegen auf etwa 110 Personalstunden, wobei wir uns hinsichtlich der zu bearbeitenden Meldepositionen an die Produktgruppe 25 (Sehhilfen) mit 131 gelisteten Produkten orientiert haben. Weiter haben wir mit Blick auf die im Abschnitt III.1. genannten Datenarten und Nachweise sowie auf die Abschnitte 7 und 9 bis 11 der Technischen Verfahrensbeschreibung folgende acht Arbeitspakete identifiziert:

- **Prüfung des Auskunftsverlangens und Abgrenzung des Datenumfangs**
  Der Leistungserbringer muss zunächst das Auskunftsverlangen und die zugehörigen technischen Vorgaben prüfen. Dabei ist festzustellen, welche Hilfsmittel und Versorgungen, welche Datenarten und welcher Erhebungszeitraum betroffen sind. Anschließend müssen die relevanten betrieblichen Datenquellen identifiziert werden.
  Zeitaufwand: **6 Stunden**

- **Ermittlung der produktbezogenen Umsatz- und Absatzzahlen**
  Aus der betrieblichen Warenwirtschaft müssen die Umsatz- und Absatzzahlen für die betroffenen Hilfsmittel im vorgegebenen Erhebungszeitraum ermittelt werden. Die vorhandenen Artikel- und Leistungsdaten sind den betreffenden Positionen des Hilfsmittelverzeichnisses beziehungsweise der Festbetragsgruppe zuzuordnen. Die Ergebnisse müssen auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft werden.
  Zeitaufwand: **16 Stunden**

- **Ermittlung von Einkaufspreisen, Rabatten und Preisstaffeln**
  Der Leistungserbringer muss die für die betroffenen Hilfsmittel tatsächlich realisierten Einkaufspreise ermitteln. Hierzu sind die verfügbaren Einkaufsdaten auszuwerten und gewährte Rabatte, Boni, Skonti sowie gegebenenfalls unterschiedliche Preisstaffeln zu berücksichtigen. Soweit Vergünstigungen nicht unmittelbar einzelnen Produkten zugeordnet werden können, müssen diese nach einer nachvollziehbaren Methode auf die betreffenden Produkte verteilt werden.
  Zeitaufwand: **8 Stunden**

- **Ermittlung der Kalkulations- und Gemeinkostenzuschläge**
  Anhand der betrieblichen Kostenrechnung müssen die für die Hilfsmittelversorgung relevanten Gemeinkosten ermittelt werden. Hierzu sind die entsprechenden Kostenpositionen zu identifizieren, sachgerecht abzugrenzen und den vorgesehenen Kalkulationsgrundlagen zuzuordnen. Anschließend müssen die Kalkulations- und Gemeinkostenzuschläge berechnet und die verwendeten Berechnungsmethoden dokumentiert werden.
  Zeitaufwand: **8 Stunden**

- **Ermittlung der Stundenverrechnungssätze**
  Der Betrieb muss die eingesetzten Beschäftigten den vorgegebenen Qualifikationsstufen zuordnen. Auf Grundlage der vorhandenen Lohn- und Personaldaten sind die durchschnittlichen Bruttostundenlöhne und die zugehörigen Personalnebenkosten zu ermitteln. Daraus sind unter Berücksichtigung der maßgeblichen betrieblichen Kalkulationsgrundlagen die Stundenverrechnungssätze je Qualifikationsstufe zu berechnen und nachvollziehbar darzustellen.
  Zeitaufwand: **8 Stunden**

- **Ermittlung der Arbeitszeiten für die einzelnen Versorgungsschritte**
  Der Leistungserbringer muss die für die betroffenen Hilfsmittel erforderlichen Versorgungsprozesse erfassen und die darin enthaltenen Arbeitsschritte bestimmen. Hierzu gehören insbesondere die notwendigen Beratungs-, Mess-, Auswahl-, Anpassungs-, Herstellungs-, Kontroll- und

Nachbetreuungsleistungen. Für diese Tätigkeiten sind die durchschnittlichen Arbeitszeiten zu ermitteln und den jeweils eingesetzten Qualifikationsstufen zuzuordnen. Verschiedene Versorgungen müssen zur Ermittlung einer ***durchschnittlichen*** Arbeitszeit mehrfach erfasst werden. Die Zeitaufzeichnungen müssen nachvollziehbar dokumentiert werden.
Zeitaufwand: **40 Stunden**

- **Zusammenstellung der Nachweise und Plausibilitätsprüfung**
  Die ermittelten Daten müssen auf Vollständigkeit, rechnerische Richtigkeit und innere Widerspruchsfreiheit überprüft werden. Soweit erforderlich, sind die zugrunde liegenden Rechnungen, Rabattvereinbarungen, Kalkulationsunterlagen, Zeitaufzeichnungen und sonstigen Nachweise zusammenzustellen. Die Unterlagen müssen den gemeldeten Daten zugeordnet und gegebenenfalls so aufbereitet werden, dass schutzbedürftige Informationen nicht unnötig offengelegt werden.
  Zeitaufwand: **16 Stunden**

- **Technische Aufbereitung und Übermittlung der Daten**
  Der Leistungserbringer muss die erhobenen Informationen in die vom GKV-Spitzenverband vorgegebene elektronische Datenstruktur übertragen. Hierzu sind die erforderlichen Datenfelder auszufüllen, die vorgegebenen Formate und Kennzeichnungen einzuhalten sowie die zugehörigen Nachweisdateien zuzuordnen. Anschließend müssen die Daten technisch überprüft und über das vorgesehene Übermittlungsverfahren eingereicht werden. Eventuelle Fehlermeldungen sind auszuwerten und erforderliche Korrekturen vorzunehmen.
  Zeitaufwand: **6 Stunden**

Der Aufwand erhöht sich, wenn in dem Auskunftsverlangen des GKV-Spitzenverbandes noch weitere Kosten- und Strukturdaten angefordert werden.

Die in Abschnitt III.1. vorgesehene Regelfrist von acht Wochen zur Übermittlung der angeforderten Daten ist angesichts des erheblichen personellen und organisatorischen Aufwands für die betroffenen Leistungserbringer zu kurz bemessen. Insbesondere die Ermittlung und Dokumentation versorgungsbezogener Arbeitszeiten sowie die Aufbereitung betriebswirtschaftlicher Daten können umfangreiche zusätzliche Arbeiten erfordern, die neben dem laufenden Versorgungsbetrieb zu bewältigen sind.

3. Schließlich verlangt der Grundsatz der Datenminimierung, nicht präqualifizierte Leistungserbringer von der Auskunftsverpflichtung generell auszunehmen. Denn diese stehen zur Versorgung der gesetzlich Versicherten nicht zur Verfügung.

III. In Abschnitt III.1.f) listet der GKV-Spitzenverband verschiedene Arbeitsschritte auf, die bei der Ermittlung der Arbeitszeiten berücksichtigt werden können. Allerdings lässt der GKV-Spitzenverband offen, welche dieser Tätigkeiten zwingend zu berücksichtigen sind. Die lediglich beispielhafte Aufzählung wird den gesetzlichen Anforderungen nicht gerecht.

Nach § 36 Abs. 1 Satz 2 SGB V sind bei der Bildung von Festbetragsgruppen nicht nur funktional gleichartige und gleichwertige Hilfsmittel zusammenzufassen, sondern auch die Einzelheiten der Versorgung mit diesen Hilfsmitteln festzulegen. Die Festlegung der notwendigen Versorgungsleistungen muss deshalb auch die Grundlage für die Ermittlung der Arbeitszeiten bilden.

Dies ist insbesondere für die Augenoptik von erheblicher Bedeutung. Die Versorgung mit Sehhilfen erschöpft sich nicht in der Abgabe oder handwerklichen Zurichtung eines Produkts. Sie umfasst regelmäßig auch zeitintensive personenbezogene Dienstleistungen wie die Bedarfs-

ermittlung, Beratung, Durchführung notwendiger Messungen, Auswahl und Anpassung der Sehhilfe sowie Qualitäts- und Funktionskontrollen. Diese Leistungen sind, soweit sie für die jeweilige Versorgung notwendig sind, vollständig bei der Ermittlung der Arbeitszeiten zu berücksichtigen. Eine Beschränkung auf handwerkliche Tätigkeiten wäre mit dem gesetzlichen Versorgungsauftrag nicht vereinbar.

Der GKV-Spitzenverband muss daher verbindlich festlegen, dass sämtliche für eine ausreichende, zweckmäßige und qualitätsgesicherte Versorgung notwendigen Arbeitsschritte in die Ermittlung der Arbeitszeiten und die anschließende Festbetragskalkulation einfließen.

Unklar bleibt zudem, wie ein einzelner Leistungserbringer die geforderten Arbeitszeiten mit geeigneten Unterlagen nachweisen soll. Der GKV-Spitzenverband nennt hierfür repräsentative Zeitaufzeichnungen, standardisierte Zeitstudien, betriebswirtschaftliche Auswertungen oder methodisch nachvollziehbare Erhebungen der Hersteller- und Leistungserbringerorganisationen. Derartige Nachweise liegen in den einzelnen augenoptischen Betrieben regelmäßig nicht in der geforderten Form vor und müssten mit erheblichem zusätzlichem Aufwand erstellt werden.

Gerade deshalb ist es geboten, repräsentative und methodisch nachvollziehbare Zeitstudien der Leistungserbringerverbände vorrangig heranzuziehen.

IV. Die Verfahrensordnung und die als Anlage beigefügte Technische Verfahrensbeschreibung sind hinsichtlich der Datenanforderungen und der für die spätere Kalkulation maßgeblichen Parameter widersprüchlich und nicht hinreichend aufeinander abgestimmt.

Nach Abschnitt III.1.f) der Verfahrensordnung sind die durchschnittlichen Arbeitszeiten für die einzelnen Arbeitsschritte des jeweiligen Versorgungsprozesses anzugeben. Die Arbeitszeiten sind grundsätzlich in Minuten je Versorgungsvorgang und getrennt nach Qualifikationsstufen auszuweisen. Als mögliche Arbeitsschritte nennt die Verfahrensordnung unter anderem Beratung und Bedarfsermittlung, Auswahl und Erprobung des Hilfsmittels, Maßnahme und Anprobe, Herstellung und handwerkliche Zurichtung, individuelle Anpassung, Qualitäts- und Funktionskontrolle, Einweisung, Dokumentation, Auslieferung und Nachsorge. Demgegenüber bestimmt Abschnitt 7.6 der Technischen Verfahrensbeschreibung für individuell angefertigte Hilfsmittel, dass die Arbeitszeit ausschließlich als Gesamtarbeitszeit anzugeben ist und keine Unterteilung nach einzelnen Arbeitsschritten oder Mitarbeitenden erfolgt. Für Verbandsmeldungen sieht Abschnitt 7.7 zudem nur eine gemittelte Gesamtarbeitszeit pro Produkt ohne Aufteilung nach Arbeitsschritt oder Qualifikation vor. Zwar verlangt die technische Beschreibung zugleich Angaben zu einzelnen Qualifikationsstufen. Ohne eine Zuordnung der Arbeitszeit zu diesen Stufen lässt sich aber nicht nachvollziehen, wie die in der Verfahrensordnung geforderte Differenzierung umgesetzt werden soll.

Auch die Vorgaben zu den Stundenverrechnungssätzen sind nicht konsistent. Nach Abschnitt III.1.e) der Verfahrensordnung sind durchschnittliche Stundenverrechnungssätze getrennt nach Qualifikationsstufen anzugeben; hierfür sind insbesondere der durchschnittliche Bruttostundenlohn, die Personalnebenkosten und die Berechnung des Stundenverrechnungssatzes darzustellen. Dagegen verlangen die Abschnitte 7.3 und 7.7 der Technischen Verfahrensbeschreibung für Verbandsmeldungen bei sämtlichen lohnbezogenen Kosten die Angabe von Medianwerten. Median und arithmetischer Durchschnitt sind unterschiedliche statistische Kennwerte. Der Entwurf regelt nicht, welcher Kennwert für die Festbetragskalkulation maßgeblich ist und ob beziehungsweise nach welcher Methode ein Medianwert in den geforderten Durchschnittswert überführt

wird. Damit bleibt die Datengrundlage der Kalkulation für die betroffenen Verbände nicht nachvollziehbar.

Schließlich erklärt Abschnitt 1.3 der Technischen Verfahrensbeschreibung, sie lege weder die Höhe eines Festbetrags noch eine Berechnungsmethodik fest und regele ausschließlich die technische und strukturelle Übermittlung der Daten. Tatsächlich enthalten insbesondere die Abschnitte 7.4, 7.6 und 7.7 jedoch detaillierte Vorgaben zu Gemeinkosten und Gemeinkostenzuschlag, Bezugsbasis und Berechnungsmethode, Gesamtarbeitszeit, Bruttostundenlöhnen, Personalnebenkosten, Personalkosten, Stundenverrechnungssätzen, Materialkosten und Gesamtkosten. Diese Festlegungen können die nach Abschnitt III.6 der Verfahrensordnung vorgesehene Kalkulation materiell beeinflussen. Soweit sie über eine reine technische Formatvorgabe hinausgehen, müssen sie transparent, widerspruchsfrei und verbindlich in der genehmigungspflichtigen Verfahrensordnung selbst geregelt werden; sie dürfen nicht einer außerhalb der Verfahrensordnung stehenden und nach Abschnitt III.2.1 der Verfahrensordnung durch den GKV-Spitzenverband anpassbaren technischen Beschreibung überlassen bleiben.

Der GKV-Spitzenverband sollte deshalb die Verfahrensordnung und die Technische Verfahrensbeschreibung vor Beschlussfassung inhaltlich harmonisieren. Insbesondere sind für individuell angefertigte Hilfsmittel einheitliche Vorgaben zur Aufschlüsselung von Arbeitszeiten und Qualifikationsstufen zu schaffen sowie der für lohnbezogene Kosten und Stundenverrechnungssätze verwendete statistische Kennwert einschließlich seiner Berechnungsmethode eindeutig festzulegen.

V. In den Abschnitten III.2.b) und III.2.l) sieht der Entwurf vor, dass die technischen Einzelheiten der Datenübermittlung in einer gesonderten Technischen Verfahrensbeschreibung geregelt werden. Nach dem Anschreiben ist diese Beschreibung jedoch nicht Bestandteil der Verfahrensordnung und wird im Stellungnahmeverfahren ausschließlich zu Informationszwecken beigefügt.

   Gleichwohl enthält die technische Beschreibung nicht nur reine Formatvorgaben, sondern umfangreiche Festlegungen zu Melderollen, Datenfeldern, Nachweisdateien, Prüfungen und Korrektur- oder Ersatzlieferungen. Zusätzlich soll der GKV-Spitzenverband die technische Beschreibung an technische oder sicherheitsbezogene Entwicklungen anpassen können. Materielle Auskunfts- und Nachweispflichten dürfen jedoch nicht durch einseitig änderbare technische Vorgaben erweitert werden. Sie müssen in der genehmigungspflichtigen Verfahrensordnung selbst geregelt sein.

VI. Der Entwurf sieht in Abschnitt III.3. vor, dass Daten frühestens zehn Jahre nach Inkrafttreten der jeweiligen Festbetragsregelung gelöscht werden. Eine differenzierte Begründung, weshalb sämtliche Daten und Nachweise über diesen Zeitraum hinweg erforderlich sein sollen, enthält der Entwurf nicht.

   Die pauschale Mindestaufbewahrungsfrist ist insbesondere für detaillierte Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse unverhältnismäßig. Erforderlich ist ein abgestuftes Löschkonzept, das zwischen Rohdaten, Nachweisen, aggregierten Datensätzen und der methodischen Dokumentation unterscheidet. Die Aufbewahrung detaillierter Rohdaten darf nicht weiter reichen als der konkrete Prüf- und Dokumentationszweck.

VII. Auch die Regelungen in den Abschnitten III.6. bis III.8. zur Kalkulation, Gewichtung und Bestimmung der oberen Preislinie des unteren Preisdrittels sind noch nicht hinreichend konkret. Unklar bleibt insbesondere, nach welchen verbindlichen Kriterien zwischen dem Gemeinkostenzuschlagssatz und dem Modell anhand von Stundenverrechnungssätzen und Arbeitszeiten

ausgewählt wird, wie ein Wechsel zwischen den Modellen erfolgt und wie gemischte Versorgungen behandelt werden. Offen bleiben ferner der Umgang mit Ausreißern und unvollständigen Daten, regionalen Kostenunterschieden, unterschiedlichen Vertriebswegen, Produktvarianten und geringen Abgabe- oder Versorgungsmengen. Diese offenen Punkte können unmittelbar beeinflussen, welche Kosten in die Kalkulation eingehen und welche Versorgungsstrukturen abgebildet werden.

Die auf Abgabe- und Versorgungsmengen gestützte Gewichtung darf insbesondere nicht dazu führen, dass kleine, spezialisierte oder ländliche Betriebe und die von ihnen getragenen wohnortnahen Versorgungsstrukturen strukturell unterrepräsentiert werden. Die Bestimmung der oberen Preislinie des unteren Preisdrittels setzt deshalb verbindliche Mindeststandards für Datenqualität, Marktabdeckung, regionale Streuung, die Zahl der erfassten Unternehmen und Produkte, die Datenbereinigung, den Umgang mit Ausreißern und die einzelnen Berechnungsschritte voraus. Vor einer Festsetzung muss verpflichtend geprüft und dokumentiert werden, ob die ermittelten Werte eine ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Versorgung einschließlich einer hinreichenden Hilfsmittelauswahl tatsächlich tragen. Eine reine Mengengewichtung und die Preislinie des unteren Drittels dürfen nicht ohne nachprüfbare Struktur- und Versorgungsprüfung zur faktischen Ausblendung realer Versorgungskosten führen.

VIII. Eine wirksame Beteiligung nach den Abschnitten III.9. und III.10. setzt voraus, dass die Verbände rechtzeitig nachvollziehbare und entscheidungserhebliche Unterlagen erhalten. Dazu müssen jedenfalls die anonymisierte und aggregierte Datengrundlage, die Erhebungs- und Bereinigungsschritte, die verwendeten Gewichtungen, die Auswahl des Kalkulationsschemas, sämtliche Schätzparameter und Schätzmethoden, die Marktabdeckungsanalyse sowie die schriftliche Auswahl- und Versorgungsprüfung gehören. Die vorgesehene Stellungnahmefrist von vier Wochen ist nicht generell unzureichend. Bei umfangreichen oder methodisch komplexen Unterlagen muss jedoch eine begründete Verlängerungsmöglichkeit bestehen; außerdem ist eine belastbare Nachlieferungs- und Erläuterungsfrist für fehlende oder unklare Unterlagen erforderlich.

Die Entscheidung, ob eine mündliche Erörterung durchgeführt wird, bleibt im Entwurf zu offen. Es sollten Kriterien festgelegt werden, nach denen eine Anhörung insbesondere bei erheblichen methodischen Einwänden, widerstreitenden Datengrundlagen oder absehbaren Auswirkungen auf die Versorgung stattfindet. Vor der Beschlussfassung müssen sämtliche wesentlichen Einwände nachvollziehbar fachlich und rechtlich ausgewertet werden. Eine nur thematisch gegliederte Auswertungsdokumentation kann zwar praktikabel sein; sie genügt aber nur, wenn jeder wesentliche Einwand inhaltlich erkennbar beantwortet und die Entscheidung über seine Berücksichtigung begründet wird.

D. Zu IV. der Verfahrensordnung des GKV-Spitzenverbandes vom 14. Oktober 2026

In Kapitel IV des Entwurfs wird das Verfahren zur Überprüfung und Anpassung von Festbeträgen und Festbetragsgruppensystem geregelt.

I. Die turnusmäßige Überprüfung nach Abschnitt IV.1 darf sich nicht auf die formale Einhaltung des Überprüfungsintervalls beschränken. Sie muss anhand transparenter und strukturierter Kriterien erfolgen. Soweit der GKV-Spitzenverband eigene Ermittlungen, Frequenz- und Abrechnungsdaten der Krankenkassen, aktuelle Vertragspreise, Markt- und Produktinformationen oder Erkenntnisse aus früheren Verfahren einbezieht, sind die Datenquellen, der Erhebungszeitraum, ihre Aktualität und Vergleichbarkeit sowie die Gewichtung gegenüber neu erhobenen Daten offenzulegen. Vorab zu definierende Anforderungen an Qualität, Repräsentativität und Aktualität sind

erforderlich, damit die Überprüfung prüffähig bleibt. In die Gesamtbewertung sind insbesondere regionale Versorgungsstrukturen, die Fachkräftesituation, Lohn-, Sach- und Raumkosten, Lieferfähigkeit und die Sicherung einer flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung einzubeziehen. Für jede Beibehaltung, Anpassung oder Aufhebung eines Festbetrags oder Festbetragsgruppensystems ist eine schriftliche, nachvollziehbar begründete Entscheidung erforderlich, die die maßgeblichen Daten und die Abwägung der Versorgungsfolgen ausweist.

Die Regelung in Abschnitt IV.2 erkennt zwar das gesetzlich vorgegebene 7-Prozent-Kriterium und die Begrenzung der Antragshäufigkeit an. Dieses gesetzliche Kriterium wird nicht in Frage gestellt. Die anschließende Überprüfung muss jedoch die konkrete materielle Markt- und Versorgungslage sachgerecht einbeziehen und darf sich nicht auf die Entwicklung des Verbraucherpreisindexes beschränken, weil branchenspezifische Kostenentwicklungen und regionale Veränderungen der Versorgungslage dadurch nur unvollständig abgebildet werden. Die Bezugnahme auf *§ 36 Absatz 4 Satz 10 Satz 11 SGB V* (Seite 28 der Verfahrensordnung) ist zudem redaktionell unklar und sollte eindeutig gefasst werden.

II. Die Voraussetzungen für die Stellungnahmeberechtigung nach Kapitel V enthalten zahlreiche offene Begriffe, insbesondere ***langfristig, Hauptaufgaben, nur am Rande, stärkere Betroffenheit und höhere Hilfsmittelkompetenz***. Ohne transparente Kriterien und ein nachvollziehbares Prüfverfahren bergen diese Begriffe das Risiko intransparenter Auswahlentscheidungen. Erforderlich sind eine begründete Entscheidung über die Anerkennung oder Ablehnung, eine angemessene Möglichkeit zur Ergänzung von Nachweisen und Rechtssicherheit für die betroffenen Verbände. Die Regelung zur ausgeschlossenen Doppelvertretung darf nicht dazu führen, dass spezialisierte Expertise ausgeblendet wird; vielmehr muss eine sachgerechte Abgrenzung zwischen Dachorganisation und spezifischer Fachvertretung ermöglicht werden.

III. Für Änderungen der Verfahrensordnung nach Kapitel VI sollte bei grundlegenden oder belastungsintensiven Anpassungen regelhaft eine Stellungnahmefrist von vier Wochen gelten. Eine Verkürzung darf nur ausnahmsweise, konkret begründet und verhältnismäßig erfolgen. Die bloße „Optimierung von Verfahrensabläufen“ darf nicht zum Einfallstor für zusätzliche materielle Auskunfts- und Nachweispflichten außerhalb des genehmigten Regelungsrahmens werden. Auch bei einer Änderung muss offengelegt werden, ob lediglich technische oder organisatorische Abläufe angepasst werden oder ob sich der Umfang der Datenanforderungen, die Berechnung, die Mitwirkungslasten oder die Rechte der Stellungnahmeberechtigten ändern. Soweit eine Änderung materielle Belastungen für Hersteller, Leistungserbringer oder Verbände bewirken kann, ist sie wie eine inhaltliche Änderung zu behandeln, vollständig zu begründen und einer erneuten, wirksamen Beteiligung zu unterziehen.

Die Branche Augenoptik/Optometrie

In Deutschland arbeiten 47.550 Beschäftigte in rund 10.700 augenoptischen Fachgeschäften. Die Branche erwirtschaftete 2025 einen Jahresumsatz in Höhe von 7 Mrd. Euro.

Augenoptiker sind in erster Linie Akteure des sogenannten Zweiten Gesundheitsmarktes. Von den jährlich 12,18 Millionen Versorgungen mit Brillen und Kontaktlinsen werden schätzungsweise 11,7 Millionen von den Kunden selbst getragen. In all diesen Fällen versorgen Augenoptiker ihre Kunden eigenverantwortlich mit Korrektionsbrillen. Gleiches gilt für die Versorgung mit Kontaktlinsen, die nur zu einem Bruchteil von den Krankenkassen übernommen wird. Sie unterliegt dabei keinen Einschränkungen hinsichtlich des Alters der Kunden, des Grades der Fehlsichtigkeit oder der Art der Sehhilfe.

Der Verband

Der Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen (ZVA) vertritt als Bundesinnungsverband nach § 85 Abs. 1 Handwerksordnung seit seiner Gründung 1951 bundesweit die Interessen der selbständigen Augenoptiker und Optometristen. Über die regional verwurzelten Landesinnungen und Landesinnungsverbände sind mehr als 80 Prozent der augenoptischen Unternehmen Verbandsmitglieder. Der ZVA ist die maßgebliche Spitzenorganisation für die Branche auf Bundesebene und schließt in dieser Funktion Versorgungsverträge im Sinne von § 127 Abs. 1 SGB V mit den gesetzlichen Krankenversicherungen.