

Bundesministerium für Gesundheit

11055 Berlin

Schwerin, 25.03.2026

Zum Nutzen einer Gesetzlichen Genehmigungsfreigrenze – und möglichen Nebenwirkungen

Sehr geehrte

als juristischer Beirat des Aufsichtsrates der rehaVital bin ich neben meiner Tätigkeit als Justitiar der STOLLE Gruppe auch in die politische Arbeit des Verbundes eingebunden und aus diesem Grunde von meinen Kollegen dort ersucht worden, im Namen der rehaVital zu Ihren Bedenken hinsichtlich möglicher kostensteigernder Wirkung einer Gesetzlichen Genehmigungsfreigrenze Stellung zu nehmen, die Sie kürzlich anlässlich Ihres Gespräches mit geäußert haben.

Lassen Sie mich vorausschicken, dass wir bei der rehaVital in Ansehung der angespannten finanziellen Lage insbesondere der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) intensive Gedanken darüber gemacht haben, wie unsere Branche zur Entschärfung der Situation beitragen könnte. Als Ergebnis dieser Überlegungen haben wir sämtliche unserer Vorschläge für Veränderungen konsequent auf solche beschränkt, die unserer Einschätzung nach geeignet sind, die Solidargemeinschaft **unmittelbar** oder **mittelbar** finanziell zu entlasten – oder zumindest kostenneutral sind. Angesichts der Besonderheiten unserer Branche – und dies bezeugen ja auch die kürzlich vorgelegten Daten der GKV in Bezug auf die finanzielle Entwicklung – sehen wir in unserer Branche eher Einsparmöglichkeiten im Bereich der

SANITÄTSHAUS • ORTHOPÄDIE-TECHNIK • SCHUH-TECHNIK • REHA-TECHNIK

Optimierung der Versorgungsprozesse als in Kürzungen, da diese sämtlich zu Lasten der Versorgungsqualität der Versicherten führen wird.

In diese Richtung zielt unser in Rede stehender Vorschlag und wir würden Ihnen gerne darlegen, aus welchen Gründen wir zu dem Ergebnis gelangt sind, dass dieser Vorschlag sich nicht nur **mittelbar**, sondern auch **unmittelbar** positiv finanziell auswirken wird: Mittelbar in Form von Einsparungen im administrativen Aufwand auf Seiten von Kassen und Leistungserbringern, unmittelbar durch Meidung von Folgekosten durch zügigere Hilfsmittelversorgung.

Betrachten wir bitte hierzu einfürend die grundsätzliche Verteilung der Produktbereiche unter dem Gesichtspunkt einer Gesetzlichen Genehmigungsgrenze von 1.000,00 €.

Die wirklich „teureren“, wenn auch notwendigen Versorgungsleistungen, also diejenigen, die den Betrag der angedachten Freigrenze regelmäßig und mitunter auch recht deutlich übersteigen, stellen sich wie folgt dar:

I. Nicht von der gesetzlichen Genehmigungsgrenze betroffene Produktbereiche (regelmäßig > 1.000 €)

1. PG 18 – Kranken /Behindertenfahrzeuge

Elektrorollstühle (innen/außen), E Scooter (Mobilität im Außenbereich). Diese Versorgungsleistungen liegen typischerweise deutlich über 1.000 €; sie sind genehmigungspflichtig und werden – je nach Modell/Funktion – oft via Kostenvoranschlag entschieden.

2. PG 24 – Beinprothesen (Körperersatzstücke)

Unterschenkel-, Oberschenkel-, Vor-/Mittelfuß-Prothesen inkl. Schaft/Fußpassteilen; regelmäßig mehrere Tausend Euro (individuelle Kalkulation laut Vertrag/Preisanlage; aufwändige Anpass-/Dienstleistungsanteile).

3. PG 38 / PG 35 / PG 36 – Arm /Epithesen/Augen /Brustprothesen

Armprothesen (myoelektrisch/mehrgelenkig) liegen typischerweise deutlich > 1.000 €; (Brust /Augen /Epithesen** sind je nach Ausführung teils darunter**, daher hier primär Armprothesen als regelmäßig > 1.000 €).

4. PG 31 – Orthopädische Maßschuhe

Maßschuhe (Straßen /Haus /Spezialschuhe) werden individuell gefertigt und liegen regelmäßig deutlich > 1.000 €; GKV trägt die medizinisch notwendige Versorgung, Versicherte leisten Eigenanteile laut Verträgen (z. B. 76 € je Paar Straßenschuhe).

5. PG 16 – Kommunikationshilfen (elektronische Talker, Augensteuerung)

Elektronische Sprachcomputer (Talker) liegen regelmäßig im vierstelligen Bereich, Versorgungen mit Augensteuerung häufig fünfstellig; damit durchgehend > 1.000 € und genehmigungspflichtig.

6. PG 14 – Inhalations- & Atemtherapiegeräte (Sauerstofftherapie Systeme)

Mobile/tragbare Sauerstoffkonzentratoren und Flüssig /Druckgas Systeme überschreiten regelmäßig 1.000 € (z. B. vertraglich vereinbarter Preis 1.400 € für mobile Konzentratoren; Pauschalmodelle über 12 Monate u. a.).

7. PG 03 – Hilfsmittel zum Glukose-/Insulin Management (Insulinpumpen)

Insulinpumpen (inkl. AID/Hybrid Closed Loop fähige Modelle) sind regelmäßig mehrere Tausend Euro teuer; die GKV prüft die Kostenübernahme im Einzelfall, Zubehör oft über Pauschalen.

8. PG 13 – Hörhilfen (Hinweis auf Fallgruppen > 1.000 €)

Für Hörgeräte gilt ein Festbetrag (z. B. ~704 € je Gerät), viele Versorgungen – v. a. binaural, Power /Spezialgeräte oder technisch höherwertige Systeme – überschreiten in der Praxis 1.000 € je Versorgungsfall (insbes. bei Über Festbetrag Versorgungen; BSG Rechtsprechung 2025 stärkt Anspruch über Festbetrag bei alltagsrelevanter Verbesserung).

Für sämtliche Versorgungen in den obigen Bereichen wäre eine Gesetzliche Genehmigungsfreiheit unbeachtlich, da hier die Versorgungskosten regelmäßig über dieser Freigrenze liegen – obwohl hier eine Reihe von Versorgungsbereichen betroffen sind, so stellen betreffen diese Versorgungen lediglich einen Bereich von ca. 3 % aller Gesamtversorgungen dar.

Kommen wir zum Gros der Versorgungen, quasi dem Massengeschäft zu lasten der GKV. Hier handelt es sich um folgende Bereiche:

II. Von der gesetzlichen Genehmigungsgrenze betroffene Produktbereiche (regelmäßig ≤ 1.000 €)

1. PG 17 – Hilfsmittel zur Kompressionstherapie (Serienware, rundgestrickt)

Serien Kompressionsstrümpfe/-strumpfhosen werden über bundeseinheitliche Festbeträge vergütet und liegen auch im Set weit unter 1.000€; die Leistungs-/Preislogik ist klar geregelt (Erst-/Folgeversorgung).

⇒ genehmigungsfrei sinnvoll:

- klarer, bundeseinheitlicher Preisrahmen über Festbeträge pro Stück: Die Festbetragsregel enthält bereits die wesentlichen Dienstleistungsanteile (Beratung, Maßnahme, Anprobe), was geringen Preisspielraum und hohe Standardisierung bedeutet. Bei Serienware liegen die Beträge weit unter 1.000€—der zusätzliche Nutzen einer Ex ante Genehmigung ist deshalb gering.
- Vertraglich hinterlegte Preis-/Abgaberegeln (z. B. AOK Preisvereinbarung) erleichtern ex post Kontrollen, während schnelle Abgabe Therapietreue/Outcome stützt.

2. PG 05 / PG 23 – Bandagen & Standard Orthesen (Hand, Knie, Sprunggelenk, Rumpf)

Gängige Serien Bandagen/Orthesen (z. B. Handgelenk Orthesen) bewegen sich i. d. R. im zwei- bis niedrigen dreistelligen Bereich und damit deutlich < 1.000 €.

⇒ genehmigungsfrei sinnvoll (Komfort /Sonderlösungen ausgenommen):

- Serienprodukte mit niedrigem Stückpreis (typisch zwei- bis niedriger dreistelliger € Bereich) und klaren Indikationen – die Risiken von Über- oder Fehlversorgung sind bei rechtstreuer Abgabe gering; Ex post Prüfungen reichen aus.
- Die Einzelfall Genehmigung verursacht hier unverhältnismäßige Prozesskosten gegenüber dem sehr geringen Budgetrisiko (unterhalb 1.000 € je Fall). (Preis-/Marktindikatoren s. o.)

3. PG 08 – Einlagen (stützend/korrigierend, Festbetragsversorgung)

Für orthopädische Einlagen bestehen Festbeträge pro Paar; Versorgungen erfolgen regelmäßig klar < 1.000 € (einschließlich Abdruck/Anprobe gemäß Festbetragsregel).

⇒ **genehmigungsfrei sinnvoll:**

- Bundesweite Festbeträge je Paar (inkl. Maß-/Formabdruck und Abgabedienstleistungen) sichern Transparenz und Standardisierung; Versorgungsliegen deutlich unter 1.000 €, sodass Genehmigungspflicht keinen Mehrwert für die Wirtschaftlichkeit stiftet.
- Die Festbetragslogik ist als GKV Standard etabliert; damit ist ex post Monitoring (z. B. Mengen/Indikationen) effizient.

4. PG 10 – Gehhilfen & Rollatoren (Standard Modelle)

Kassenmodelle sind verordnungs- und vertragsfähig, mit Zuzahlung 5–10 €; marktübliche Standardpreise liegen häufig < 300 €.

⇒ **genehmigungsfrei sinnvoll (Premium mit Aufzahlung ausgenommen):**

- Kassenmodelle werden regelmäßig mit nur 5–10 € Zuzahlung abgegeben; dies belegt niedrige Kassenpreise und damit ein geringes Budgetrisiko. Eine Ex ante Genehmigung verzögert die Mobilisierung ohne erkennbaren Zusatznutzen.
- Preis-/Marktüberblicke zeigen Standard Rollatoren typischerweise deutlich < 1.000 €, häufig < 300 €; ex post Stichproben (z. B. Mengenausreißer je Verordner) sind ausreichend.

5. PG 18 – Manuelle Standard Rollstühle (ohne E Antrieb)

Standard-/Leichtgewichtrollstühle werden am Markt vielfach im unteren bis mittleren dreistelligen Bereich angeboten – unter 1.000 €.

⇒ **genehmigungsfrei sinnvoll (Aktiv-/Adaptiv /Sonderbauten ausgenommen):**

- Standard-/Leichtgewicht Rollstühle liegen am Markt klar im unteren bis mittleren dreistelligen Bereich—weit unter 1.000 €. Damit übersteigen Genehmigungskosten potenzielle Einspar Effekte i. d. R. deutlich.
- Kasseninformationen und Ratgeber belegen, dass bei Verordnung die Kosten i. d. R. vollständig übernommen werden (Zuzahlung 5–10 €), was die Standardisierung und Prozesssicherheit unterstreicht – gut für ex post Prüfung statt ex ante Hürde.

6. PG 14 – Inhalationsgeräte/Vernebler (Standard, nicht Sauerstoff Systeme)

Kompressor /Mesh Vernebler sind Kassenleistungen mit sehr niedrigen Endpreisen (häufig < 100 €) und damit weit < 1.000 €.

⇒ **genehmigungsfrei sinnvoll (Sauerstoff Langzeittherapie explizit ausgenommen):**

- Inhalationsgeräte/Vernebler sind Kassenleistungen mit sehr niedrigen Endpreisen; viele Geräte liegen < 100 €. Das Budgetrisiko ist gering, der Nutzen schneller Verfügbarkeit (z. B. bei Atemwegserkrankungen) hoch—daher genehmigungsfrei sinnvoll.
- Ex post Kontrollen (z. B. Zubehör Nachlieferungen) sind einfach und zielgerichtet möglich.

7. PG 09 – Elektrostimulationsgeräte (TENS/EMS)

TENS/EMS Standardgeräte werden über Verträge (teils Mietpauschalen) mit geringer Zuzahlung abgegeben; typische Beschaffungskosten liegen deutlich < 1.000 €.

⇒ **genehmigungsfrei sinnvoll:**

- Standard TENS/EMS werden häufig als Miet-/Pauschalmodelle mit geringer Zuzahlung abgegeben; Anschaffungskosten liegen weit unter 1.000 €. Der administrative Mehrwert einer Ex ante Genehmigung ist minimal, während Therapiestart zügig erfolgen sollte.
- Vertragliche Versorgungswege (Kassen /Vertragspartner) erlauben ex post Steuerung (Nutzungsdauer, Folgeverordnungen).

8. PG 04 / PG 33 – Bade- & Toilettenhilfen (Duschhocker/-stühle, Sitzerrhöhungen)

Duschhocker/-stühle und Toilettensitzerhöhungen sind gängige Kassenhilfen mit typischen Marktpreisen < 200 € – somit weit < 1.000 €.

⇒ **genehmigungsfrei sinnvoll:**

- Standard Badehilfen (Duschhocker/-stühle, Sitzerrhöhungen) liegen weit unter 1.000 € (oft < 200 €) bei klarer Indikation (Sturz-/Hygienerisiko).
- Genehmigungsfreiheit beschleunigt die Sturzprävention und entlastet die Versorgung, ex post reicht.

9. PG 11 – Hilfsmittel gegen Dekubitus (Sitzkissen für Rollstuhl/Alltag)

Antidekubitus Sitzkissen (Schaum/Gel/Luft) liegen je nach Ausführung meist 50–300 €, höherwertige Luftzellensysteme ebenfalls i. d. R. < 1.000 €.

⇒ **genehmigungsfrei sinnvoll (High End Spezialsysteme sind zu prüfen):**

- Antidekubitus Sitzkissen (Schaum/Gel/Luft) kosten typisch 50–300 €; selbst höherwertige Luftzellensysteme bleiben i. d. R. < 1.000 €. Aufgrund des hohen präventiven Nutzens (Druckentlastung) ist schnelle Verfügbarkeit wichtiger als Ex ante Prüfung; ex post genügt.

10. PG 15 – Inkontinenzhilfen

Inkontinenzhilfen sind medizinische Hilfsmittel nach SGB V; für Teilbereiche (insbesondere ableitende Inkontinenzhilfen) gelten bundesweite Festbetrags-/Vergütungslogiken, die die Preise in einem niedrigen/planbaren Rahmen halten.

⇒ **genehmigungsfrei sinnvoll:**

- Typische Einzelversorgungen in PG 15 liegen deutlich unter 1.000 € (monatliche Pauschalen/Liefermengen im Rahmen von Verträgen). Damit ist genehmigungsfrei (ex ante) sinnvoll, sofern Vertrags /Indikationsvorgaben eingehalten werden; ex post kann über Mengen-/Auffälligkeitsprüfungen (z. B. Verordnungsmenge nach Schweregrad) effizient gesteuert werden.

III. Von der gesetzlichen Genehmigungsgrenze grundsätzlich ausgenommene (Produkt)-bereiche

Die PG 50/PG 51 pp. gehören nicht zu den medizinischen Hilfsmitteln des SGB V, sondern zu den Pflegehilfsmitteln der Pflegeversicherung (SGB XI). Zuständig ist die Pflegekasse (Anspruch nach § 40 SGB XI), nicht die Krankenkasse. Damit unterliegen sie nicht der von uns diskutierten SGB V Freigrenze von 1.000 €.

Ebenfalls kann selbstverständlich nur auf eine Genehmigung verzichtet werden, sofern eine Rahmenvertragliche Verbindung bereits zwischen Leistungsträger und -erbringer besteht. Jegliche Versorgung nach § 127 Absatz 3 SGB V – also jede einzelne „Einzelfallentscheidung“ – kann sachlogisch nicht von einer Genehmigungsfreigrenze erfasst sein, da hier die Parameter der Versorgung nicht vordefiniert sind.

IV. Warum ist die genehmigungsfreie Abgabe der genannten Hilfsmittel sinnvoll?

Im unterhalb der Freigrenze angesiedelten Segment zeigen sich über alle Produktgruppen hinweg drei gemeinsame Merkmale: standardisierte Preise, klare Leistungsbeschreibungen

und vertraglich geregelte Abgabeprozesse. Bei Kompressionsversorgungen (PG 17) und Einlagen (PG 08) sorgen bundeseinheitliche Festbeträge dafür, dass sowohl Produkt als auch Dienstleistungsanteile (Beratung, Maßnahme, Anprobe) bereits pauschal abgebildet sind und die Fallkosten verlässlich deutlich unter 1.000€ bleiben; Grundlage sind die Festbetragsbeschlüsse des GKV Spitzenverbands. Dies reduziert die Varianz und damit das Budgetrisiko im Standardfall erheblich und macht bereits eine vorgelagerte Genehmigung entbehrlich. Die Hilfsmittelrichtlinie/Hilfsmittelverzeichnis Systematik bildet hierfür den verbindliche Qualitäts- und Indikationsrahmen, während die Festbetragslogik den preislichen Korridor vorgibt.

Bei Mobilitätshilfen unterhalb 1.000€ gilt das Gleiche: Standard Rollatoren werden über Kassenvertragslieferanten mit geringer Zuzahlung abgegeben; typische Marktpreise liegen im niedrigen dreistelligen Bereich und damit klar unter der Schwelle. Manuelle Standard /Leichtgewichtrollstühle bewegen sich – je nach Ausstattung – regelmäßig im unteren bis mittleren dreistelligen Bereich. In beiden Feldern ist die Indikationslage standardisiert, der Nutzen früher Verfügbarkeit (sichere Mobilisierung, Teilhabe) überdurchschnittlich hoch und das Budgetrisiko gering; die ex ante Genehmigung stiftet hier bestenfalls kaum Zusatznutzen gegenüber einem ex post Monitoring.

Ähnlich verhält es sich bei Therapie-/Medizingeräten mit niedrigen Stückpreisen: Standard Inhalationsgeräte/Vernebler sind Kassenleistungen; marktübliche Endpreise liegen oft im zwei- bis niedrigen dreistelligen Bereich, sodass die Versorgung weit unter 1.000€ bleibt. Elektrostimulationsgeräte (TENS/EMS) werden vertraglich (teils als Miet-/Pauschalmodelle) mit geringer Zuzahlung abgegeben; auch hier ist die Preis- und Prozesslogik seit Jahren etabliert. Die rasche Abgabe fördert Adhärenz und Therapieerfolg, während sich Wirtschaftlichkeit über die Vertrags- und Abrechnungsdaten ex post effizient überwachen lässt.

Bei Bade-/Toilettenhilfen (z. B. Duschhocker/-stühle, Toilettensitzerhöhungen) und Antidekubitus Sitzkissen liegen die typischen Marktpreise zumeist im zwei- bis niedrigen dreistelligen Bereich. In beiden Fällen überwiegt der Versorgungsnutzen schneller Bereitstellung (Sturz-/Hautschutz, Selbstständigkeit) die potenziellen Einsparungen, die eine

vorgelagerte Genehmigung bei so niedrigen Beträgen *überhaupt* erzielen könnte. Auch hier erlaubt der vertraglich geregelte Abgabepfad eine zielgenaue ex post Kontrolle (z. B. Mengen, Folgeversorgungs- und Defekt-/Ersatz Analysen) ohne die Nachteile einer ex ante Verzögerung.

V. Warum aber ist ex post (Kontrolle) besser als ex ante (Genehmigung)?

Erstens sind die Fallwerte in den genannten PGs strukturell niedrig (Festbeträge/Standardpreise), sodass der marginale Nutzen einer Einzelfallgenehmigung in keinem Verhältnis zu den Prozesskosten und Verzögerungen steht.

Zweitens gibt es bereits harte „Leitplanken“ (Hilfsmittelverzeichnis/Festbeträge/Verträge) und Zuzahlungsregeln, die allein schon Über- oder Fehlversorgung in Standardfällen unattraktiv machen.

Drittens lässt sich die Wirtschaftlichkeit datenbasiert ex post deutlich zielgenauer absichern— z. B. über Stichproben-/Auffälligkeitsprüfungen, Mengenausreißer Analysen je Verordner/Leistungserbringer und indikationsscharfe KPI Sets (Durchlaufzeiten, Kontakt-, Nachforderungs- oder Wiederinbetriebnahme Quoten). Für diese Steuerung liefert die Festbetrags- und Vertragsarchitektur die notwendige Preis- und Prozess-Transparenz, ohne dass es einer *vorgelagerten* Hürde bedarf – und die Versorgung bleibt schneller, planbarer und patientennäher.

Betrachtet man hier exemplarisch im Bereich der PG 17 das Verhältnis zwischen Konfektion und Maßanfertigung, so erschließt sich dieses ausschließlich im Rahmen einer ex post Kontrolle. Und damit bei der aktuellen Praxis der ex ante Kontrolle in Form der Genehmigung also nicht: Nur, wenn der Leistungsträger eine zusätzliche, nachgelagerte Prüfung dem Prozess hinzufügt, kann er eventuelle Auffälligkeiten entdecken und in der gebotenen Weise gegensteuern. Dies erscheint weder sinnvoll, noch wirtschaftlich.

Unter diesem Gesichtspunkt ist die nachgeordnete Kontrolle prima facie also eher ein Mittel zur Wirtschaftlichkeitssteigerung: sowohl im Bereich der Versorgung selbst, als auch in Form einer Prozessoptimierung des Versorgungsprozesses.

Kurz: In den preislich standardisierten, risikoarmen Standardsegmenten unter 1.000 € maximiert ex post Kontrolle die Versorgungsgeschwindigkeit und Systemeffizienz, während ex ante Genehmigungen hier überwiegend Verzögerungs- und Verwaltungskosten erzeugen, ohne die Wirtschaftlichkeit spürbar zu verbessern. Die Zahlen sprechen hier für sich: nach den von den Kassen vorgelegten Zahlen werden im Mittel ca. 97 % aller beantragten Versorgungen genehmigt. Was aber nichts anderes bedeutet, dass in 97 von 100 Fällen eine Prüfung keinen Nutzen erbracht hat. Interessanterweise bewegt sich übrigens die Anzahl der der Versorgungen, die preislich oberhalb der angedachten Preisliste liegen, in der gleichen Größenordnung wie die Ablehnungen.

VI. Warum erhöht eine Freigrenze nicht den „Konsum“?

Hilfsmittel sind außerdem ihrem Wesen nach medizinische Bedarfsgüter zur Therapie, Prophylaxe oder zum Ausgleich von Behinderungen und keine „Lifestyle Produkte“: Sie sind nur dann zu Lasten der GKV verordnungs- und abrechnungsfähig, wenn eine medizinische Notwendigkeit besteht (z. B. zur Sicherung des Behandlungserfolgs, zur Teilhabe oder zum Behinderungsausgleich) und die Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses sowie der Hilfsmittel Richtlinie erfüllt sind – die Versorgung ist damit zweckgebunden und indikationsbezogen geregelt, nicht beliebig konsumierbar. Zudem steuern § 33/§ 36 SGB V und die vom GKV Spitzenverband gesetzten Festbeträge den Leistungsumfang strikt auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung aus; Komfort Extras oberhalb des medizinisch Notwendigen sind explizit Mehrkosten der Versicherten, was eine „Lifestyle Nachfrage“ ökonomisch unattraktiv macht. In der Praxis wird der Charakter als Nicht-Lifestyle-Gut durch Vertrags- und PQ Vorgaben (§ 127 SGB V) und teils leihweise Überlassung (z. B. Standard Rollatoren/-rollstühle) zusätzlich gefestigt – Versicherte erhalten das notwendige Hilfsmittel, aber nicht beliebige, modische oder prestigeorientierte Varianten.

Kurz: Die Rechtsgrundlagen, Festbeträge, Zuzahlungs- /Mehrkostenregeln und Vertragsarchitektur sorgen dafür, dass sich im Regelfall nur Personen mit tatsächlichem Bedarf mit Hilfsmitteln versorgen lassen—und zwar in der medizinisch gebotenen Ausführung, nicht als Lifestyle Option. Und, das muss der Wahrheit geschuldet auch bekannt werden: die wenigsten Hilfsmittel sind wirklich sexy.

VII. Die Freigrenze ein Novum – die Gesetzliche Freigrenze ist lediglich Konsequenz

Freigrenzen gibt bereits es in einer Reihe von Verträgen, der Gesetzgeber hat diese Möglichkeit in § 33 Absatz 5a SGB V bereits gesetzlich verankert. Auch diese von jeder einzelnen Kasse willkürlich gewährten Freigrenzen haben in der Vergangenheit keinen signifikanten oder auch nur messbaren Anstieg von Hilfsmittelverordnungen nach sich gezogen – nichts spricht also dafür, dass dies bei einer einheitlichen Freigrenze anders sein könnte. Die Änderung bestünde primär darin, dass die Versicherten aller Kassen künftig gleich schnell versorgt würden und die Dauer des Versorgungsprozesses nicht vom „good will“ oder im schlimmsten Fall Willkür der Kasse abhängt.

Vor allem aber ändert eine Gesetzliche Genehmigungsfreigrenze nicht das bereits bestehende und bewährte System, dass Verordner und Erbringer der verordneten Leistung strikt trennt. Prima facie also anzunehmen, dass eine gesetzliche Genehmigungsgrenze das Ordnungsverhalten der Ärzteschaft beeinflussen würde, stellt einen ganzen Berufsstand unter Generalverdacht und ist unangebracht.

Natürlich besteht in jedem System die Möglichkeit des Missbrauchs und auch bei der Hilfsmittelversorgung ist kollusives Verhalten von Leistungserbringern und Verordnern nicht völlig unbekannt – wenn auch vergleichsweise selten.

Gerade aber solche Missbrauchstatbestände lassen sich einfacher und vor allem ökonomischer im Rahmen der für die Gesetzliche Genehmigungsfreigrenze notwendige ex-post Kontrolle identifizieren: Bei der ex-ante Kontrolle wird nur die einzelne Versorgung betrachtet – ein Gesamtbild des Ordnungsverhaltens des einzelnen Leistungserbringers oder des Ordnungsverhaltens des einzelnen Arztes ergibt sich dadurch nicht. Dieses ist erst aus der Gesamtzahl von Verordnung und Versorgung bilden und damit sachlogisch erst ex-post. Dies bedeutet, dass zur Identifizierung der sprichwörtlichen schwarzen Schafe auch bei der ex-ante Kontrolle, also der expliziten Genehmigung eine ex-post Kontrolle notwendig ist. Ob diese durchgeführt wird und so weitere Kosten der Solidargemeinschaft entstehen, steht derzeit in der Verantwortung der einzelnen Kasse. Im Falle der Gesetzlichen Genehmigungsfreigrenze, würden aber nur die Kosten einer ex-post Kontrolle entstehen, die dann aber verbindlich und regelmäßig durchgeführt würde. Die Beweislastregeln des ersten

Anscheins in Zusammenschau mit der allgemeinen Lebenserfahrung streiten also dafür, dass auf diese Weise jeglicher Missbrauch des Versorgungsweges deutlich leichter und zuverlässiger zu identifizieren ist.

VIII. Fazit

Es wird in der Anfangszeit durch die Beschleunigung des Versorgungsprozesses eine *leichte* Erhöhung des Kosten in Form einer vergleichsweise schnell abebbende Welle geben, aber im Ergebnis steht bei konsequenter Nutzung der bereits bestehenden Kontrollmechanismen keine erhöhte Kostensteigerung zu besorgen, als die ohnehin durch Inflation und Altersprogression zu erwartende Steigerung.

Auf der anderen Seite spart die Gesetzliche Genehmigungsfreigrenze **unmittelbar** erheblichen Administrativen Aufwand und die daraus folgenden Kosten und vermeidet darüber hinaus **mittelbar** durch eine beschleunigte Hilfsmittelversorgung Folgekosten in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung – vom Krankenhausaufenthalt bis zum Krankengeld.

IX. Möglichkeiten einer gesetzlichen Regelung einer Gesetzlichen Genehmigungsfreigrenze

Der Gesetzgeber hat die Genehmigungsfreigrenze und deren möglichen Verzicht bereits in § 33 Absatz 5b SGB V verankert – es wäre also naheliegend, auch eine Gesetzliche Genehmigungsfreigrenze dort zu verorten, dies wäre mit einem ergänzenden Satz zu bewirken:

(5b) ¹Sofern die Krankenkassen nicht auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichten, haben sie den Antrag auf Bewilligung eines Hilfsmittels mit eigenem weisungsgebundenem Personal zu prüfen. **2Bei Versorgung unterhalb eines Betrages von EUR 1.000,00 haben die Kassen auf eine Genehmigung zu verzichten, wenn die Versorgung rahmenvertraglich geregelt wird.** ²³Sie können in geeigneten Fällen durch den Medizinischen Dienst vor Bewilligung eines Hilfsmittels nach § 275 Absatz 3 Nummer 1 prüfen lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist. ³⁴Eine Beauftragung Dritter ist nicht zulässig. ...

Darüber hinaus jedoch muss auch die ex post Kontrolle gesetzlich verankert werden, zum einen, um die GKV in die Lage zu versetzen – aber auch anzuhalten – die Qualität und insbesondere auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu kontrollieren. Zum anderen aber

auch, um eine einheitliche Kontrolle über alle GKV hinweg sicherzustellen. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass ein zu viel an Selbstverwaltung stets zu „eigenen Wegen“ der einzelnen GKV führen und diese zu einem erhöhten bürokratischen Aufwand. Ein solcher Wildwuchs kann nur durch ein konkretes Regime von Kontrollart und -umfang gewährleistet werden.

Auch hier hat der Gesetzgeber die notwendigen Instrumente bereits gesetzlich vorgesehen, diesmal in § 127 Absatz 7 Satz 2 SGB V: **Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen** sind nichts anderes als **Instrumente einer ex post Kontrolle**. Und obwohl diese bereits seit langer Zeit zur Verfügung stehen scheinen die GKV diese aber – aus unserer direkten Erfahrung – eher zu missbrauchen auch wirkungsvoll zu nutzen. In den letzten drei Jahren haben unsere Häuser im Rahmen solcher Kontrollen lediglich Anfragen hinsichtlich der Beratungsdokumentation und zunehmend häufiger Mehrkostendokumentation erreicht. Letztere stellt nach diesseitigem Erachten nichts weniger als einen Missbrauch dieser Kontrollinstrumente dar: Das Rechtsgutachten von Prof. Dr. Helge Sodan „**Zur Begründungspflicht für Mehrkostenvereinbarungen in der Hilfsmittelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung**“ aus dem Jahre 2022 – das wir Ihnen bei Interesse sehr gerne zur Verfügung stellen – zeigt mehr als deutlich auf, dass eine die Solidargemeinschaft nicht berührende, privatrechtliche Vereinbarung zwischen Versicherten und Leistungserbringer nicht dem Regelungs- und Kontrollbereich der GKV unterfällt. Allein dies zeigt, warum es dringend genauer Vorgaben seitens des Gesetzgebers bedarf, wie bestehende Kontrollinstrumente einzusetzen sind.

Und auch dieses lässt sich durch die Ergänzung weniger, aber konkretisierender Sätze in den bestehenden Gesetzeskanon bewirkt werden:

(7) 1Die Krankenkassen überwachen die Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer nach diesem Gesetz. **2**Zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung führen sie Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durch. **3*****Auffälligkeiten können die Krankenkassen bei mehr als drei externen Hinweisen in einer Produktgruppe bei einem Leistungserbringer oder bei Abweichungen eines Leistungserbringers in einer Produktgruppe von mehr als 20 % vom Durchschnitt hinsichtlich Art (insbesondere Maß oder Konfektion) oder Anzahl der Versorgungen in Form von Stichprobenprüfungen weiterverfolgen.*** **4*****Auffälligkeitsprüfungen müssen die Krankenkassen bei mehr als zehn externen Hinweisen in einer Produktgruppe***

bei einem Leistungserbringer oder bei Abweichungen eines Leistungserbringers in einer Produktgruppe von mehr als 50 % vom Durchschnitt hinsichtlich Art (insbesondere Maß oder Konfektion) oder Anzahl der Versorgungen in Form von Stichprobenprüfungen weiterverfolgen. 5Stichprobenprüfungen können beim auffällig gewordenen Leistungserbringer oder in Form von Versichertenbefragungen erfolgen. 6Stichproben bei einem Leistungserbringer sind je auffälliger Produktgruppe auf maximal zehn Versorgungen zu beschränken. 7Fordern die Krankenkasse im Rahmen einer Prüfung Daten ihrer Versicherten an, die über den bloßen Umstand einer Beratung als solcher hinausgehen, so haben sie hierfür die schriftliche Einwilligung der Versicherten einzuholen und dem Leistungserbringer vorzulegen. 8Die einfache elektronische Signatur genügt diesem Schriftefordernis. 309Die Leistungserbringer sind verpflichtet, den Krankenkassen auf Verlangen die für die Prüfungen nach Satz 1 erforderlichen einrichtungsbezogenen Informationen und Auskünfte zu erteilen und die von den Versicherten unterzeichnete Bestätigung über die Durchführung der Beratung nach Absatz 5 Satz 1 vorzulegen. ...

Die Ergänzungen sprechen nach diesseitiger Ansicht für sich selbst und bedürfen deshalb keiner Kommentierung – vor allem aber zeigen sie auf, dass es uns mit diesem Vorschlag nicht darum geht – so wie es die eine oder andere Kasse impliziert hat – die Hilfsmittelversorgung zu einem Selbstbedienungsladen umzugestalten, das Gegenteil ist der Fall. Auch wir wollen die Gesundheitsversorgung **so wirtschaftlich wie möglich** gestaltet wissen. Anders als die GKV wünschen wir dies aber auf allen Seiten, also nicht nur auf Seiten der Versicherten und Leistungserbringer, sondern **auch auf Seiten der Leistungsträger**. Soll weiter **wohntnah** und – immer im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebotes – **qualitativ** möglichst hochwertig versorgt werden, so bedarf es optimierter Prozesse – und nichts anderes schlagen wir vor.

X. Nachgedanken – Weitere Möglichkeiten einer Risikominimierung

Nach unserer Ansicht überwiegen also die Vorteile – insbesondere die finanziellen Vorteile – der Gesetzlichen Genehmigungsfreigrenze mögliche Nachteile bereits so weit, so dass letztere vernachlässigt werden könnten.

Sollte der Gesetzgeber es jedoch wünschen, so steht es ihm natürlich frei, einzelne Versorgungsbereiche von der Gesetzlichen Freigrenze auszunehmen – und auch eine Staffelung von Genehmigungsfreigrenzen wäre möglich. Letzteres würde allerdings in Teilen den Bürokratie- und Aufwandsvermeidungsansatz einer einheitlichen Freigrenze konterkarieren und differenzierte Prozesse nach sich ziehen, was stets einen erhöhten

Aufwand auf beiden Seiten der Leistungserbringung und zusätzliche Kosten für die Solidargemeinschaft bedeutet.

Begrenzen könnte man die Genehmigungsfreigrenzen beispielsweise im Rahmen des § 33 Absatz 5b auf einzelne Versorgungsbereiche („...allgemeine Gesetzliche Freigrenze von 1.000,00, ausgenommen sind „ZZ“ [zum Beispiel Körperersatzstücke oder Niederstromgeräte]“) oder selektive Produktgruppen („...allgemeine Gesetzliche Freigrenze von 1.000,00, ausgenommen sind die PG „XX“, „YY“...“) – aber nötig erscheint dies aus den genannten Gründen nicht.

Wir danken Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und stehen Ihnen selbstverständlich zu jedem weiteren sachlichen Austausch sehr gerne zur Verfügung.

Und bitte lassen Sie uns auch wissen, sollten Sie Interesse an dem von uns bemühten Gutachten von Prof. Dr. Sodan zu den Mehrkosten haben.

Mit freundlichen Grüßen

