

Übersicht: Bürokratieabbau in der Hilfsmittelversorgung

Wohnortnahe Versorgung sichern - Fachkraftzeit und Beitragsmittel nicht durch doppelte Arbeit binden

Kernbotschaft: Für Betroffene zählt, ob ein Hilfsmittel rechtzeitig, wohnortnah und fachgerecht verfügbar ist. Unnötige Bürokratie bindet qualifizierte Beschäftigte, die für Beratung, Anpassung, Einweisung, Hausbesuche, Reparaturen und Nachsorge gebraucht werden. Zugleich wird der Verwaltungsaufwand bei Krankenkassen und Leistungserbringern aus Beitragsmitteln finanziert. Entlastung entsteht deshalb erst, wenn Arbeitsschritte tatsächlich entfallen.

Hilfsmittelversorgung beginnt nicht erst mit der Abgabe eines Produkts. Ihr administrativer Weg reicht von Eignungsprüfung und Vertragszugang über Genehmigung und Übermittlung bis zu Zuzahlung, Abrechnung und Kontrolle. Wird nur ein Abschnitt verändert, bleibt die Arbeit häufig an anderer Stelle bestehen. Das rehaVital-Konzept schafft keine neue Parallelstruktur, sondern stimmt vorhandene Instrumente besser aufeinander ab und befreit sie von unnötigen Wiederholungen.

Die Reform entlang der Versorgungskette

Bereich	Was sich ändern soll	Wirkung
Präqualifizierung und Vertragszugang	Dauerhafte Tatsachen und dokumentierte Prüfergebnisse weiterverwenden; Änderungen, abgelaufene Nachweise, neue oder standortbezogene Voraussetzungen gezielt prüfen. Vertragsbeitritt parallel vorbereiten.	Weniger Wiederholungen und planbarere Verfahren.
Einheitliche Verwaltungsregeln	Wiederkehrende Grundprozesse bundesweit in einem ausgehandelten administrativen Rahmenvertrag regeln; entgegenstehende kassenindividuelle Sonderwege ersetzen.	Weniger unterschiedliche Formulare, Abläufe und Rückfragen.
Genehmigungen	Versorgungen bis einschließlich 1.000 Euro bundesweit gesetzlich von der vorherigen Genehmigung freistellen.	Weniger Anträge und Wartezeiten bei häufigen Versorgung.
Digitale Übermittlung	Ein verbindlicher elektronischer Weg und einfache digitale Signaturen ersetzen Papier, E-Mail und zusätzliche Portale.	Weniger Medienbrüche und doppelte Übermittlung.
Zuzahlungen	Die gesetzliche Zuzahlung bleibt bestehen, wird aber unmittelbar von den Krankenkassen erhoben.	Befreiungsprüfung, Einzug, Mahnung und Ausfallrisiko binden keine Versorgungskapazität mehr.
Abrechnung und Kontrolle	Heilbare Formfehler vor einer Kürzung korrigieren; Bagatellgrenzen vorsehen, gleichwertige Nachweise anerkennen und Doppelprüfungen vermeiden.	Fachgerecht erbrachte Leistungen bleiben vergütungsfähig; Kontrolle konzentriert sich auf tatsächliche Risiken.

Qualität und Kontrolle bleiben bestehen

Bürokratieabbau senkt die Anforderungen an Eignung, Sicherheit und fachgerechte Versorgung nicht. Nicht erbrachte oder vertragswidrige Leistungen, materielle Fehler, vorsätzliche Falschangaben und Betrug bleiben prüf- und sanktionierbar. Anders zu behandeln sind heilbare formale Fehler, geringfügige Abweichungen und bereits belegte Tatsachen: Sie rechtfertigen weder vollständige Vergütungsausfälle noch Verfahren, deren Aufwand außer Verhältnis zu ihrem möglichen Nutzen steht.

Grundprinzip: Nicht weniger Kontrolle, sondern gezieltere Kontrolle. Tatsächliche Risiken prüfen - bereits belegte Tatsachen nicht immer wieder neu verlangen.

Die Reform braucht Versorgungspraxis und Betroffenenperspektive

Hilfsmittelleistungserbringer und ihre Verbände müssen an der Ausarbeitung von Reformen beteiligt werden; die betroffenen Produkt- und Versorgungsbereiche müssen tatsächlich vertreten sein. Gleiches gilt für die Patienten-, Behinderten-, Selbsthilfe- und Sozialvertretungen, Sie bringen die ebenso notwendige Perspektive auf Erreichbarkeit, Selbstständigkeit, häusliche Pflege und Teilhabe ein. Gesetzlich mögliche Sofortentlastungen dürfen nicht bis zu seinem Abschluss aufgeschoben werden.

Einmal prüfen. Einheitlich verhandeln. Daten und Nachweise nur einmal verwenden. Digitale Verfahren müssen bisherige Wege ersetzen. Korrektur vor Sanktion.

Stand: September 2026