

Bürokratieabbau im Hilfsmittelbereich

Vorbemerkungen

Die in diesem Papier enthaltenen Vorschläge zum Bürokratieabbau in der Hilfsmittelversorgung zielen darauf ab, aktuelle Ungleichbehandlungen zwischen den Sanitätshäusern/Gesundheitshandwerken und anderen Leistungserbringern mit einem vergleichbar geringen gesetzgeberischen Aufwand abzubauen und damit bestehende Wettbewerbsverzerrungen zu mindern sowie insgesamt zur Verringerung der Bürokratielast im Hilfsmittelbereich beizutragen. Sie ergänzen damit sinnvoll die umfassenderen Reformvorschläge von WvD wie etwa die Einführung eines Administrativen Rahmenvertrages und einer Genehmigungsfreigrenze für verordnete Hilfsmittel.

1. Retaxation bei Formmängeln

Das ALBVVG aus 2023 hat für den Arzneimittelbereich die Möglichkeit von Retaxationen eingeschränkt. Der Gesetzgeber ist hier dem Einwand der Apotheken gefolgt, dass es unverhältnismäßig ist, aufgrund kleinster Formfehler die gesamte Vergütung erbrachter Leistungen einfach nicht zu bezahlen, obwohl die Versorgung ordnungsgemäß durchgeführt wurde. Dabei handelt es sich ausdrücklich nur um kleine Formfehler, die die Qualität der Versorgung selbst im Wesentlichen nicht betreffen.

Retaxationen stellen erhebliche Risiken für die Leistungserbringer dar, da sie vom Kostenträger einseitig durch Auf- oder Verrechnung vorgenommen werden und zu signifikanten Liquiditätsengpässen beim Leistungserbringer führen können. Aus diesem Grund wurden Retaxation aus einigen formalen Gründen für den Arzneimittelbereich per se ausgeschlossen, etwa bei einem fehlenden Datum auf der Verordnung. Vergleichbare Regelungen wurden auch für Vertragsärzte und Krankenhäuser eingeführt und sind für die Heilmittelerbringer in Planung.

Auch bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, die zum Teil hohe Vorleistungen bspw. durch aufwendige Erprobungen erfordern, wäre eine solche Regelung dringend erforderlich, schon aus Gründen der Gleichbehandlung aller Gesundheitsdienstleister.

2. Inkassorisiko bei gesetzlicher Zuzahlung

Eine weitere ungerechtfertigte Ungleichbehandlung im Bereich der Abrechnung zwischen dem Arzneimittelbereich und dem Hilfsmittelbereich ist das Geltend machen der gesetzlichen Zuzahlung gem. § 33 Abs. 8 SGB V. Während grundsätzlich in § 43c Abs. 1 SGB V geregelt ist, dass im Fall der Nichtzahlung durch den Versicherten die Zahlung durch den Kostenträger

einzuziehen ist, ist die Anwendbarkeit dieser Vorschrift ohne Not in § 33 Abs. 8 Satz 2 Hs. 2 SGB V ausgenommen.

Das hat zur Folge, dass die gesetzliche Zuzahlung ultimativ vom Leistungserbringer geltend zu machen und der Zuzahlungsbetrag von seiner Rechnung an die Krankenkasse in Abzug zu bringen ist, obgleich er natürlich nicht Adressat der Zuzahlung ist. Er ist damit faktisch und unentgeltlich Inkassodienst der Krankenkassen und trägt das volle Inkassorisiko gegenüber dem Versicherten, dessen Versorgung er selbst bei vorheriger Kenntnis von unzureichender Zahlungswillig- oder -fähigkeit nicht verweigern dürfte. Im Fall der Nichtzahlung des Versicherten besteht der Zahlungsausfall beim Leistungserbringer – ganz zu schweigen vom zur Beitreibung der Zahlung erforderlichen bürokratischen Aufwand, der in Anbetracht der geringen Höhe der einzelnen Forderung (meist zwischen 5 - 10 EUR) häufig außer Verhältnis steht und mit Blick auf die Inkassokosten wirtschaftlich nicht vertretbar ist. In der Praxis hat das zur Folge, dass die Leistungserbringer diese Forderungen zumeist frühzeitig zu eigenen Lasten ausbuchen, obwohl die Summe aller Ausstände signifikant ist.

Hinzu kommt die Problematik der unterschiedlichen Umsatzsteuer. Die Umsatzsteuersätze auf Hilfsmittel, Zubehör und Dienstleistungen im Rahmen der Versorgung variieren stark. Bei jeder Anpassung oder bei Prüfung durch die Finanzämter besteht zu Lasten der Leistungserbringer daher das Risiko einer rückwirkenden Korrektur. Diese Korrektur muss bezüglich jeder betroffenen Rechnung gegenüber den Kostenträgern und auch gegenüber jedem Versicherten erfolgen, da die Zuzahlung ausgehend vom Brutto-Rechnungsbetrag berechnet wird. Differenzbeträge müssten gegenüber dem Versicherten nachträglich geltend gemacht bzw. Überzahlungen erstattet werden. Auch hier wird ein eigentlich beim Kostenträger bestehendes Risiko auf den Leistungserbringer verlagert.

Die genannte Ausnahme in § 33 Abs. 8 SGB V sollte daher gestrichen werden.

3. Reduzierung der Unterschriften durch Patienten/-innen

Patientinnen und Patienten müssen im Falle einer Hilfsmittelversorgung im Sanitätshaus und zum Teil entgegen anderer Gesundheitsdienstleister - wie z.B. bei der Medikamentenversorgung durch Apotheken - eine Vielzahl von Unterschriften leisten, u.a. zur Bestätigung des Erhalts des Hilfsmittels, für die datenschutzrechtliche Einverständniserklärung und zur Beratungsdokumentation. Diese Zahl sollte reduziert werden. Für Mehrkostenerklärung würden wir eine Unterzeichnung in Form einer einfachen elektronischen Signatur allerdings weiterhin für sinnvoll halten.

Zudem sollte beim Thema Unterschriften die Verwendung der elektronischen Signatur im Hilfsmittelbereich generell für verbindlich erklärt werden. Eine der aktuell bestehenden Schwierigkeiten bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen folgt aus Rechtsunsicherheiten im Fall der erforderlichen Unterschriften des Versicherten anlässlich der Beratungsdokumentation oder der Quittierung des Empfangs der Leistung. Hier heißt es in

den gesetzlichen Grundlagen lediglich „Die Leistungserbringer haben die Beratung nach Satz 1 schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren und sich durch Unterschrift der Versicherten bestätigen zu lassen. Das Nähere ist in den Verträgen nach § 127 zu regeln.“

Hieraus lesen nun in der Praxis einige Verhandlungsteilnehmer, dass in den Verträgen sowohl die Schriftform (auf Papier) als auch die elektronische Form vereinbart werden kann. Andere lesen heraus, dass die Krankenkasse auf der Schriftform bestehen kann. Und dies, obwohl die Gesetzesbegründung zum TSVG (BT-Drs. 19/6337, S. 128), mit dem die Ergänzung „oder elektronisch“ ins Gesetz kam, ausdrücklich vorsieht, dass die schriftliche durch die elektronische Form ersetzt werden kann und sogar darauf verweist, dass die eigenhändige Unterschrift des Versicherten direkt elektronisch z.B. durch ein Unterschriftenpad oder Signaturtablett erfasst werden kann.

Die Öffnungsklausel ist ein Beispiel für die in der Praxis ungleichen Rahmenbedingungen, die den Mitarbeitenden im Sanitätshaus die Versorgung der Versicherten ohne Not erschweren, indem sie unterschiedliche vertragliche Regelungen statt einer einheitlichen gesetzlichen Vorgabe bedeuten.

Wir regen daher eine Klarstellung im Gesetzestext (§127 Abs. 5 S. 2 SGB V) an, dass die Unterschrift unter sämtliche für den Versorgungsvorgang notwendigen Dokumente wie zum Beispiel die Beratungsdokumentation, Empfangsbestätigung, abrechnungsbegründende Unterlagen, etc. grundsätzlich auch in Form einer einfachen elektronischen Signatur zu akzeptieren ist.

4. Abwälzung von Begutachtungskosten durch den MD

Die Krankenkassen können gemäß § 275 Abs. 3 Ziffer 1 in Verbindung mit § 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V vor Bewilligung eines Hilfsmittels durch den Medizinischen Dienst (MD) Beratungen, Prüfungen und Stellungnahmen beauftragen lassen. Hierzu kann der MD erforderliche versichertenbezogene Daten bei den Leistungserbringern anfordern. Wir stellen hier zunehmend die Tendenz fest, dass der MD nicht nur die im Rahmen der Bewilligung vorhandenen Versichertendaten anfordert, sondern diese Vorschriften als Ermächtigungsgrundlage sieht, den Leistungserbringer zur Erhebung zusätzlicher neuer Versichertendaten und Untersuchungen zu verpflichten und die Kosten hierfür einseitig auf die Leistungserbringer abzuwälzen suchen. Die Sachbearbeiter/innen der Krankenkassen, selbst mit der gesetzlichen Regelung nicht vertraut, neigen dazu, diesem Irrtum zu folgen und entsprechende Kostenvoranschläge abzulehnen. Derartige, durch die Beauftragung des MD durch die Kostenträger entstehenden zusätzlichen Aufwendungen im Rahmen der Bewilligung müssen jedoch angemessen durch die Kostenträger vergütet werden.

Wir plädieren daher für folgende Klarstellung im § 276 (2) SGB V:

1 Der Medizinische Dienst darf Sozialdaten erheben und speichern sowie einem anderen Medizinischen Dienst übermitteln, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach den §§ 275 bis 275d erforderlich ist.

2 Haben die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst für eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 Absatz 1 bis 3 und 3b, § 275c oder § 275d erforderliche versichertenbezogene Daten bei den Leistungserbringern unter Nennung des Begutachtungszwecks angefordert, so sind die Leistungserbringer verpflichtet, diese Daten, **soweit bereits beim Leistungserbringer vorhanden**, unmittelbar an den Medizinischen Dienst zu übermitteln.

3 Benötigt der Medizinische Dienst weitere Daten und ist nicht in der Lage, diese selbst zu erheben, so sind die dem Leistungserbringer durch eine Erhebung der Daten entstehenden Kosten von den Krankenkassen angemessen zu vergüten. 4 Ist die einzelne Krankenkasse nicht gewillt diese Kosten zu tragen, so hat sie die beantragte Versorgung ohne weitere Prüfung sofort zu genehmigen.“

5. Verschlinkung der Dokumentationspflichten

Insgesamt ist die Pflicht zur Dokumentation der Beratung ein Instrument, das in der Praxis zum einen sein Ziel nicht erreicht und gleichzeitig zu enormen administrativen Belastungen führt. Auch hier besteht eine Öffnungsklausel, die es den Vertragsparteien erlaubt, das Nähere in den Verträgen gem. § 127 SGB V zu regeln. Und auch hier besteht zwischen den Krankenkassen Uneinigkeit darüber, ob dies bedeutet, von dem Erfordernis komplett abweichen oder lediglich die Ausgestaltung konkretisieren zu können. Hinzu kommt, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Hilfsmittelverzeichnis seine eigenen Anforderungen an die Beratungsdokumentation aufstellt. Daher wäre auch hier eine klare gesetzliche Anordnung, statt der gut gemeinten aber praktisch durch die variierende Auslegung in den mehr als 1.000 Verträgen Rechtsunsicherheit stiftenden Öffnungsklausel wünschenswert. Der Umstand, dass auch ein großer Teil der Kostenträger und deren Zusammenschlüsse in einem aktuellen Vertragswerk umfangreich auf die Beratungsdokumentation verzichtet haben, zeigt, dass man auch seitens der Kostenträger bereit ist, den Versorgungsablauf schlanker zu gestalten und nicht um jeden Preis an einem umfangreichen Unterschriftenwerk festzuhalten.

Der Gesetzgeber sollte für die Beratungsdokumentation klarstellen, dass die Ausgestaltung der Dokumentationspflichten sich im Spannungsfeld von Beratungspflicht und Sicherung des Sachleistungsprinzips einerseits aber auch Begrenzung des Verwaltungsaufwandes andererseits bewegt. Die Konkretisierung, bei welchen Versorgungsfällen welche Dokumentation erforderlich erscheint, sollte den Vertragsparteien grundsätzlich überantwortet werden. So erscheint eine Beratungsdokumentation bspw. für einen Gehstock oder eine mehrkostenfreie Bandage verwaltungstechnisch deutlich überzogen, während sie für eine individuelle Versorgung mit einer Orthese sicher sinnvoll ist.

Wir gehen angesichts der Gesetzesbegründung davon aus, dass es lediglich einer Klarstellung bedarf, da bereits in der Gesetzesbegründung zum Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – (HHVG), Drucksache 18/10186, Seite 34 Folgendes vermerkt wurde:

„Zur Begrenzung des Verwaltungsaufwands können nach Satz 3 die Vertragspartner im Rahmen ihrer Verträge miteinander vereinbaren, bei Versorgungen innerhalb des Sachleistungssystems auf die schriftliche Dokumentation der Beratung und die Bestätigung durch den Versicherten in bestimmten Fällen zu verzichten. Dies können zum Beispiel Versorgungen unterhalb bestimmter Wertgrenzen, Versorgungen aufgrund von Folgeverordnungen oder auch Versorgungen sein, bei denen die Krankenkasse auf eine Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet hat. Entscheidet sich die versicherte Person für ein Produkt, für das Mehrkosten entstehen, da es über das Maß des Notwendigen hinausgeht, hat der Leistungserbringer die versicherte Person nach Satz 4 insbesondere über die Mehrkosten zu informieren. Nach Satz 5 besteht auch insofern eine Dokumentationspflicht des Leistungserbringers. Bei Versorgungen, die mit Mehrkostenvereinbarungen verbunden sind, muss die erfolgte Beratung in jedem Fall schriftlich dokumentiert und durch den Versicherten mit seiner Unterschrift bestätigt werden.“

6. Beibehaltung der PQ bei gleichzeitiger Entschlackung

Wir erachten den Erhalt der Präqualifizierung (PQ) grundsätzlich für notwendig, um die Qualität der Versorgung und die Qualifizierung der Leistungserbringer zu gewährleisten. Gleichzeitig ist eine Entschlackung der PQ dringend geboten, um unnötigen bürokratischen Aufwand und damit verbundene erhebliche Kosten zu reduzieren. Dies betrifft unter anderem die Betriebsbegehungen im 20-monatigen Rhythmus. Die Prüfung sollte sich zudem primär auf die fachlichen Anforderungen und weniger auf die räumlichen und sachlichen Anforderungen konzentrieren sowie primär nach Aktenlage erfolgen. Weitere Möglichkeiten zur Entschlackung der PQ sind zudem:

- Unternehmen müssen bei der PQ über schriftliche Regelungen nachweisen, wie die Lagerung, Bestellwesen, Warenwirtschaft, Reparatur/Instandsetzung, Aufbereitung usw. durchgeführt wird. Zertifizierte Unternehmen (DIN EN ISO 13485 oder 9001) weisen dies in jährlichen Audits sowieso nach, hier handelt es sich um einen verzichtbaren Doppelnachweis, soweit ein ISO-Zertifikat vorliegt. Die zusätzlichen Nachweise sollten daher für zertifizierte Unternehmen entfallen.
- Der Nachweis der sog. Sachlichen Mittel (Maschinen, wie Schleifmaschine, Nähmaschine etc.) muss aktuell im Rahmen der PQ für jede Filiale eines Unternehmens erfolgen. Zum Teil können diese Mittel aber auch im Rahmen einer Zentralfertigung vorgehalten werden (z.B. Tiefziehgerät, Wärmeofen). Für derartige Fälle würde es Sinn machen, statt die Nachweise für jede Einzelfiliale zu fordern, diese auf die Zentralfertigungs-Standorte zu beschränken.

- Wären die zuständigen PQ-Stellen nicht mehr der Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkKS) unterworfen, könnten viele Nachweise flexibler gestaltet werden. Die DAkKS Kontrolle verursacht für die Betriebe zusätzliche Kosten, ohne einen echten qualitativen Mehrwert zu generieren.
- Präqualifizierte Betriebe können aktuell aufgrund der Fristen bei Kostenträgern und der Bearbeitungszeiten der PQ-Stellen praktisch keine zusätzliche neue Filiale eröffnen, die gleich von Anfang an über die PQ und die notwendigen Verträge verfügt, um legal zu arbeiten. Hier erschiene ein verkürztes Verfahren für neue Filialen von bereits präqualifizierten Betrieben denkbar, inklusive Erteilung der PQ und späterer genauerer Prüfung.

Zudem sollte geprüft werden, welche Anforderungen bereits durch das jeweilige Berufsbild und die zugehörigen Qualifikationsnachweise wie beispielsweise dem Meisterbrief erbracht wurden und daher keiner zusätzlichen Prüfung über die PQ bedürfen. Bei dieser Prüfung sollten die Leistungserbringer regelhaft mit einbezogen werden, etwa in dem geregelt wird, dass die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer die Anforderungen mit dem GKV-SV verhandeln.

Das System der Präqualifizierung ist nur dann von hohem Wert, wenn es seine Stellung als bundesweites und versorgungsbereichsübergreifendes System zur Zulassung und grundständigen Sicherung der Strukturqualität bewahrt. Nur so wird bundesweit Patientenschutz, Versorgungsqualität und Abrechnungsberechtigung gesichert. Das Präqualifizierungsverfahren im Hilfsmittelbereich sollte daher für alle an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer reformiert werden, statt – wie im Falle der Apotheken - immer mehr Ausnahmen zu generieren.

7. Digitalisierung der Abrechnung

Die unzureichende Digitalisierung im Hilfsmittelbereich zeigt sich u.a. beim Thema Abrechnung (so benötigt bspw. ein mittelständischer Hilfsmittelleistungserbringer ca. 1,2 Mio. Blätter Papier für das Ausdrucken und Einscannen der Abrechnungsunterlagen im Jahr) und stellt einen erheblichen Kostenfaktor dar. Hier sollte eine Klarstellung herbeigeführt werden, dass Unterlagen grundsätzlich einheitlich elektronisch einzureichen und zu akzeptieren sind.

Dies könnte bspw. über die Einfügung einer entsprechenden Konkretisierung in § 302 Abs. 1 S. 1 SGB V „im Wege ausschließlich elektronischer Datenübertragung oder ...“ sowie eine Klarstellung gegenüber dem GKV-SV, dass Abweichendes, d.h. die Übersendung von Originalen/Papierdokumenten, auch nicht im Rahmen der Richtlinien gem. § 302 Abs. 2 S. 1 SGB V vorgesehen werden darf und insofern eine Anpassung der Richtlinien vorzunehmen ist.



Stand: August 2026

Zum Verband „Wir versorgen Deutschland“:

Knapp 25 Prozent der gesetzlich Versicherten in Deutschland benötigen die Versorgung mit Hilfsmitteln. Für Teilhabe und Lebensqualität dieser Patientinnen und Patienten sind diese Versorgungen elementar: Sie gewährleisten den Erfolg ihrer Krankenbehandlung, beugen drohenden Behinderungen vor oder gleichen bereits bestehende Handicaps aus. Mehr als 120.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie mehr als 8.000 Leistungserbringer in den Bereichen Orthopädietechnik, Orthopädieschuhtechnik, Reha-Technik und Homecare verantworten die wohnortnahe und qualitätsgesicherte Versorgung dieser Patientinnen und Patienten.

Die im Verband zusammengeschlossenen Partner zählen zu den maßgeblichen Spitzenverbänden und Zusammenschlüssen von Leistungserbringern. In ihrer Verantwortung für die qualitätsgesicherte, wohnortnahe und wirtschaftliche Versorgung haben sich die Partner auf die gemeinsame Verfolgung politischer Positionen geeinigt. Zu dem Bündnis gehören: Bundesinnungsverband für Orthopädietechnik, die ORTHEGROH eG, die rehaVital Gesundheitsservice GmbH, die Sanitätshaus Aktuell AG sowie der Verband Versorgungsqualität Homecare e.V.

Kontakt zu „Wir versorgen Deutschland“ e.V. (WvD):

Lützowstr. 102 - 104

Aufgang C, 5. OG

10785 Berlin

E-Mail: info@wirversorgendeutschland.de

Tel.: + 49 30 33 93 35 63

www.wirversorgendeutschland.de

[WvD im Lobbyregister des Bundestages](#) (Reg.-Nr. R004824)

[Verhaltenskodex zum Lobbyregister des Bundestages](#)