

Bürokratieabbau in der Hilfsmittelversorgung

Regelungs- und Umsetzungsvorschlag für das Bundesministerium für Gesundheit

Grundsatz: Wirksamer Bürokratieabbau in der Hilfsmittelversorgung erfordert keine neue Systemarchitektur. Rechtsrahmen, Institutionen, Vertrags- und Prüfinstrumente sowie digitale Basisinfrastrukturen sind weit überwiegend vorhanden. Sie müssen konsequent weiterentwickelt, vereinheitlicht und aufeinander abgestimmt werden. Entlastung entsteht erst, wenn Arbeitsschritte tatsächlich entfallen - nicht, wenn sie digitalisiert, verlagert oder neu benannt werden. Qualität, Sicherheit und Wirtschaftlichkeitskontrolle bleiben erhalten.

1. Anlass und Regelungsziel

Das BMG hat das Spitzengespräch vom 7. Juli 2026 als Auftakt für einen fortlaufenden Bürokratieabbau bezeichnet und gesetzliche Maßnahmen angekündigt. Das Maßnahmenpapier greift die Hilfsmittelversorgung mit einem bundesweiten Rahmenvertrag und Mindestgenehmigungsfreigrenzen auf; hinzu kommen sektorübergreifende Ansätze zu digitaler Kommunikation, einfacher digitaler Signatur, Formfehlern, Bagatellgrenzen, Qualitätssicherung und Doppelprüfungen. [1][2]

Hilfsmittelleistungserbringer waren an dem Spitzengespräch nicht beteiligt. Die weitere Ausgestaltung muss jedoch unter unmittelbarer Beteiligung der betroffenen Leistungserbringer und ihrer Verbände erfolgen.

Der hier formulierte Vorschlag folgt der Versorgungskette: Eignung und Vertragszugang; einheitliche administrative Grundlagen; Verordnung, Antrag, Genehmigung, Lieferung und Dokumentation; schließlich Abrechnung, Korrektur und Kontrolle. Materielle Fehler, nicht erbrachte Leistungen und vorsätzliche Falschangaben bleiben prüf- und sanktionierbar. Entfallen sollen Wiederholungen, Medienbrüche, kassenindividuelle Sonderwege und unverhältnismäßige Sanktionen.

2. Drei zentrale Punkte für die Umsetzung

Punkte	Erforderliche Ausgestaltung
Praxisbeteiligung und Arbeitsstrang Präqualifizierung (PQ)	Betroffene Hilfsmittelleistungserbringer und ihre Verbände unmittelbar beteiligen; Präqualifizierung als eigenständigen, mit dem Gesamtkonzept verbundenen Reformstrang führen.
Ausgehandelter administrativer Rahmenvertrag	Zweck, Mindestinhalte, Vertragsseiten, Verhältnis zu Einzelverträgen, Abschlussfrist und neutrale Konfliktlösung gesetzlich festlegen; kein einseitiges Festsetzungs- oder Letztentscheidungsrecht.
Sofortige gesetzliche Entlastungen	Genehmigungsfreiheit bis einschließlich 1.000 Euro; einfache digitale Signatur und Wegfall paralleler Übermittlungswege; Zuzahlungsinkasso durch Krankenkassen; Korrektur vor Retaxation; ausdrückliche Bagatellregelung; Anerkennung gleichwertiger Nachweise und Vermeidung von Doppelprüfungen. Diese Maßnahmen dürfen nicht bis zum Abschluss des Rahmenvertrags aufgeschoben werden.

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

3. Präqualifizierung und Vertragszugang

Die Präqualifizierung bleibt der Eignungs- und Zugangsnachweis nach § 126 SGB V. Die geltenden Empfehlungen enthalten bereits den Ausgangspunkt, bei maßgeblichen Änderungen während eines gültigen Zertifikats nur die geänderten Verhältnisse neu zu belegen. Diese Logik ist auf Re-Präqualifizierung, Wechsel der PQ-Stelle, neue Betriebsstätten und den anschließenden Vertragszugang verlässlich zu übertragen. Modernisiert werden Art und Wiederholungsumfang der Nachweise, nicht die materiellen Anforderungen. [5][6]

- **Verfahren:** Formulare vereinheitlichen, erkennbare Nachforderungen möglichst gebündelt mitteilen, spätere Zusatzanforderungen begründen und Bearbeitungsstand, offene Punkte und Fristen nachvollziehbar machen.
- **Prüfaufwand und Gebühren:** Anerkannte und nicht erneut geprüfte Nachweise nicht wie eine vollständige Neu- oder Re-Präqualifizierung behandeln.
- **Gleichwertigkeit und Beteiligung:** Wiederkehrende, bereits entschiedene Gleichwertigkeitsfälle transparent dokumentieren; Einzelfallprüfung anderer gleichwertiger Qualifikationen erhalten. Regelwerk unter Beteiligung der Leistungserbringer, PQ-Stellen sowie der für Regelwerk und Akkreditierung zuständigen Stellen fortentwickeln.

Verfahrenssituation	Erforderliche Regelung
Re-Präqualifizierung	Verifizierte dauerhafte Tatsachen, etwa Meisterbriefe und Berufsurkunden, einmal prüfen und den dokumentierten Prüfstatus weiterverwenden. Befristete, aktuell zu belegende, tatsächlich veränderte oder neu hinzugekommene Voraussetzungen gezielt aktualisieren.
Wechsel der PQ-Stelle	Geprüfte Daten und dokumentierte Ergebnisse übertragbar machen. Prüfgegenstand, Prüfdatum, Kriterienstand und prüfende Stelle müssen nachvollziehbar sein; keine zusätzliche Insellösung und keine parallele Papierakte.
Neue Betriebsstätten	Nicht standortgebundene Voraussetzungen vor Fertigstellung prüfen. Positiv abgeschlossene Vorprüfungen ohne Änderung oder konkreten Anlass nicht erneut öffnen; Endprüfung auf offene räumliche und technische Voraussetzungen, Betriebssicherheit und zwischenzeitliche Änderungen begrenzen. Digitale Prüfmethode zulassen, wenn kein Erkenntnisverlust entsteht.
Vertragszugang	Vertragsbeitritt parallel vorbereiten und nach positiver PQ-Entscheidung wirksam werden lassen; vorhandene Status- und Stammdaten weiterverwenden.

Nachweisart	Behandlung
Dauerhaft unveränderliche Tatsachen	Einmal prüfen und den dokumentierten Prüfstatus in späteren Verfahren weiterverwenden.
Befristete oder aktuell zu belegende Voraussetzungen	Bei Ablauf beziehungsweise zum maßgeblichen Prüfzeitpunkt aktualisieren.
Tatsächlich veränderte Voraussetzungen	Nur die von der Änderung betroffenen Punkte erneut prüfen.
Neue Anforderungen oder zusätzliche Versorgungsbereiche	Nur den neu hinzugekommenen Prüfbedarf erfassen.

4. Administrativer Rahmenvertrag

Der administrative Rahmenvertrag (ARV) vereinheitlicht wiederkehrende Verwaltungsfragen im Vertrags- und Versorgungsgeschehen. Er darf nicht sämtliche Inhalte zentralisieren und keine zusätzliche Vertragsschicht schaffen. Administrative Grundprozesse, die heute kassenindividuell formuliert, technisch umgesetzt und wiederholt verhandelt werden, sollen durch eine kleinere Zahl bundeseinheitlicher Regeln ersetzt werden.

Im ARV zu vereinheitlichen	Nicht im ARV zu regeln
Begriffe, Grunddaten und Datensätze	Produktbezogene Preise und Vergütungen
Antrags- und Genehmigungsabläufe, Kostenvoranschläge, Nachforderungen, Bearbeitungsstatus und Fristen	Konkrete Leistungsinhalte und besondere Versorgungskonzepte
Liefer-, Beratungs- und Einweisungsnachweise; einfache digitale Signatur	Materielle fachliche Anforderungen der Präqualifizierung
Elektronische Übermittlung, Abrechnung, Fehlercodes und Korrekturverfahren	TI-, eVO- und ePA-Zugangsrechte, soweit gesetzliche oder technische Grundlagen fehlen
Anerkennung bereits geprüfter Daten	Steuer-, Vergütungs- oder sonstige Finanzierungsfragen

§ 127 Absatz 1 SGB V stellt für die dort geregelten Verträge auf den Abschluss im Wege von Vertragsverhandlungen ab. Der noch auszugestaltende ARV sollte daher als Vereinbarung beider Seiten konstruiert werden. [3][4]

- **Verhandlung und Vertretung:** Tatsächliche Verhandlung; transparente, modulbezogene und arbeitsfähige Vertretung ohne Vertretungsmonopol; Gleichgewicht der Vertragsseiten und keine einseitigen Festsetzungs- oder Letztentscheidungsrechte.
- **Konfliktlösung und Fortentwicklung:** Nach gesetzlicher Abschlussfrist nur die noch offenen Punkte in einem unabhängigen, ausgewogenen und begründeten Verfahren entscheiden; dieselben Regeln gelten für spätere Module und technische Anpassungen.
- **Vorrang und Übergang:** Die administrativen Grundregeln ersetzen entgegenstehende kassenindividuelle Regelungen; für laufende Verträge gelten klare Übergangsfristen und Vorrangregeln.

5. Genehmigungsfreiheit und digitale Verfahrensführung

5.1 Gesetzliche Genehmigungsfreiheit bis 1.000 Euro

Die Überschrift des BMG-Maßnahmenpapiers nennt eine Genehmigungsfreiheit für niedrigpreisige Hilfsmittel bis 200 Euro; die Erläuterung sieht eine Einigung der Rahmenvertragspartner auf einheitliche Mindestgenehmigungsfreigrenzen vor. Eine reine Verhandlungslösung würde kassen- und vertragsindividuelle Unterschiede fortschreiben. Erforderlich ist deshalb eine bundesweit einheitliche, gesetzlich verbindliche Genehmigungsfreiheit für Versorgung bis einschließlich 1.000 Euro. Abweichende Wertgrenzen entfallen. Die beigefügte Faktenanlage belegt anhand der GKV-Gesamtstatistik und einer betrieblichen Praxisauswertung die erhebliche praktische Reichweite dieser Schwelle. [7]

5.2 Digitale Kommunikation und einfache digitale Signatur

Digitalisierung entlastet nur, wenn der digitale Weg den bisherigen Weg ersetzt. Gesetz und ARV müssen deshalb sicherstellen:

- einheitliche, interoperable und technologieoffene Datenformate sowie eine Annahmepflicht der Krankenkassen;
- den verbindlichen Wegfall zusätzlicher Papieroriginale, E-Mail-, Scan- und Kassenportalwege, soweit keine gesetzlich bestimmte Ausnahme vorliegt;
- die Anerkennung der einfachen digitalen Signatur für Liefer-, Empfangs-, Beratungs- und Einweisungsnachweise;

- praxistaugliche Übergangs- und Ausfallregeln, besonders für mobile und häusliche Versorgungen, sowie keine Sanktion bei nachweislicher Nichtverfügbarkeit des vorgeschriebenen Weges;
- klare Verantwortlichkeit bei Übermittlungs- und Systemfehlern und eine verhältnismäßige Umstellung für kleine und mittlere Betriebe.

Für die Telematikinfrastruktur (TI), die Kommunikation im Medizinwesen (KIM), den TI-Messenger (TI-M), die elektronische Verordnung (eVO) und die elektronische Patientenakte (ePA) sind Zugangsrechte, Rollen, Zwecke und technische Voraussetzungen gesetzlich beziehungsweise infrastrukturell zu schaffen. Der ARV kann die einheitliche Verwendung im Vertragsverhältnis regeln, fehlende Zugangsrechte aber nicht ersetzen.

6. Abrechnung, Korrektur und Kontrolle

6.1 Zuzahlungsinkasso durch die Krankenkassen

Die gesetzlichen Zuzahlungen werden unmittelbar von den Krankenkassen erhoben. Hilfsmittelleistungserbringer werden von der Prüfung des Befreiungsstatus, dem Einzug, der Verbuchung, der Mahnung und dem Ausfallrisiko entlastet.

6.2 Formfehler und Retaxationsschutz

Der für den Heilmittelbereich angekündigte Schutz vor Nullretaxationen bei reinen Formfehlern ist auf Hilfsmittel zu übertragen. Eine tatsächlich und vertragsgemäß erbrachte Versorgung darf wegen eines heilbaren formalen Fehlers nicht vollständig unvergütet bleiben. Nicht erbrachte oder materiell vertragswidrige Leistungen bleiben prüf- und angemessen sanktionierbar; vorsätzliche Falschangaben und Betrug bleiben vollständig verfolgbar. [2]

Korrektur vor Kürzung: Bei einem heilbaren formalen Fehler in einer ordnungsgemäß erbrachten Versorgung sind die Fehler gebündelt mitzuteilen und eine angemessene Korrekturfrist einzuräumen.

6.3 Bagatellgrenze als eigenständiger Mechanismus

Die Bagatellgrenze verhindert Prüf- und Rückforderungsverfahren, deren Verwaltungsaufwand den möglichen wirtschaftlichen Nutzen übersteigt. Sie muss die Hilfsmittelleistungserbringer ausdrücklich erfassen, damit keine neuen Auslegungstreitigkeiten entstehen. [2]

Geringfügige Differenz: Kein Prüf- und Rückforderungsverfahren, dessen Aufwand außer Verhältnis zum möglichen Ertrag steht.

6.4 Qualitätssicherung und Doppelprüfungen

Für IT-Sicherheit und Qualitätssicherung gilt: Ein aktueller, gleichwertiger Nachweis wird für denselben Zweck anerkannt. Das Schutzniveau bleibt bestehen; entfallen soll die Wiederholungsprüfung ohne zusätzlichen Erkenntnisgewinn. Bei der Überprüfung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung sind nachweisbare Doppelpflichten der Hilfsmittelversorgung einzubeziehen, ohne sicherheitsrelevante Dokumentation abzubauen.

7. Umsetzungsebenen und Reihenfolge

Die Maßnahmen entlasten nur, wenn Regelungsauftrag, Umsetzungsebene und zeitliche Reihenfolge zusammenpassen. Gesetzlich mögliche Sofortentlastungen dürfen nicht bis zum Abschluss des administrativen Rahmenvertrags aufgeschoben werden; regelwerkliche und infrastrukturelle Arbeiten müssen parallel beginnen.

Regelungsbereich	Vorrangige Umsetzungsebene	Konkreter Regelungsauftrag
Präqualifizierung und Vertragszugang	PQ-Regelwerk und Zertifizierungsverfahren; gesetzliche Klarstellung, soweit Bindungswirkung oder Datenweiterverwendung sonst nicht gesichert sind	Modulare Re-PQ; portabler Prüfstatus; verbindliche Vor- und begrenzte Endprüfung neuer Betriebsstätten; Vertragsbeitritt parallel vorbereiten. Arbeitsstrang sofort beginnen.
Administrativer Rahmenvertrag	Gesetzlicher Auftrag; Ausgestaltung durch Verhandlung der Vertragsseiten	Zweck, Mindestinhalte, Vertragsseiten, Vorrang, Abschlussfrist, unabhängige Konfliktlösung und Fortentwicklung festlegen; Grundregeln ersetzen entgegenstehende Einzelregelungen.
Genehmigungsfreiheit bis 1.000 Euro	Unmittelbare gesetzliche Regelung	Bundesweit einheitliche Genehmigungsfreiheit für Versorgungen bis einschließlich 1.000 Euro; abweichende Wertgrenzen entfallen. Nicht bis zum ARV warten.
Digitale Kommunikation und Signatur	Gesetz, digitale Infrastruktur und ARV	Zugangsrechte und Technik schaffen; einheitliche Verwendung regeln; Papier-, E-Mail- und Portalwege verbindlich ablösen; Übergangs- und Ausfallregeln sichern.
Zuzahlungsinkasso	Unmittelbare gesetzliche Regelung	Zuzahlungen durch Krankenkassen erheben; Befreiungsprüfung, Einzug, Verbuchung, Mahnung und Ausfallrisiko bei Leistungserbringern entfallen.
Retaxationsschutz und Bagatellgrenze	Unmittelbare gesetzliche Regelung; Korrekturverfahren im ARV	Korrekturfrist vor Kürzung, fortbestehende Sanktion materieller Pflichtverletzungen und ausdrückliche Bagatellgrenze für Hilfsmittelleistungserbringer.
Qualitätssicherung und Doppelprüfungen	Gesetz, Regelwerk und Überprüfung der MPBetreibV	Aktuelle gleichwertige Nachweise für denselben Zweck anerkennen; Wiederholungsprüfungen ohne Erkenntnisgewinn abbauen; Sicherheitsdokumentation erhalten.

8. Beteiligung, Übergang und Nutzen

Die betroffenen Hilfsmittelleistungserbringer und ihre Verbände sind unmittelbar und transparent zu beteiligen; Produkt- und Versorgungsbereiche müssen tatsächlich abgebildet werden. Für laufende Verträge braucht es klare Übergangs- und Vorrangregeln; Sofortmaßnahmen treten unabhängig vom späteren Abschluss des ARV in Kraft.

- **Versicherte:** Weniger wiederholte Nachweise und Unterschriften, weniger kassenabhängige Unterschiede und geringeres Verzögerungsrisiko.
- **Krankenkassen:** Einheitliche Daten und Abläufe, weniger Einzelfall- und Rückfrageaufwand, gezieltere Kontrollen materieller Risiken.
- **Leistungserbringer:** Weniger Doppelarbeit und Medienbrüche, planbarere PQ-, Genehmigungs- und Korrekturverfahren, mehr Fachkraftzeit für die Versorgung.
- **Staat und Selbstverwaltung:** Weniger Regelungsvielfalt, bessere Vollziehbarkeit und transparente, messbare Entlastungswirkung.

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

Quellen und Stand

- [1] BMG: Spitzengespräch zum Bürokratieabbau im BMG, 07.07.2026.
 - [2] BMG: Schwerpunktmaßnahmen als Ergebnis des Spitzengesprächs Bürokratieabbau, Juli 2026.
 - [3] § 126 SGB V - Versorgung durch Vertragspartner. [4] § 127 SGB V - Verträge.
 - [5] GKV-Spitzenverband: Empfehlungen nach § 126 Absatz 1 Satz 3 SGB V vom 28.04.2025, anzuwenden ab 01.06.2025.
 - [6] Deutsche Akkreditierungsstelle: Präqualifizierung von Hilfsmittelleistungserbringern, Akkreditierung nach DIN EN ISO/IEC 17065.
 - [7] Beigefügte Faktenanlage: Genehmigungsregelungen und 1.000-Euro-Schwelle.
- Stand des Dokuments: 30. Juli 2026.