

Bürokratieabbau in der Hilfsmittelversorgung

Vom Eignungsnachweis bis zur Abrechnung: ein ineinandergreifendes Entbürokratisierungskonzept für die Hilfsmittelversorgung

Kernthese: Wirksamer Bürokratieabbau in der Hilfsmittelversorgung erfordert keine neue Systemarchitektur. Rechtsrahmen, Institutionen, Vertrags- und Prüfinstrumente sowie digitale Infrastrukturen sind überwiegend vorhanden. Sie müssen nicht ersetzt, sondern konsequent weiterentwickelt, vereinheitlicht und besser aufeinander abgestimmt werden. Im Sinne des Grundsatzes von Evolution statt Revolution wären daher bewährte Strukturen zu nutzen, unnötige Sonderwege, Doppelprüfungen und Medienbrüche zu beseitigen und Zuständigkeiten klarer zu fassen. Qualität, Sicherheit und Wirtschaftlichkeitskontrolle bleiben dabei erhalten. Wichtig ist dabei, dass Entlastung erst dann vorliegt, wenn Arbeitsschritte tatsächlich entfallen - nicht, wenn sie nur digitalisiert, verlagert oder neu benannt werden.

1. Ausgangslage und gesetzgeberischer Handlungsbedarf

Das BMG hat das Spitzengespräch vom 7. Juli 2026 als Auftakt für einen fortlaufenden Bürokratieabbau bezeichnet und gesetzliche Maßnahmen im Rahmen des Hilfsmittelmodernisierungs- und Entbürokratisierungsgesetz (HiB) angekündigt. Das zugehörige 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.

Die Hilfsmittelleistungserbringer waren an der bisherigen Ausarbeitung nicht unmittelbar beteiligt. Damit fehlt bislang die Perspektive derjenigen, die Präqualifizierung, Vertragsbeitritt, Genehmigung, Versorgung, Dokumentation und Abrechnung praktisch bewältigen müssen.

Im weiteren Gesetzgebungsverfahren muss deshalb sichergestellt werden, dass die Hilfsmittelversorgung als zusammenhängende Prozesskette betrachtet wird. Die unmittelbar betroffenen Leistungserbringer und ihre Verbände sind frühzeitig und wirksam an der Ausgestaltung zu beteiligen.

Prozessstufe	Zentraler Regelungsbereich	Entlastungsziel
Eignung und Zugang	Präqualifizierung nach § 126 SGB V; Vertragszugang	Bereits verifizierte dauerhafte Tatsachen nicht erneut prüfen; veränderte oder befristete Voraussetzungen gezielt aktualisieren; neue Betriebsstätten planbar präqualifizieren.

Prozessstufe	Zentraler Regelungsbereich	Entlastungsziel
Administrative Grundlage	Gesetzlicher Auftrag; administrativer Rahmenvertrag; Verträge nach § 127 SGB V	Wiederkehrende Grundprozesse gemeinsam verhandeln und bundeseinheitlich regeln.
Konkrete Versorgung	Verordnung, Antrag, Genehmigung, Lieferung, Beratung, Einweisung, Dokumentation	Genehmigungsaufwand reduzieren; digitale Wege ersetzen analoge Parallelverfahren.
Abschluss und Kontrolle	Abrechnung, Korrektur, Retaxation, Qualitätssicherung	Heilbare Formfehler vor einer Sanktion korrigieren; materielle Pflichtverletzungen gezielt kontrollieren; Doppelprüfungen vermeiden.

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

2. Präqualifizierung und Vertragszugang

Die Präqualifizierung ist ein notwendiges Instrument zur Sicherung fachlicher, räumlicher und organisatorischer Voraussetzungen. Bürokratie entsteht nicht durch die Prüfung als solche, sondern durch die wiederholte Anforderung und erneute Prüfung bereits nachgewiesener und unveränderter Tatsachen. Die bestehenden gesetzlichen und fachlichen Grundlagen müssen deshalb konsequent auf Wiederverwendung, Portabilität und Vermeidung von Doppelprüfungen ausgerichtet werden. [3][5]

2.1 Re-Präqualifizierung modularisieren und Nachweisbausteine anerkennen

- **Einmalprüfung verifizierter dauerhafter Tatsachen:** Meisterbriefe, Berufsurkunden und andere unveränderliche Qualifikationen werden einmal geprüft. Der dokumentierte Prüfstatus wird anschließend weiterverwendet.
- **Einheitliche Verfahren:** Formulare werden vereinheitlicht, bei der Erstprüfung erkennbare Nachforderungen möglichst gebündelt mitgeteilt und spätere Zusatzanforderungen begründet. Bearbeitungsstand, offene Punkte und Fristen müssen nachvollziehbar sein.
- **Prüfaufwand und Gebühren:** Bereits anerkannte und nicht erneut geprüfte Nachweise dürfen nicht wie eine vollständige Neu- oder Re-Präqualifizierung behandelt werden.

2.2 Wechsel der Präqualifizierungsstelle und portabler Prüfstatus

Beim Wechsel der Präqualifizierungsstelle müssen der dokumentierte Prüfstatus und die bereits vorliegenden Nachweise weiterverwendet werden können. Bereits geprüfte und

unveränderte Tatsachen dürfen nicht allein wegen des Stellenwechsels erneut nachgewiesen oder erneut geprüft werden.

Der Nachweisbestand muss in einem interoperablen Format übertragbar sein. Zusätzliche Insellösungen oder parallele Papierakten sind auszuschließen.

2.3 Neue Betriebsstätten planbar präqualifizieren

Neue Betriebsstätten sind nach einem gestuften und planbaren Verfahren zu beurteilen. Bereits für das Unternehmen geprüfte Tatsachen dürfen nicht erneut geprüft werden, soweit sie für die neue Betriebsstätte unverändert gelten.

Für Prüfgegenstände, die ohne Erkenntnisverlust digital beurteilt werden können, sind digitale Prüfmethoden regelwerklich zu ermöglichen. Eine Vor-Ort-Prüfung bleibt auf diejenigen Sachverhalte begrenzt, für die sie tatsächlich erforderlich ist.

2.4 Nachweisarten und sachgerechte Aktualisierung

Nachweisart	Behandlung
Dauerhaft unveränderliche Tatsachen	Einmal prüfen und den dokumentierten Prüfstatus bei 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.

Wiederkehrende, bereits entschiedene Gleichwertigkeitsfälle sollten transparent dokumentiert und von den PQ-Stellen einheitlich berücksichtigt werden. Die Einzelfallprüfung anderer gleichwertiger Qualifikationen bleibt möglich.

2.5 Vertragszugang parallel vorbereiten

Der Vertragsbeitritt kann parallel vorbereitet werden und nach positiver PQ-Entscheidung wirksam werden.

2.6 Umsetzung und Beteiligung

Die Ausgestaltung der Präqualifizierung darf nicht erneut ohne die unmittelbar betroffenen Leistungserbringer erfolgen. Ihre Verbände sind frühzeitig und wirksam zu beteiligen. Neue Doppelprüfungen, parallele Nachweiswege und technische Insellösungen sind auszuschließen.

3. Administrativer Rahmenvertrag: einheitliche Grundprozesse statt neuer Vertragsschicht

Der Administrative Rahmenvertrag (ARV) ist die strukturelle Klammer für wiederkehrende Verwaltungsfragen im Vertrags- und Versorgungsgeschehen. Er darf nicht sämtliche Inhalte der

Hilfsmittelversorgung zentralisieren. Sein Zweck ist klar begrenzt: Administrative Regelungen, die heute in einer Vielzahl von Verträgen unterschiedlich formuliert, technisch umgesetzt und immer wieder neu verhandelt werden, werden durch eine kleinere Zahl einheitlicher Grundprozesse ersetzt.

3.1 Funktion und Grenzen

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

3.2 Vereinbarung des administrativen Rahmenvertrags

Der administrative Rahmenvertrag ist zwischen den maßgeblichen Organisationen der Krankenkassen und der Hilfsmittelleistungserbringer zu verhandeln. Der gesetzliche Auftrag muss die Vertragsseiten, den Gegenstand des Rahmenvertrags, das Verhandlungsverfahren, eine verbindliche Abschlussfrist und ein neutrales Konfliktlösungsverfahren eindeutig festlegen.

Die Beteiligung muss die unterschiedlichen Versorgungsbereiche und Betriebsstrukturen angemessen abbilden. Ein Vertretungsmonopol einzelner Organisationen ist ebenso auszuschließen wie ein einseitiges Festsetzungsrecht einer Vertragsseite.

Der Rahmenvertrag muss regelmäßig fortentwickelt werden können, ohne dass die administrativen Grundregeln erneut in einer Vielzahl von Einzelverträgen ausgehandelt werden müssen.

3.3 Verhältnis zu bestehenden und künftigen Einzelverträgen

Der ARV darf keine zusätzliche Bürokratieebene werden. Das Gesetz muss deshalb regeln, dass seine administrativen Grundvorgaben entgegenstehende kassenindividuelle Regelungen ersetzen.

Für laufende Verträge sind klare Übergangsfristen und Vorrangregeln erforderlich.

4. Genehmigungsfreiheit und digitale Verfahrensführung

4.1 Gesetzliche Genehmigungsfreiheit bis 1.000 Euro

Die bislang angekündigte Genehmigungsfreiheit für Versorgung bis 200 Euro greift zu kurz. Eine vertragliche oder kassenindividuelle Lösung würde unterschiedliche Wertgrenzen fortschreiben und den Entlastungseffekt erheblich begrenzen.

Erforderlich ist deshalb eine bundesweit einheitliche, gesetzlich verbindliche Genehmigungsfreiheit für Versorgung bis einschließlich 1.000 Euro. Abweichende kassen- oder vertragsindividuelle Wertgrenzen entfallen. Damit gilt für alle Krankenkassen dieselbe Regel; eine kassenbezogene Prüfung der jeweils geltenden Genehmigungsgrenze ist nicht mehr erforderlich.

Die beigefügte Faktenanlage zeigt anhand der GKV-Gesamtstatistik und einer betrieblichen Praxisauswertung, dass eine Schwelle von 1.000 Euro eine erhebliche praktische Reichweite hat. [7]

4.2 Digitale Kommunikation und einfache digitale Signatur

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

- einheitliche, interoperable und technologieoffene Datenformate;
- Annahmepflicht der Krankenkassen für die vorgesehenen elektronischen Unterlagen;
- verbindlicher Wegfall zusätzlicher Papieroriginale, E-Mail-, Scan- und Kassenportalwege, soweit keine gesetzlich bestimmte Ausnahme vorliegt;
- Anerkennung der einfachen digitalen Signatur für Liefer-, Empfangs-, Beratungs- und Einweisungsnachweise;
- praxistaugliche Übergangs- und Ausfallregeln, insbesondere für mobile und häusliche Versorgung;
- keine Sanktion, wenn der vorgeschriebene digitale Weg nachweislich nicht verfügbar ist;
- klare Verantwortlichkeit bei Übermittlungs- und Systemfehlern sowie verhältnismäßige Umstellung für kleine und mittlere Betriebe.

Für die Telematikinfrastuktur (TI), sichere Kommunikationsdienste (KIM und TI-M), die elektronische Verordnung (eVO) und die elektronische Patientenakte (ePA) sind die erforderlichen Zugangsrechte, Rollen, Zwecke und technischen Voraussetzungen gesetzlich beziehungsweise infrastrukturell zu schaffen. Der ARV kann ihre einheitliche Verwendung im Vertragsverhältnis regeln, nicht aber fehlende Zugangsrechte ersetzen.

5. Abrechnung, Korrektur und Kontrolle

5.1 Zuzahlungsinkasso durch die Krankenkassen

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

Damit entfällt bei den Leistungserbringern ein vollständiger administrativer Nebenprozess, statt lediglich digital abgebildet oder auf einen anderen Übermittlungsweg verlagert zu werden.

5.2 Formfehler und Retaxationsschutz

Der für den Heilmittelbereich angekündigte Schutz vor Nullretaxationen bei reinen Formfehlern muss auf die Hilfsmittelversorgung übertragen werden. Formale oder heilbare Fehler dürfen nicht zum vollständigen Vergütungsausfall führen. Vor einer Retaxation ist eine angemessene Korrekturmöglichkeit einzuräumen. Materielle Pflichtverletzungen bleiben hiervon unberührt.

Sachverhalt	Folge
Leistung fehlt oder entspricht materiell nicht dem Vertrag	Prüfung und angemessene Sanktion bleiben möglich.
Vorsätzliche Falschangabe oder Betrug	Vollständige Rechtsverfolgung bleibt unberührt.
Heilbarer formaler Fehler bei ordnungsgemäßer Versorgung	Gebündelte Mitteilung und angemessene Korrekturfrist vor einer Kürzung.
Geringfügige Differenz	Kein Prüf- und Rückforderungsverfahren, dessen Aufwand außer Verhältnis zum möglichen Ertrag steht.

5.3 Bagatellgrenze als eigenständiger Mechanismus

Eine gesetzliche Bagatellgrenze muss die Hilfsmittelleistungserbringer ausdrücklich erfassen. Geringfügige formale Abweichungen und wirtschaftlich unbedeutende Differenzen dürfen keinen unverhältnismäßigen Prüf-, Korrektur- oder Retaxationsaufwand auslösen.

5.4 Qualitätssicherung und Doppelprüfungen

Der Abbau von Doppelprüfungen bei IT-Sicherheit und Qualitätssicherung muss nach einem allgemeinen Prinzip erfolgen: Ein aktueller, gleichwertiger Nachweis wird für denselben Zweck anerkannt. Das Schutzniveau bleibt bestehen; entfallen soll die Wiederholungsprüfung ohne zusätzlichen Erkenntnisgewinn. Bei der angekündigten Überprüfung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) sind deshalb auch nachweisbare Doppelpflichten in der Hilfsmittelversorgung einzubeziehen, ohne sicherheitsrelevante Dokumentation abzubauen.

6. Wie die Maßnahmen zusammenwirken

Einzelmaßnahme	Risiko isolierter Umsetzung	Erforderliche Ergänzung
Digitaler PQ-Nachweisbestand und Prüfstatus	Nachweise und Prüfergebnisse müssen bei jeder PQ-Stelle erneut hochgeladen oder erneut geprüft werden.	Portabilität des dokumentierten Prüfstatus, einmalige Datennutzung und keine parallele Papierakte.

Einzelmaßnahme	Risiko isolierter Umsetzung	Erforderliche Ergänzung
Administrativer Rahmenvertrag	Einzelverträge regeln dieselben Grundprozesse erneut abweichend.	Gesetzlicher Vorrang der administrativen Grundregeln und klare Übergangsregeln.
Gesetzliche Genehmigungsfreiheit bis 1.000 Euro	Kassen- oder vertragsindividuelle Wertgrenzen erhalten Prüf- und Verwaltungsaufwand.	Bundesweit einheitliche gesetzliche Genehmigungsfreiheit für Versorgung bis einschließlich 1.000 Euro; abweichende Wertgrenzen entfallen.
Einfache digitale Signatur	Papiernachweise oder Portaluploads werden parallel weiter verlangt.	Verbindlicher Wegfall des bisherigen Nachweiswegs.
Zuzahlungssinkasso durch die Krankenkassen	Leistungserbringer prüfen Befreiungsstatus, ziehen Zuzahlungen ein, verbuchen, mahnen und tragen das Ausfallrisiko.	Unmittelbare Erhebung der gesetzlichen Zuzahlungen durch die Krankenkassen.
Retaxationsschutz	Materielle Fehler werden mit heilbaren Formalfehlern gleichgesetzt oder umgekehrt.	Klare Tatbestände, Korrekturfrist und fortbestehende Sanktion materieller Pflichtverletzungen.

7. Nutzen für alle Beteiligten

Beteiligte	Konkreter Nutzen des Gesamtkonzepts
Leistungserbringer	Weniger Mehrfacheingaben, Doppelprüfungen, kassenabhängige Sonderregeln und parallele Nachweiswege; Entlastung von Zuzahlungseinzug, Mahnung und Ausfallrisiko; mehr Zeit für die Versorgung.
Versicherte	Weniger Mehrfachunterschriften und Rückfragen; weniger kassenabhängige Verfahrensunterschiede; geringeres Risiko vermeidbarer Verzögerungen.
Krankenkassen	Einheitliche Daten und Abläufe; zentral steuerbare Zuzahlungserhebung; weniger fehleranfällige Schnittstellen und Rückfragen; gezieltere Kontrollen bei materiellen Risiken.
Staat und Selbstverwaltung	Weiterentwicklung vorhandener Instrumente statt Aufbau neuer Parallelstrukturen; klarere Zuständigkeiten; nachvollziehbare Entlastungswirkung bei fortbestehender Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskontrolle.

8. Drei gesetzgeberische Schritte

- 1. Präqualifizierung modernisieren:** Die Präqualifizierung ist in den gesetzlichen Bürokratieabbau einzubeziehen. Bereits geprüfte und unveränderte Tatsachen müssen weiterverwendet werden können. Der dokumentierte Prüfstatus muss beim Wechsel der Präqualifizierungsstelle erhalten bleiben. Die unmittelbar betroffenen Leistungserbringer und ihre Verbände sind an der Ausgestaltung zu beteiligen.
- 2. Administrativen Rahmenvertrag gesetzlich beauftragen:** Der gesetzliche Auftrag muss Zweck, Mindestinhalte und Vorrang der administrativen Grundregeln, die Vertragsseiten, das Verhandlungsverfahren, eine verbindliche Abschlussfrist und ein neutrales Konfliktlösungsverfahren festlegen. Keine Seite darf ein einseitiges Festsetzungsrecht erhalten.
- 3. Unmittelbare gesetzliche Entlastungen beschließen:** Die Genehmigungsfreiheit bis einschließlich 1.000 Euro, verbindliche digitale Verfahren ohne parallele Nachweiswege, die einfache digitale Signatur, das Zuzahlungssinkasso durch die Krankenkassen, Korrektur vor Retaxation, eine Bagatellgrenze sowie die Anerkennung gleichwertiger Nachweise und die Vermeidung von Doppelprüfungen sind gesetzlich zu verankern. Diese Entlastungen dürfen nicht bis zum Abschluss des administrativen Rahmenvertrags zurückgestellt werden.

Grundsatz: Einmal prüfen. Einheitlich verhandeln. Daten und Nachweise nur einmal verwenden. Digitale Verfahren müssen analoge Verfahren 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: August 2026.