

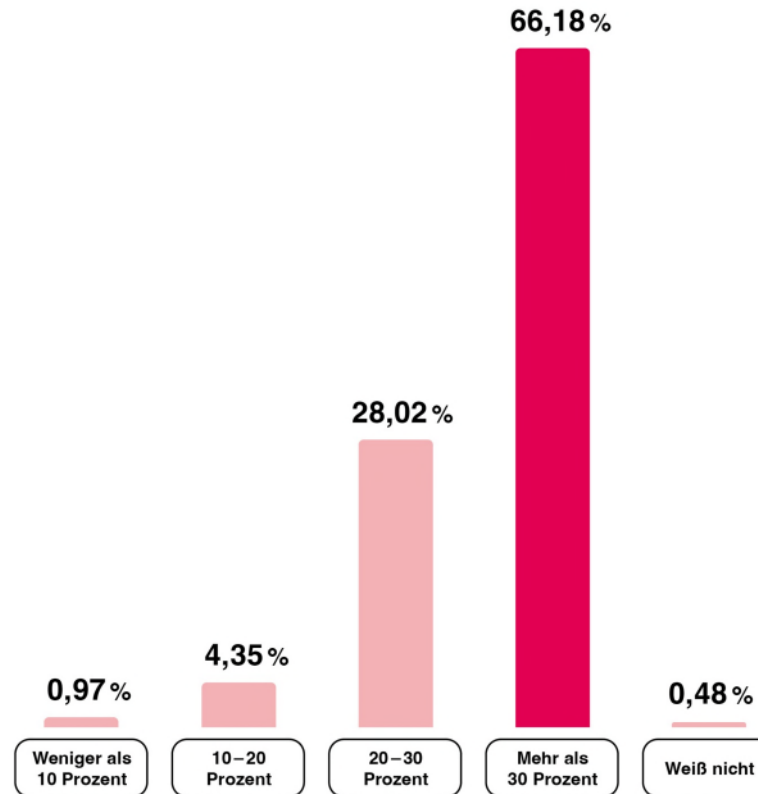


*Wir versorgen
Deutschland.*

**Entbürokratisierungsmaßnahmen im Hilfsmittelbereich
Austausch WvD-BMG am 25.08.2026**

Zahlen zur Bürokratielast

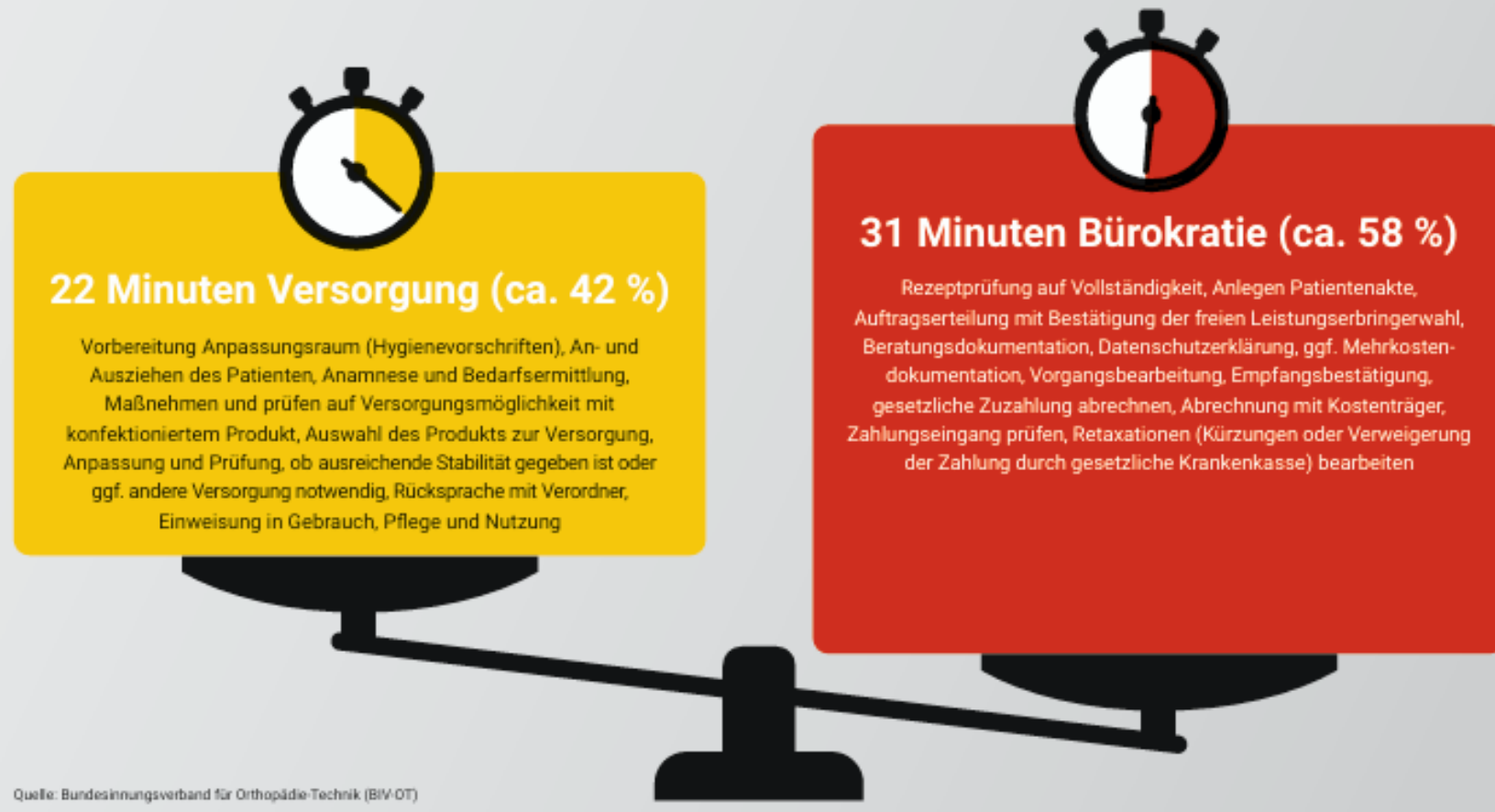
Bitte schätzen Sie ein, wie viel Zeit Sie derzeit durchschnittlich für Bürokratiepflichten in Ihrem Unternehmen aufwenden müssen.



Bürokratischer Aufwand in der Versorgung ³

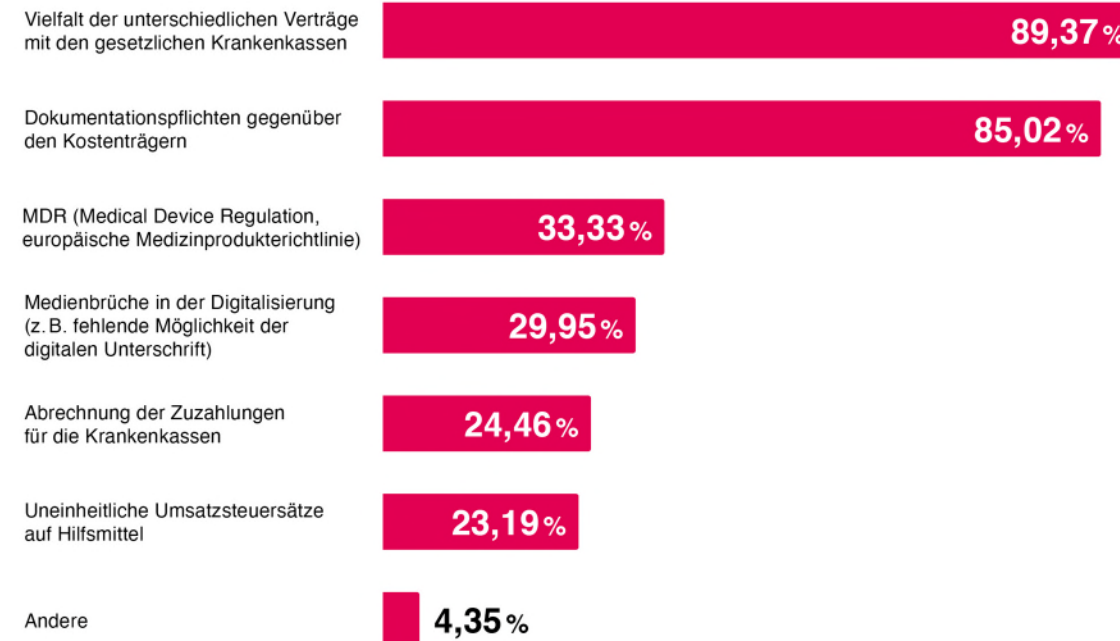
Beispiel: Versorgung mit einer konfektionierten Kniebandage

Die Versorgung eines Patienten mit einer (vor-)konfektionierten Kniebandage dauert insgesamt etwa **53 Minuten**. Davon sind:



Bürokratietreiber

Was sind aus Ihrer Sicht die größten
Bürokratietreiber im Bereich Versorgung?



Vorschläge

- **Sofortpaket mit Entlastungsmaßnahmen**
- **Einführung eines Administrativen Rahmenvertrages ARV**
- **Reform der Präqualifizierung (PQ)**

Sofortpaket

- **Abschaffung Nullretaxierung bei Formfehlern auch im Hilfsmittelbereich.**
- **Zuzahlungsinkasso auch in Hilfsmittelbereich auf die Kassen verlagern.**
- Verschlinkung der Dokumentationspflichten.
- Anerkennung der einfachen digitalen Signatur für Liefer-, Empfangs-, Beratungs- und Einweisungsnachweise.
- Konsequente Digitalisierung der Abrechnung.
- **Einheitliche gesetzliche Genehmigungsfreigrenze**

Nullretaxierung & Inkasso

- 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. Retaxationen aus formalen Gründen wurden für den Arzneimittelbereich, Vertragsärzte und Krankenhäuser bereits ausgeschlossen.
- **Auch bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, die zum Teil hohe Vorleistungen bspw. durch aufwendige Erprobungen erfordern, wäre eine solche Regelung dringend erforderlich, sowohl aus Gründen der Gleichbehandlung aller Gesundheitsdienstleister sowie der Abrechnungsproblematik beim 3-Prozent-Abschlag.**
- Hilfsmittel-Leistungserbringer müssen entgegen allen anderen Gesundheitsdienstleitern die gesetzliche Zuzahlung selbst beim Versicherten einziehen, tragen das volle Ausfallrisiko und haben bei meist geringen Einzelbeträgen einen unverhältnismäßig hohen Verwaltungs- und Inkassoaufwand.
- **Daher sollte die Ausnahme in § 33 Abs. 8 SGB V gestrichen werden, sodass die Krankenkassen das Inkassorisiko übernehmen, die bereits über die entsprechende Infrastruktur verfügen.**

Genehmigungsfreigrenze

- Wir begrüßen den Vorschlag einer einheitlichen gesetzlichen Freigrenze für verordnete Hilfsmittel. Sie bietet erhebliches Entlastungspotential für Kassen und Leistungserbringer.
- Die angedachte Höhe von 200 Euro ist jedoch zu niedrig angesetzt.
- Bereits jetzt finden sich in vielen Verträgen höhere Freigrenzen von 300, 400 oder 500 Euro. Die bürokratische Entlastung wäre bei 200 Euro daher nur überschaubar.
- Eine höhere Freigrenze würde den bürokratischen Aufwand bei Kassen und Leistungserbringern dagegen klar reduzieren.

Administrativer Rahmenvertrag

- Der ARV soll wiederkehrende Verwaltungsfragen im Vertrags- und Versorgungsgeschehen vereinheitlichen. Administrative Grundprozesse, die heute kassenindividuell formuliert, technisch umgesetzt und wiederholt verhandelt werden, sollen durch eine kleinere Zahl bundeseinheitlicher Regeln ersetzt werden.
- § 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.
- Es darf keine einseitigen Festsetzungs- oder Letztentscheidungsrechte geben, sondern es Bedarf tatsächliche Verhandlung und transparente, modulbezogene Vertretung.

Grundsätze für die Ausgestaltung ARV

- Konfliktlösung und Fortentwicklung:
 - Nach gesetzlicher Abschlussfrist sind nur die noch offenen Punkte in einem unabhängigen, ausgewogenen und begründeten Verfahren zu entscheiden
 - Dieselben Regeln sollten auch für spätere Module und technische Anpassungen im ARV gelten.
- Vorrang des ARV und Übergang:
 - Die administrativen Grundregeln ersetzen entgegenstehende kassenindividuelle Regelungen
 - Für laufende Verträge sollen klare Übergangsfristen und Vorrangregeln gelten.

Präqualifizierung

- Die Präqualifizierung soll der Eignungs- und Zugangsnachweis nach § 126 SGB V bleiben. Doppelprüfungen, unnötige Nachweise und bürokratische Hürden müssen konsequent abgebaut werden.
- 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.

Entschlackung PQ

- Prüfungen sollten stärker auf fachliche Anforderungen, weniger auf räumliche und sachliche Vorgaben ausgerichtet und möglichst nach Aktenlage durchgeführt werden.
- Betriebsbegehungen im bisherigen 20-Monats-Rhythmus sollten hinterfragt werden.
- Bereits durch Berufsabschlüsse und Qualifikationsnachweise, z. B. den Meisterbrief, belegte Kompetenzen sollten nicht nochmals über die PQ geprüft werden.
- Die Leistungserbringer sollten systematisch in die Festlegung der PQ-Anforderungen einbezogen werden, z. B. durch Verhandlungen der Spitzenorganisationen mit dem GKV-Spitzenverband.

Entsackung PQ

- Doppelnachweise vermeiden: Bei ISO-zertifizierten Unternehmen (DIN EN ISO 13485/9001) sollten zusätzliche PQ-Nachweise zu Lagerung, Warenwirtschaft, Reparatur, Aufbereitung etc. entfallen.
- Sachliche Mittel zentral nachweisen: Maschinen und technische Ausstattung sollten bei Zentralfertigung nicht für jede einzelne Filiale separat nachgewiesen werden müssen.
- 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.

„Wir versorgen Deutschland“

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

