

PRAXISCHECK GESUNDHEITSWIRTSCHAFT

Entbürokratisierung in der Hilfsmittelbranche – Probleme & Lösungsvorschläge

Diese Zusammenfassung von Problemen und zugehörigen Lösungsvorschlägen geht aus dem Praxischeck Gesundheitswirtschaft: eine Entbürokratisierungsinitiative für die Hilfsmittelbranche hervor, die die IHK.NRW seit Oktober 2025 gemeinsam mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) durchführt. Vorangegangen sind dieser Zusammenfassung Recherchen und Gespräche zwischen der IHK.NRW und dem MAGS, sowie ein persönlicher Austausch zwischen Vertretern der Hilfsmittelbranche, dem MAGS und der IHK.NRW am 6. Oktober 2025.

Auf den folgenden Seiten finden Sie Probleme, die derzeit ein effizientes Arbeiten in der Hilfsmittelbranche erschweren, aufgelistet und erklärt. Anschließend sind zugehörige Lösungsvorschläge eingefügt, die eine Lösung oder Erleichterung des Problems versprechen. Des Weiteren werden gegen Ende des Dokuments weitere Themen angesprochen, die gegebenenfalls auch von einer Entbürokratisierungsmaßnahme profitieren könnten, um zukünftigen Problemen aus dem Weg zu gehen.

Um diese Themen weiter bearbeiten zu können, benötigen wir weitere Einschätzungen von Akteuren aus der Hilfsmittelbranche. Darunter fallen Unternehmen mit Schwergewicht mit WZ-Code 47.74.1 / NACE-Code G47.74.

INHALTSVERZEICHNIS: PROBLEME & LÖSUNGSVORSCHLÄGE

Problem 1: Doppelversorgung durch mehrere Sanitätshäuser.....	1
Lösung 1a: ePA-Anbindung	1
Lösung 1b: Abfragetool ähnlich der digitalen Zuzahlungs- bzw. Befreiungsprüfung bei Apotheken	1
Problem 2: Verschiedene Antragsplattformen (MIP, Egeko, zhp) Kostenträgerliste	2
Lösung 2: Einführung einer einzigen Clearingstelle.....	2
Problem 3: Offene Vertragsgestaltung	2
Lösung 3: Einheitliche Preise für einzelne Produktgruppen bei allen Krankenkassen	2
Problem 4: Unterschiedliche Präqualifizierungsanforderungen	2
Lösung 4a: Vereinheitlichung der Präqualifizierungsanforderungen bei verschiedenen Produkten.....	2
Lösung 4b: Prüfung der Präqualifizierungsanforderungen auf Verhältnismäßigkeit und Praxistauglichkeit	3
Problem 5: Regelung zur Versorgung mit Kompressionsstrümpfen von Krankenkassen geändert.....	3
Lösung 5a: Festlegung der Regelung von 2 Versorgungen pro Jahr	5
Lösung 5b: Digitale Anzeige des nächstmöglichen Versorgungsdatums.....	5
Problem 6: es gibt keinen Bundesverband.....	6
Lösung 6a: Gründung eines Bundesverbands	6
Lösung 6b: Anschluss an einen bestehenden Verband.....	6
Weitere Themen.....	7
Punkt 7: Verbindliche Bearbeitungszeiten für Kostenvoranschläge	7
Punkt 8: Vereinfachte Folgeversorgung bei gleichbleibender Diagnose	7
Punkt 9: Einheitliche Prüf- und Dokumentationspflichten.....	7
Punkt 10: Einheitliche Retaxationsgrenzen und Heilungsmöglichkeiten bei Formfehlern	8
Punkt 11: Vereinfachung ärztlicher Verordnungen	8
Punkt 12: Bürokratie beim Hilfsmittelpool	9

Problem 1: Doppelversorgung durch mehrere Sanitätshäuser

Das Problem mit der Doppelversorgung besteht nur für Sanitätshäuser, da Apotheken doppelversorgen dürfen. Sanitätshäuser müssen stattdessen in Regress gehen.

Lösung 1a: ePA-Anbindung

Eine mögliche Lösung zur Verhinderung der Doppelversorgung durch mehrere Sanitätshäuser ist die Anbindung der Sanitätshäuser an die elektronische Patientenakte. Diese ergibt allerdings nur Sinn, wenn auch alle Verordnungen elektronisch vorliegen, was frühestens ab 2027 sinnvoll ist. Das bedeutet, eine ePA-Anbindung ist möglich und sinnvoll, benötigt aber die vollständige elektronische Verordnung und der Zustimmung zum Reformpaket.

Lösung 1b: Abfragetool ähnlich der digitalen Zuzahlungs- bzw. Befreiungsprüfung bei Apotheken

Eine von der ePa-Anbindung unabhängige Lösung würde ein Abfragetool ähnlich der digitalen Zuzahlungs- oder Befreiungsprüfung bei Apotheken wie beispielsweise scanacs sein. Dort können Apotheken den Befreiungsstatus von Versicherten teilnehmender Krankenkassen online und in Echtzeit abfragen. Die Einführung eines vergleichbaren Systems für Hilfsmittel wäre sinnvoll, da Sanitätshäuser so vor der Abgabe die Versichertendaten sowie die jeweilige Produktgruppe oder Hilfsmittelnnummer eingeben können. Basierend auf diesen Daten zeigt dann ein Ampelsystem an, ob eine Abgabe möglich ist.

- Grün: Versorgung möglich
- Gelb: Versorgung möglich, aber Genehmigung oder weitere Unterlagen erforderlich
- Rot: Versorgung aktuell nicht möglich; nächste Versorgung möglich ab Datum X

Besonders hilfreich wäre zudem eine konkrete Datumsangabe zur nächstmöglichen Versorgung wie „Nächste Versorgung möglich ab dem XX.XX.XXXX“. So können Sanitätshäuser vor der Abgabe rechtssicher prüfen, ob der Versicherte für das jeweilige Hilfsmittel aktuell versorgungsberechtigt ist.

So würden Doppelversorgungen, Rückfragen und spätere Retaxationen reduziert. Zudem würden alle Seiten von einem solchen System profitieren: Sanitätshäuser hätten mehr Sicherheit vor der Abgabe, Krankenkassen müssten weniger Einzelfälle nachträglich prüfen und Versicherte würden schneller eine klare Auskunft erhalten.

Problem 2: Verschiedene Antragsplattformen (MIP, Egeko, zhp) Kostenträgerliste

Lösung 2: Einführung einer einzigen Clearingstelle

Momentan gibt es für Sanitätshäuser verschiedene Antragsplattformen, die nicht vereinheitlicht sind und je nach Krankenkasse variieren. Es gibt verschiedene Abrechnungsprogramme für Sanitätshäuser, die den Vorteil haben, dass sie die entsprechenden Anträge automatisch an die jeweilige Krankenkasse vermitteln. Allerdings sind diese kostenpflichtig und Sanitätshäuser müssen für jede Plattform einzeln bezahlen.

Die Einführung einer einzigen Clearingstelle nach Vorbild der Apotheken, bzw. einer einheitlichen Antragsplattform, würde diesem Problem vorgreifen, sodass verschiedene Abrechnungsprogramme redundant werden.

Problem 3: Offene Vertragsgestaltung

Lösung 3: Einheitliche Preise für einzelne Produktgruppen bei allen Krankenkassen

Eine Lösung besteht darin, einheitliche Preise für einzelne Produktgruppen einzuführen. Diese Produktgruppen können z.B. Schachtelprodukte (also konfektionierte Produkte) wie Bandage, Rundstrick etc. sein. Einheitliche Preise würden so auch eine Verbindlichkeit für alle Krankenkassen darstellen.

Die Vorteile dieser Maßnahme liegen vor allem in der Entbürokratisierung, da Kosten- und Arbeitszeit eingespart werden.

Problem 4: Unterschiedliche Präqualifizierungsanforderungen

Lösung 4a: Vereinheitlichung der Präqualifizierungsanforderungen bei verschiedenen Produkten

Sanitätshäuser müssen unterschiedliche Präqualifizierungsanforderungen je nach Produktgruppen, wie beispielsweise in der Orthopädietechnik, erfüllen. Dabei müssen diese Präqualifizierungsanforderungen nur erfüllt werden, wenn über die GKV abgerechnet wird. Privat können die jeweiligen Produkte auch ohne Erfüllung der Präqualifizierungsanforderungen abgegeben werden. Unter Präqualifizierungsmaßnahmen fallen Anforderungen wie Meistertitel etc.,

wodurch extra Hürden für kleine Sanitätshäuser entstehen, da diese dann keine Versorgung für die entsprechenden Produkte bereitstellen können.

Lösung 4b: Prüfung der Präqualifizierungsanforderungen auf Verhältnismäßigkeit und Praxistauglichkeit

Des Weiteren sollten die Präqualifizierungsanforderungen für die einzelnen Bereiche darauf geprüft werden, ob sie verhältnismäßig und praxisgerecht sind. Man sollte überlegen, ob es in der Praxis nicht ausreicht, dass eine fachlich qualifizierte Person im Betrieb angestellt ist. So wäre die Qualität der Produkte sichergestellt, während eine Abgabe dieser bestimmten Produkte auch durch geschulte Mitarbeitende erfolgen könnte, ohne, dass die fachlich qualifizierte Person persönlich an jeder Versorgung beteiligt sein muss.

Gerade bei konfektionierten Hilfsmitteln, sogenannten „Schachtelprodukten“ wie Bandage, einfachen Orthesen oder anderen standardisierten Hilfsmitteln, sollte man die besonders hohen Qualifikationsanforderungen hinterfragen. Hier sieht die Realität häufig anders aus, da die Abgabe von konfektionierter Orthopädie in der Praxis häufig durch erfahrene und geschulte Mitarbeitende erfolgt und nicht persönlich durch einen Meister.

Konkret sollte geprüft werden, ob die Abgabe von konfektionierten Hilfsmitteln stärker für Sanitätshausmitarbeitende geöffnet werden kann. Die Qualität der Versorgung könnte durch Maßnahmen wie verbindlichen Schulungen, internen Einweisungen oder zertifizierten Produktschulungen sichergestellt werden, wovon vor allem kleinere Betriebe profitieren würden.

Problem 5: Regelung zur Versorgung mit Kompressionsstrümpfen von Krankenkassen geändert

Die folgenden zwei Grafiken verdeutlichen das Problem.

Regelung zur Versorgung mit Kompressionsstrümpfen

Grundregel:

Über die Krankenkasse dürfen **maximal 2 Versorgungen innerhalb von 12 Monaten** erfolgen.
Maßgeblich ist immer das **tatsächliche Abgabedatum**.

Konkretes Beispiel

Nr.	Abgabedatum	Bewertung
1	09.01.2025	1. Versorgung
2	01.09.2025	2. Versorgung

3. Versorgung

Die Abgabe vom **09.01.2025** fällt am **09.01.2026** aus dem 12-Monats-Zeitraum.

➡■ **Nächste Versorgung erlaubt ab: 10.01.2026**

Tatsächliche Abgabe:

Die Kundin hat die Strümpfe erst am **04.02.2026** erhalten.

4. Versorgung (darauf folgende)

Die Abgabe vom **01.09.2025** fällt am **01.09.2026** aus dem 12-Monats-Zeitraum.

➡■ **Nächste Versorgung erlaubt ab: 02.09.2026**

Folge für die nächste weitere Versorgung

Da die **3. Versorgung tatsächlich am 04.02.2026** erfolgt ist, beginnt ab diesem Datum ein neuer 12-Monats-Zeitraum.

➡■ **Die 5. Versorgung ist daher erst wieder ab dem 05.02.2027 möglich.**

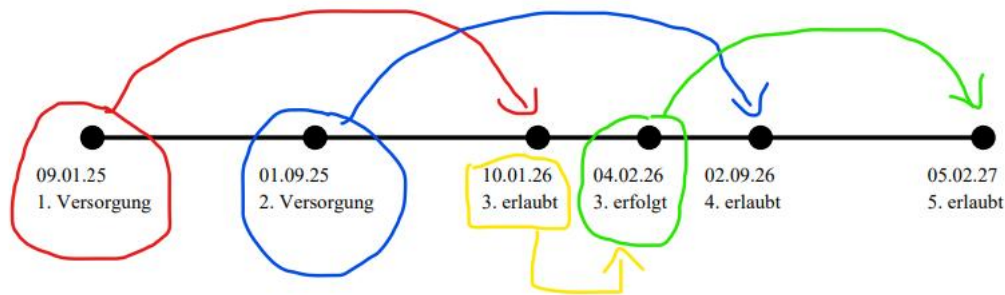
Merksatz für Mitarbeitende

Entscheidend ist immer das tatsächliche Abgabedatum – nicht das frühestmögliche Datum.

Der neue Abgabetag ist immer der Folgetag.

Zeitstrahl – Versorgung mit Kompressionsstrümpfen

Beispiel: Maximal 2 Versorgungen innerhalb von 12 Monaten (maßgeblich ist das Abgabedatum).



Legende:

- Schwarzer Punkt = Abgabe oder frühestmögliche Abgabe
- Entscheidend ist immer das tatsächliche Abgabedatum

Merksatz: Die nächste Versorgung ist immer erst ab dem Folgetag möglich, sobald eine der letzten zwei Versorgungen älter als 12 Monate ist.

Lösung 5a: Festlegung der Regelung von 2 Versorgungen pro Jahr

Die Regelung zur Versorgung mit Kompressionsstrümpfen wurde von den Krankenkassen geändert. Während vorher zwei Versorgungen pro Jahr möglich waren, sind heute zwei Versorgungen innerhalb von 12 Monaten vorgeschrieben. Für diese Versorgung ist das tatsächliche Abgabedatum ausschlaggebend, was die Versorgung in der Praxis für Patienten und Sanitätshäuser gleichermaßen erheblich verkompliziert.

Lösung 5b: Digitale Anzeige des nächstmöglichen Versorgungsdatums

Die Problematik bei Kompressionsstrümpfen könnte teilweise durch die unter Punkt 1 beschriebene digitale Anspruchs- und Fristenprüfung gelöst werden. Wenn das Sanitätshaus vor der Abgabe digital abfragen könnte, ab welchem Datum die nächste Versorgung möglich ist, würden viele Rückfragen und Unsicherheiten entfallen.

Gerade bei der Regelung „zwei Versorgungen innerhalb von zwölf Monaten“ ist die praktische Umsetzung für Mitarbeitende und Versicherte schwer nachvollziehbar, weil das tatsächliche

Abgabedatum entscheidend ist. Eine digitale Anzeige des nächstmöglichen Versorgungsdatums würde den Prozess deutlich vereinfachen.

Damit könnten Mitarbeitende dem Versicherten direkt eine verbindliche Auskunft geben und müssten nicht selbst anhand verschiedener Kassenregelungen, Abgabedaten oder Vorversorgungen prüfen, ob eine erneute Versorgung möglich ist.

Problem 6: es gibt keinen Bundesverband

Dadurch dass es keinen Verband von Sanitätshäusern auf Bundesebene gibt, gestalten sich Verhandlungen mit Krankenkassen und anderen Akteuren schwierig. Sanitätshäuser agieren häufig aus einer Position der Schwäche, da es keine einheitliche Position und keinen geeinten Fürsprecher gibt.

Lösung 6a: Gründung eines Bundesverbands

Deswegen besteht die Gründung eines Bundesverbands als langfristiges Ziel um mit anderen Akteuren wie beispielsweise Krankenkassen auf Augenhöhe verhandeln zu können. Ideen, wie die eines Einheitsvertrags für Allgemeines wie AGBs für alle Krankenkassen, können dann über diesen Bundesverband geregelt werden.

Lösung 6b: Anschluss an einen bestehenden Verband

Kurzfristig könnte der Anschluss an einen bestehenden Verband eines ähnlichen Branchenzweigs in Betracht gezogen werden. Anbieten würden sich zum Beispiel der Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik (BIV-OT) und Medizintechnikverbände wie BVMed oder SPECTARIS. Man könnte über die Möglichkeit der Anbindung in Form eines Arbeitskreises für Sanitätshäuser nachdenken.

Weitere Themen

Punkt 7: Verbindliche Bearbeitungszeiten für Kostenvoranschläge

Ein weiteres wichtiges Thema sind verbindliche Bearbeitungsfristen für Kostenvoranschläge. In der Praxis verzögert sich die Versorgung häufig, weil Rückmeldungen der Krankenkassen auf sich warten lassen. Für die Versicherten bedeutet das längere Wartezeiten, obwohl die medizinische Notwendigkeit bereits durch eine Verordnung bestätigt wurde.

Sinnvoll wäre daher eine verbindliche Frist zur Bearbeitung von Kostenvoranschlägen. Erfolgt innerhalb dieser Frist keine Rückmeldung der Krankenkasse, sollte der Kostenvoranschlag als genehmigt gelten oder zumindest ein vereinfachter Freigabeprozess greifen.

Das würde zu einer schnelleren Versorgung der Versicherten führen und gleichzeitig den Verwaltungsaufwand für Sanitätshäuser und Krankenkassen reduzieren.

Punkt 8: Vereinfachte Folgeversorgung bei gleichbleibender Diagnose

Bei wiederkehrenden Versorgungen sollte geprüft werden, ob jedes Mal eine neue ärztliche Verordnung erforderlich ist. Gerade bei Kompressionsstrümpfen, Einlagen oder anderen regelmäßig benötigten Hilfsmitteln liegt häufig eine dauerhaft bestehende Diagnose vor.

In solchen Fällen wäre ein vereinfachter Prozess sinnvoll. Denkbar wäre zum Beispiel ein Dauerrezept bis auf Widerruf oder eine ärztliche Langzeitverordnung, auf deren Grundlage Folgeversorgungen ohne erneuten Arztbesuch möglich sind.

Das würde nicht nur Sanitätshäuser entlasten, sondern auch Arztpraxen, Krankenkassen und Versicherte. Ärztinnen und Ärzte müssten bei unveränderter Diagnose nicht regelmäßig neue Verordnungen ausstellen, und die Versorgung könnte schneller erfolgen.

Punkt 9: Einheitliche Prüf- und Dokumentationspflichten

Ein großer Teil des bürokratischen Aufwands entsteht dadurch, dass Krankenkassen unterschiedliche Anforderungen an Genehmigung, Dokumentation und Abrechnung stellen. Mitarbeitende sind dadurch häufig unsicher, welche Unterlagen bei welcher Krankenkasse erforderlich sind. Aus Sicherheitsgründen werden dann zusätzliche Dokumentationen erstellt oder unnötige Kostenvoranschläge eingereicht.

Sinnvoll wäre eine Vereinheitlichung der Prüf- und Dokumentationspflichten für definierte Produktgruppen. Wenn bei allen Krankenkassen klar geregelt wäre, welche Unterlagen erforderlich sind, könnten Prozesse deutlich einfacher, schneller und fehlerärmer gestaltet werden.

Dies würde sowohl die Sanitätshäuser als auch die Krankenkassen entlasten, da weniger Rückfragen, Nachforderungen und Korrekturschleifen entstehen würden.

Punkt 10: Einheitliche Retaxationsgrenzen und Heilungsmöglichkeiten bei Formfehlern

Auch bei Retaxationen besteht erheblicher Entbürokratisierungsbedarf. In der Praxis führen formale Fehler teilweise zu vollständigen Kürzungen, obwohl die Versorgung tatsächlich erfolgt ist und medizinisch notwendig war.

Sinnvoll wären einheitliche Retaxationsgrenzen sowie klare Heilungsmöglichkeiten bei formalen Fehlern. Kleinere oder nicht versorgungsrelevante Fehler sollten nicht automatisch zu einer vollständigen Kürzung führen. Stattdessen sollte es möglich sein, fehlende Angaben nachzureichen oder offensichtliche Formfehler zu korrigieren.

Dadurch müssten Vorgänge nicht mehrfach zwischen Sanitätshaus und Krankenkasse hin- und hergeschickt werden. Gleichzeitig würden unnötige Vollkürzungen vermieden, ohne dass die Krankenkassen auf eine sachliche Prüfung verzichten müssten.

Das Ziel sollte sein: Wenn eine Versorgung korrekt und medizinisch notwendig erbracht wurde, darf ein kleiner formaler Fehler nicht automatisch zum vollständigen Vergütungsausfall führen.

Punkt 11: Vereinfachung ärztlicher Verordnungen

Insbesondere bei Hilfsmitteln wie Schuheinlagen oder Kompressionsstrümpfen kommt es häufig vor, dass ärztliche Verordnungen unvollständig oder nicht eindeutig genug sind. Dann müssen Sanitätshäuser Rücksprache mit der Arztpraxis halten oder die Versicherten erneut zur Praxis schicken. Das verursacht zusätzlichen Aufwand für alle Beteiligten.

Eine Lösung könnten einheitliche digitale Verordnungsmasken für bestimmte Hilfsmittel sein. Diese sollten alle notwendigen Pflichtangaben enthalten und bereits bei der Ausstellung auf Vollständigkeit prüfen.

Alternativ sollte geprüft werden, ob Sanitätshausmitarbeitende bei klaren Ergänzungen ein Zusatzblatt selbst ausfüllen dürfen. Beispiele wären Angaben wie Hafttrand, Maßanfertigung oder notwendige Produktdetails, sofern die medizinische Grundverordnung eindeutig ist.

Mit der Einführung des E-Rezepts beziehungsweise digitaler Verordnungen könnte dieser Prozess zusätzlich vereinfacht werden, wenn die notwendigen Angaben strukturiert erfasst werden.

Punkt 12: Bürokratie beim Hilfsmittelpool

Auch der Umgang mit Hilfsmittelpools verursacht in der Praxis erheblichen Aufwand. Häufig muss zunächst geprüft werden, ob irgendwo in Deutschland ein passendes Hilfsmittel verfügbar ist. Dieses Hilfsmittel muss anschließend angefordert, transportiert und technisch geprüft werden. Falls Reparaturen erforderlich sind, muss zusätzlich ein Reparaturkostenvoranschlag erstellt, genehmigt, das Ersatzteil bestellt und eingebaut werden. Erst danach kann die Versorgung des Kunden erfolgen.

Dieser Prozess ist sehr zeitaufwendig und führt häufig zu langen Wartezeiten. Gerade bei dringend benötigten Hilfsmitteln kann dies die Versorgung der Versicherten erheblich verzögern.

Sinnvoll wäre daher eine Vereinfachung der Poolprüfung. Denkbar wären klare Fristen, Wertgrenzen oder Ausnahmen, bei denen eine Neuversorgung schneller möglich ist. Außerdem sollte geprüft werden, ob bei bestimmten Hilfsmitteln eine Poolprüfung wirtschaftlich und versorgungspraktisch überhaupt sinnvoll ist, wenn Transport, Prüfung, Reparatur und Verwaltungsaufwand am Ende höher sind als der Nutzen.

Ziel sollte sein, dass Hilfsmittelpools dort genutzt werden, wo sie tatsächlich wirtschaftlich und versorgungsnah sinnvoll sind, ohne die Versorgung durch übermäßige Bürokratie zu verzögern.