# Stellungnahme zu den Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit für den Bereich der Hilfsmittelversorgung

## Wir versorgen Deutschland (WvD)

**Stand April 2026**

Wir versorgen Deutschland (WvD) | Lützowstr. 102 - 104 | 10785 Berlin
✉ info@wirversorgendeutschland.de | ✆ +49 30 33 93 35 63 | WvD im Lobbyregister Reg.-Nr.: R004824

**FinanzKommission ordnet Hilfsmittelversorgung differenziert ein – kurzfristige Fiskallogik darf Strukturreformen nicht ausbremsen**

**Management Summary**

Wir versorgen Deutschland (WvD) bewertet die Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit zur Hilfsmittelversorgung insgesamt differenziert.

Positiv ist, dass der Bericht die Hilfsmittelversorgung nicht als pauschalen Hauptkostentreiber behandelt, sondern als einen differenziert zu betrachtenden Leistungsbereich mit zahlreichen Hilfsmittelgruppen, unterschiedlichen Versorgungsanlässen und individuellen Patientenbedürfnissen beschreibt. Richtig ist auch, dass die Kommission auf der Einnahmeseite finanzpolitische Fehlstellungen adressiert, insbesondere bei den Bürgergeld-Beiträgen, beim Bundeszuschuss und bei versicherungsfremden Leistungen.

Kritisch ist jedoch die politische Reihenfolge der vorgeschlagenen Maßnahmen zu bewerten. Der erste Bericht soll ausdrücklich kurzfristig wirksame Maßnahmen bereits ab 2027 liefern. Ein zweiter Bericht mit mittel- und langfristigen Strukturreformen ist erst bis Ende 2026 vorgesehen. Zugleich beschreibt der Bericht selbst, dass zentrale Strukturreformen – darunter digitale Transformation, Ambulantisierung und bessere Koordination der Patientenwege – bislang noch nicht in vollem Maße wirksam geworden sind. Daraus folgt: Kurzfristige Konsolidierung darf nicht so umgesetzt werden, dass genau jene Reformen gebremst werden, die für langfristige Effizienz und Versorgungsqualität entscheidend sind.

Für die Hilfsmittelversorgung gilt: Sie ist kein beliebig standardisierbarer Sachleistungsbereich. Sie ist Teil einer qualitätsgesicherten Versorgung, in der Medizinprodukte, Fachleistung, individuelle Anpassung und Nachsorge zusammenwirken. Qualität entsteht hier nicht allein über das eingesetzte Medizinprodukt, sondern im Zusammenspiel von Indikation, Auswahl, Anpassung, Beratung, Einweisung, Nachsorge und Versorgungserfolg im Alltag.

Die Wiedereinführung von Ausschreibungen ordnet die Kommission für Hilfsmittel der Kategorie B zu und betont, dass Maßnahmen bezogen auf den jeweiligen Versorgungsbereich abgewogen werden müssen. Festbeträge hält sie nur dort für

vertretbar, wo Hilfsmittelgruppen gut standardisiert sind, und nur geringer Beratungs- oder Anpassungsbedarf besteht.

Zugleich zeigt der Bericht, dass die eigentlichen Effizienzreserven nicht primär in der Kürzung notwendiger Versorgungsleistungen liegen, sondern in besseren Daten, praxistauglicher Digitalisierung und effizienteren Prozessen. Die Kommission fordert selbst repräsentative Kostenerhebungen, beschreibt digitale Effizienzpotenziale und kritisiert historisch überkommene Prüfwege, die unter heutigen digitalen Bedingungen nicht mehr zeitgemäß sind.

Aus Sicht von WvD muss daraus jetzt eine verbindliche Umsetzungsagenda der digitalen Transformation folgen: weniger Medienbrüche, weniger Doppelprozesse, mehr digitale Prozesssicherheit und schnellere Überführung erprobter Lösungen in die Regelversorgung. Die Konzepte liegen bereits vor.

# 1. Richtige Impulse auf der Einnahmeseite

Aus Sicht von WvD sind jene Empfehlungen der FinanzKommission zu begrüßen, die die GKV von gesamtgesellschaftlichen Lasten entlasten. Positiv zu bewerten sind insbesondere die kostendeckende Finanzierung der Beiträge von Bürgergeldbeziehenden durch den Bund, die Dynamisierung des Bundeszuschusses und die Abschaffung der beitragsfreien Ehegattenversicherung. Diese Maßnahmen entlasten beitragszahlende Versicherte und Arbeitgeber und ordnen Finanzierungsverantwortung sachgerechter zu.

Zu begrüßen ist auch, dass die Kommission Prävention und Finanzierung stärker zusammendenkt. Sie empfiehlt die Erhöhung der Tabaksteuer sowie die Einführung einer gestaffelten Steuer auf zuckergesüßte Erfrischungsgetränke. Die Stoßrichtung ist richtig: Wer die GKV stabilisieren will, sollte auch dort ansetzen, wo vermeidbare Gesundheitsrisiken und langfristige Folgekosten entstehen.

# 2. Kurzfristige Sparpolitik darf Strukturreformen nicht blockieren

Der erste Bericht ist ausdrücklich auf kurzfristig finanzwirksame Maßnahmen zur Stabilisierung der Beitragssätze ab 2027 angelegt. Mittel- und langfristige Strukturreformen sollen erst in einem zweiten Bericht folgen. Diese Reihenfolge ist politisch riskant. Denn der Bericht selbst hält fest, dass wesentliche Strukturreformen – darunter digitale Transformation, Ambulantisierung, bessere Koordination der Patientenwege und Änderungen der Angebotsstruktur – zwar angestoßen wurden, bislang aber noch nicht voll wirksam sind.

Gerade deshalb dürfen kurzfristige Sparinstrumente nicht isoliert beschlossen werden. Wer kürzere Verweildauern, weniger stationäre Eskalationen und eine effizientere Versorgung will, muss belastbare ambulante Anschlussstrukturen mitdenken. Dazu gehört auch ein verlässliches ambulantes Therapiemanagement, das Behandlung, Hilfsmittelversorgung, Nachsorge und sektorenübergreifende Koordination wirksam zusammenführt. Aus Sicht von WvD betrifft das insbesondere den schnellen Zugang zu Mobilitätshilfen, konservativ-technischer Orthopädie, funktionserhaltender Rehabilitation, wohnortnaher Versorgung und stabilen häuslichen Settings. Kurzfristige

Einsparungen können sonst genau jene Versorgungsstrukturen schwächen, die mittelfristig Kosten dämpfen und Qualität sichern sollen.

## 3. Effizienzreserven liegen in Prozessen, Daten und Digitalisierung

Die FinanzKommission macht selbst deutlich, dass langfristige Stabilität nicht allein durch Kürzungen erreichbar ist. Sie fordert ausdrücklich die Schaffung von Grundlagen für repräsentative Kostenerhebungen in allen Dienstleistungsbereichen. Zugleich beschreibt sie in anderen Bereichen, dass digitale Prüf- und Abrechnungsprozesse heute automatisierte Vorprüfungen und datenbasierte Auffälligkeitsanalysen ermöglichen, Effizienzgewinne aber mangels belastbarer Daten teilweise noch nicht quantifizierbar sind. Außerdem kritisiert sie historisch bedingte Prüfwege, die in Zeiten digitaler Datenströme nicht mehr zeitgemäß und mit unverhältnismäßig hohem formalem und administrativem Aufwand verbunden seien.

Daraus folgt aus unserer Sicht: Das eigentliche Effizienzproblem liegt nicht primär in der absoluten Höhe einzelner Verwaltungsausgaben, sondern in Papierflut, Doppelstrukturen, Medienbrüchen, inkonsistenter Patientenführung und unzureichend digital gestütztem Controlling. Hier braucht es keine weitere Beschreibung des Problems, sondern klare Fahrpläne, verlässliche Roll-out-Rahmen und die systematische Überführung erprobter digitaler Lösungen in die Regelversorgung.

Gerade in der Hilfsmittelversorgung liegen praktische Erfahrungen hierfür bereits vor. Prozesse wurden mit Verbänden, Softwarehäusern und Kostenträgern erprobt. Der nächste Schritt ist deshalb nicht das Erfinden neuer Einzelprojekte, sondern die Skalierung bestehender Lösungen und der Abbau analoger Doppelprozesse.

## 4. Hilfsmittelversorgung ist kein beliebig standardisierbarer Versorgungsbereich

Die Kommission beschreibt die Hilfsmittelversorgung selbst als einen schwer zu vereinheitlichenden Leistungsbereich. Begründet wird dies mit den zahlreichen Hilfsmittelgruppen, den unterschiedlichen Versorgungsanlässen und den individuellen Patientenbedürfnissen. Maßnahmen müssten deshalb bereichsspezifisch abgewogen

und in ihrer Umsetzung sorgfältig ausgestaltet werden. Genau diese Grundannahme ist richtig – und sie ist der entscheidende Maßstab für die politische Bewertung des Berichts.

Auch die Ausgabendynamik der Hilfsmittelversorgung beschreibt die Kommission differenziert. Die Hilfsmittelversorgung ist damit weder ein Bereich für pauschale Entwarnung noch ein sachgerechtes Feld für grobe Standardisierungslogik.

Für die Versorgungspraxis heißt das: Qualität entscheidet sich nicht allein am eingesetzten Medizinprodukt, sondern im gesamten Versorgungsgeschehen – an Indikation, Auswahl, individueller Anpassung, Einweisung, interdisziplinärer Abstimmung, Nachsorge und Erfolg im Alltag. Wo Fachleistung, Passform, Funktionsgewinn und wohnortnahe Begleitung für den Versorgungserfolg entscheidend sind, greift eine rein preisbezogene Steuerung zu kurz.

## 5. Ausschreibungen: aus Qualitätsgesichtspunkten kritisch

Wir begrüßen, dass die FinanzKommission die Wiedereinführung von Ausschreibungen für Hilfsmittel gerade nicht unkritisch empfiehlt. Reformempfehlung 47 ist ausdrücklich der Kategorie B zugeordnet. Die Kommission hält fest, dass der Hilfsmittelbereich wegen seiner Vielfalt, der unterschiedlichen Hilfsmittelgruppen und der individuellen Bedarfe nicht schematisch behandelbar ist. Sie verweist zudem auf die Probleme früherer Ausschreibungsmodelle: unzureichende Qualitätsvorgaben, mangelhafte Transparenz, fehlende Qualitätsprüfungen und eingeschränkte Wahlfreiheit. Das deckt sich mit den Erfahrungen der Vergangenheit.

Auch die internationale Literatur spricht gegen eine einfache Niedrigstpreislogik. Selbst dort, wo Ausschreibungen in stärker standardisierten Beschaffungskontexten untersucht werden, zeigt sich, dass qualitätssensible Versorgungsbereiche nur unter engen Voraussetzungen tragfähig ausgeschrieben werden können. Entscheidend sind dann nicht allein Preisnachlässe oder die Zahl der Bieter, sondern die Qualität des Verfahrens, die Einbindung klinischer Expertise, belastbare Qualitätskriterien, die Berücksichtigung von Ergebnissen und eine tragfähige Nachsteuerung. Evidente Studien zu Hochrisiko-Medizinprodukten und wertorientierter Beschaffung verweisen darauf, dass Beschaffungsentscheidungen klinische Abläufe und Ergebnisse beeinflussen

können und deshalb nicht auf den niedrigsten Anschaffungspreis verengt werden dürfen. (PubMed)

Gerade deshalb ist der Rückgriff der FinanzKommission auf einzelne Studien nur begrenzt tragfähig. Die von ihr isoliert herangezogene Arbeit zu italienischen Ausschreibungen betrifft Hüft-, Knie- und Schulter-Endoprothesen und damit einen deutlich stärker standardisierten Beschaffungskontext, der sich auf chirurgische Implantate bezieht. Damit liefert die Kommission selbst den entscheidenden Hinweis: Was schon in relativ standardisierten Konstellationen nur unter engen Qualitäts- und Verfahrensvoraussetzungen in anderen Bereichen tragfähig ist, taugt erst recht nicht als Blaupause für komplexe, individuelle und fachleistungsintensive Versorgungen.

Hinzu kommt: Die internationale Evidenz, die stärker auf Versorgungsqualität, klinische Folgen, Lebenszykluskosten und wertorientierte Beschaffung blickt, spricht ebenfalls gegen eine Verengung auf den niedrigsten Preis. Sie zeigt vielmehr, dass bei qualitätssensiblen Medizinprodukten fachliche Expertise, patientenrelevante Ergebnisse, Servicequalität, Nachversorgung und belastbare Qualitätskontrolle systematisch einbezogen werden müssen. Wo diese Kriterien fehlen oder in Ausschreibungen untergeordnet werden, steigt das Risiko, dass der Preis zum dominierenden Zuschlagskriterium wird und die Versorgungsqualität unter Druck gerät. (PubMed)

Selbst die von der FinanzKommission aufgeführten Instrumente der Qualitätssicherung wie verbindliche Qualitätskriterien, unabhängige Qualitätskontrolle und Transparenz der Vertragsinhalte bleiben in der Praxis ein stumpfes Schwert. Kontrollen im Nachgang führen zu neuer Bürokratie und Kosten, ohne die Versorgungssicherheit wirklich zu garantieren. Nur durch die freie Auswahl unter einer Vielzahl von Leistungserbringern entsteht ein natürlicher Qualitätswettbewerb, der den tatsächlichen Versorgungserfolg sichert und Fehler aus der Vergangenheit vermeidet. Kurzfristige Finanzeffekte würden erkauft - durch kurzfristig hohe Prüfaufwände, neu zu schaffende institutioneller Kontrollorgane und langfristig hohe Folgekosten durch Fehlversorgungen. Für die Hilfsmittelversorgung gilt deshalb: Maßstab ist nicht das billigste Angebot, sondern der verlässliche Erfolg eines gesamten Versorgungsgeschehens.

## 6. Festbeträge nur in geeigneten Standardsegmenten

Eine weitergehende Nutzung von Festbeträgen ist aus unserer Sicht für geeignete, tatsächlich austauschbare und hinreichend standardisierte Versorgungssegmente grundsätzlich denkbar. Auch hier ist der Bericht differenziert: Er sieht Festbeträge nur dort als vertretbar an, wo Hilfsmittelgruppen gut standardisiert sind, und nur geringer Beratungs- oder Anpassungsbedarf besteht. Zugleich verweist er darauf, dass nur wenige Segmente hierfür geeignet sind und realistische Marktpreise rechtssicher abgebildet werden müssten.

Daraus folgt aber ebenso klar, wo die Grenzen liegen: Dort, wo Versorgungserfolg maßgeblich durch Fachpersonal, individuelle Anpassung, Servicequalität und enge Begleitung gesichert wird, ist ein rein preisbezogenes Steuerungsinstrument nicht sachgerecht. Für komplexe, individuelle und fachleistungsintensive Versorgungen sind Festbeträge deshalb kein Leitinstrument.

Wenn Festbeträge weiterentwickelt werden, dann nur auf Basis valider Daten, transparenter Kalkulationsmaßstäbe und unter verbindlicher Einbeziehung der Versorgungspraxis und damit der Spitzenverbände. Zum Sachleistungsprinzip gehört, dass nicht nur die materielle Komponente, sondern auch die notwendigen Dienstleistungsanteile, qualifizierte Beratung, Anpassung, Einweisung, Nachversorgung und die Sicherung wohnortnaher Versorgung realistisch abgebildet werden.

## 7. Ausblick auf den zweiten Bericht

Für den angekündigten zweiten Bericht erwarten wir, dass die strukturellen Effizienzpotenziale der Versorgung stärker in den Mittelpunkt rücken. Gerade dort müssen die Beiträge der konservativ-technischen Versorgung sichtbarer werden: für Ambulantisierung, sektorenübergreifende Versorgung, schnellere Anschlussfähigkeit nach stationären Aufenthalten, Vermeidung unnötiger Eingriffe, Sicherung häuslicher Versorgung und nachhaltige Entlastung anderer Leistungsbereiche. Ein zentrales Element ist dabei ein ambulantes Therapiemanagement, das Versorgungspfade koordiniert, Nachsorge verlässlich organisiert und den Behandlungserfolg im Alltag absichert.

Wir bedauern zugleich, dass die Entbürokratisierung der Hilfsmittelversorgung durch kassenübergreifende Standardisierung und Harmonisierung sowie einer konsequenten Digitalisierung der GKV-Prozesse im ersten Bericht nicht konkreter aufgegriffen wurde. Gerade bei medienbruchfreien Prozessen zwischen Verordnern, Krankenkassen und Leistungserbringern liegen erhebliche Potenziale für mehr Effizienz, weniger Verwaltungsaufwand und schnellere Versorgung.

## Schlussfolgerung

Die Hilfsmittelversorgung ist keine bloße Sachleistungsversorgung. Sie ist Teil einer qualitätsgesicherten, wohnortnahen und fachlich verantworteten Patientenversorgung. Wer kurzfristige Konsolidierung vorzieht, bevor Strukturreformen tragfähig umgesetzt sind, riskiert Fehlsteuerungen. Der zweite Bericht muss deshalb die Beiträge der Hilfsmittelversorgung zu Digitalisierung, Prozessoptimierung, Ambulantisierung und Versorgungssicherheit deutlich stärker herausarbeiten. Denn gerade dort liegen die nachhaltigen Effizienzgewinne, die das Gesundheitssystem braucht.

Kontakt:
Kirsten Abel und Dr. Henning Schweer

Generalsekretäre WvD

Wir versorgen Deutschland (WvD)
Lützowstr. 102 - 104 | 10785 Berlin
✉ info@wirversorgendeutschland.de
✆ +49 30 33 93 35 63
www.wirversorgendeutschland.de
WvD im Lobbyregister Reg.-Nr.: R004824