

3 % weniger Vergütung: Wie Hilfsmittelversorger ihren Abrechnungsprozess zum Ergebnishebel machen

Ab 2027 kürzt der Gesetzgeber die Vergütung für Hilfsmittelversorgungen pauschal um drei Prozent. Wer mehrere zehn Millionen Euro Versorgungsvolumen pro Jahr abrechnet, verliert dadurch schnell einen siebenstelligen Betrag an Marge. Wo lässt sich die fehlende Marge zurückholen? Ein Blick in die eigene Abrechnung liefert oft die Antwort.

Der neue wirtschaftliche Druck ab 2027

Am 10. Juli 2026 haben Bundestag und Bundesrat das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz beschlossen. Ziel des Gesetzes ist es, die wachsende Finanzierungslücke der gesetzlichen Krankenversicherung zu schließen, die für 2027 auf rund 15 bis 20 Milliarden Euro geschätzt wird. Ein Baustein davon betrifft direkt die Hilfsmittelbranche: Für Versorgungen nach § 33 SGB V, die zwischen dem 1. Januar 2027 und dem 31. Dezember 2028 beginnen, sinkt die vertraglich vereinbarte Vergütung pauschal um drei Prozent je Versorgung.

Das klingt zunächst nach einer Randnotiz im Gesundheitsrecht. Für große Anbieter im Hilfsmittelmarkt – Hersteller mit eigener Leistungserbringerlogik, große Homecare- und Versorgungsorganisationen, spezialisierte Anbieter etwa für Diabetes-, Hörgeräte- oder Sauerstoffversorgung – ist es das nicht. Wie stark der Abschlag am Ende wirkt, hängt von der eigenen Kostenstruktur ab – und trifft dort besonders hart, wo die Marge ohnehin schmal ist: Bei einem angenommenen Erlös von 100 Euro und Kosten von 90 Euro je Versorgung sinkt die Marge durch die 3-prozentige Vergütungskürzung von 10 auf 7 Euro – ein Rückgang um 30 Prozent, obwohl die Vergütung selbst nur um 3 Prozent fällt. Auf das Versorgungsvolumen eines größeren Anbieters hochgerechnet, wird aus dieser Prozentrechnung schnell ein siebenstelliger Betrag. Die Frage, die sich Geschäftsführungen und Finanzverantwortliche deshalb jetzt stellen müssen, lautet: Wo lässt sich dieser Betrag operativ zurückholen, wenn an der Vergütung selbst nichts zu ändern ist?

Der unterschätzte Hebel: der eigene Abrechnungsprozess

Die naheliegende Antwort vieler Unternehmen ist Kostendisziplin im Einkauf oder Personalbereich. Der größte Hebel liegt jedoch oft an einer Stelle, die im Tagesgeschäft kaum hinterfragt wird: dem gesamten Abwicklungsprozess selbst – also allem, was zwischen dem Eingang einer ärztlichen Verordnung und dem tatsächlichen Zahlungseingang der Krankenkasse passiert.

Einen einheitlichen, statistisch erhobenen Branchendurchschnitt gibt es dafür nicht – der Hilfsmittelmarkt ist mit tausenden Leistungserbringern unterschiedlicher Größe, Spezialisierung und Digitalisierungsgrad zu zersplittert, als dass ein einzelner Mittelwert aussagekräftig wäre. Belastbarer sind Referenzwerte aus konkreten Prozessanalysen: HMM Deutschland beobachtet in Projekten mit Hilfsmittelversorgern regelmäßig folgende Spannen zwischen unoptimierter und automatisierter Abrechnung:

Kennzahl	Typischer Ausgangswert	Erreichbar mit automatisiertem Abwicklungs- und Abrechnungsprozess
Kostensatz je Versorgung	3–5 % vom Versorgungsvolumen	ca. 1,3 %
Absetzungsquote	2–4 %	ca. 1,0 %
Zahlungsziel bis Geldeingang	40–60 Tage	unter 20 Tage

Bei einem Versorgungsvolumen von 50 Millionen Euro pro Jahr entspricht allein die Verbesserung des Kostensatzes von 3–5 % auf 1,3 % einer Einsparung zwischen 850.000 und 1,85 Millionen Euro. Die Reduktion der Absetzungsquote von 2–4 % auf 1,0 % vermeidet weitere 500.000 bis 1,5 Millionen Euro an Verlusten. Und

kürzere Zahlungsziele verbessern zusätzlich die Liquidität um 20 bis 40 Tage – ein Effekt, der in Zeiten steigenden Kapitalkostendrucks zunehmend an Bedeutung gewinnt. Wo ein einzelnes Unternehmen innerhalb dieser Spannen steht, hängt stark von Produktgruppe bzw. Produktgruppenmix und bisherigem Digitalisierungsgrad ab.

Diese Differenzen entstehen selten durch einen einzelnen Fehler, sondern durch die Summe vieler kleiner Reibungsverluste: Papierverordnungen, die manuell erfasst werden müssen. Formal unvollständige Anträge, die von der Krankenkasse zurückgewiesen werden. Medienbrüche zwischen Warenwirtschaft, Abrechnung und Zahlungsabgleich. Daraus resultieren Nachbearbeitungen, die Mitarbeitende binden, ohne dass am Ende mehr Geld beim Unternehmen ankommt.

Was „automatisierte Abwicklung und Abrechnung“ in der Praxis bedeutet

Wenn von Digitalisierung im Abrechnungsprozess die Rede ist, denken viele zunächst an ein einzelnes IT-Tool. Tatsächlich handelt es sich um eine durchgängige Kette von Verarbeitungsschritten, die – richtig aufgesetzt – weitgehend ohne manuelles Zutun läuft:

- **Erfassung:** Papierverordnungen werden digitalisiert, elektronisch erfasste Verordnungen direkt übernommen und automatisiert auf Vollständigkeit geprüft – fehlt etwa eine Arztunterschrift oder die Betriebsstättennummer, wird das sofort erkannt, statt erst bei der Krankenkasse aufzufallen.
- **Prüfung und Kostenvoranschlag:** Das System gleicht die Verordnung mit den Vertragsdaten der jeweiligen Krankenkasse ab, ergänzt dementsprechende Versorgungsdaten und Produkte und erstellt daraus automatisch einen elektronischen Kostenvoranschlag – inklusive Zuzahlungs- und Eigenanteilsberechnung.
- **Genehmigung:** Der Kostenvoranschlag geht elektronisch an die Krankenkasse; die Entscheidung – Genehmigung, Teilgenehmigung oder Ablehnung – wird bei vertragskonformer Einreichung oft auch von dort automatisiert zurückgespielt und direkt im System des Versorgers verbucht, Auftragsdaten werden generiert und die Auslieferung veranlasst.
- **Abrechnung:** Nach erfolgter Lieferung wird der Liefernachweis verarbeitet und das System erzeugt den Abrechnungsdatensatz gemäß § 302 SGB V, inklusive automatischer Qualitätsprüfung, ob gelieferte und genehmigte Produkte übereinstimmen – eine der häufigsten Ursachen für spätere Absetzungen.
- **Zahlungsabgleich und Mahnwesen:** Eingehende Zahlungen werden automatisch verbucht, offene oder überfällige Posten laufen in einen strukturierten Mahnprozess statt in Excel-Listen einzelner Sachbearbeiter.

Für Unternehmen, die täglich hunderte bis tausende Verordnungen verarbeiten, macht genau diese Durchgängigkeit den Unterschied. HMM Deutschland, ein auf Gesundheits-IT und Prozessdienstleistungen spezialisiertes Unternehmen aus Moers, betreibt eine solche Lösung unter dem Namen rcm.machine unter anderem seit 2016 für einen weltweit tätigen Medizinproduktehersteller: Dort werden inzwischen über 600.000 Verordnungen und rund 2,4 Millionen Rechnungs- und Lieferdatensätze pro Jahr automatisiert verarbeitet – bei nachweislich niedrigen Durchlaufzeiten, Ablehnungs- und Absetzungsquoten.

„Der Drei-Prozent-Abschlag lässt sich politisch nicht wegdiskutieren. Aber die meisten Unternehmen kennen ihre tatsächlichen Prozesskosten in der Abrechnung gar nicht genau genug, um zu wissen, wie viel davon sie selbst wieder hereinholen könnten. Genau da setzen wir an.“

Claus Munsch, Generalbevollmächtigter, HMM Deutschland GmbH

Von der Kürzung zur Gegensteuerung – ohne Großprojekt

Der entscheidende Punkt für Entscheiderinnen und Entscheider: Es geht nicht um Digitalisierung als Selbstzweck oder eine mehrjährige Transformation. Die wirtschaftlich wirksamsten Verbesserungen – etwa die automatisierte Vollständigkeitsprüfung von Verordnungen oder ein sauberer Abgleich zwischen gelieferten und genehmigten Produkten vor der Rechnungsstellung – lassen sich häufig innerhalb von drei bis sechs Monaten umsetzen und refinanzieren sich meist noch im selben Jahr.

Damit verschiebt sich die strategische Frage: Nicht ob sich eine Prozessoptimierung lohnt, sondern welche der eigenen Prozessschritte zuerst angefasst werden sollten – und mit welchem quantifizierten Effekt sich das dem eigenen Vorstand oder der Geschäftsführung als Business Case vorlegen lässt.

Fazit: Prozesskosten sichtbar machen, bevor der Abschlag greift

Drei Prozent weniger Vergütung lassen sich ab 2027 nicht verhandeln – wie stark das am Ende die eigene Marge trifft und wie viel davon ein Unternehmen über seinen Abrechnungsprozess zurückholt, dagegen schon. Der erste Schritt ist denkbar unspektakulär: die eigenen Kennzahlen – Kostensatz, Absetzungsquote, Zahlungsziel – ehrlich mit den oben genannten Referenzwerten zu vergleichen. Wer dort eine Lücke erkennt, hat in aller Regel auch einen konkreten, kurzfristig realisierbaren Hebel gefunden.

Der Effekt, der bei Patientinnen und Patienten ankommt

Diese Effizienzgewinne sind nicht nur eine Frage der Bilanz. Sie wirken sich unmittelbar auf die Menschen aus, die auf ihr Hilfsmittel angewiesen sind. Wer heute online ein Paket bestellt, erwartet Sendungsverfolgung, Zustellung binnen ein bis zwei Tagen und eine Bestätigung, sobald etwas ankommt. Genau diese Erwartungshaltung – gern als „Amazon-Effekt“ beschrieben – übertragen Versicherte zunehmend auch auf ihre Hilfsmittelversorgung: Wer nach einer Hüft-OP auf einen Rollator wartet oder nach der Diagnose Diabetes ein Messsystem benötigt, empfindet jeden Tag Verzögerung als Belastung – unabhängig davon, ob die Ursache eine fehlende Unterschrift auf dem Rezept oder eine überlastete Sachbearbeitung ist.

Ein durchgängig digitaler Prozess verkürzt genau diese Wartezeit: Fehlende Angaben werden sofort erkannt, statt erst nach tagelangem Postrücklauf beim Arzt aufzufallen. Rezeptfreie Folgeversorgungen – etwa bei Verbrauchsmaterial für Diabetes oder bei Inkontinenzprodukten – laufen automatisiert weiter, ohne dass Patientinnen und Patienten selbst an eine neue Verordnung denken müssen oder eine Versorgungslücke entsteht.

Der zweite, weniger sichtbare Effekt betrifft die Versorgungssicherheit selbst. Wenn Krankenkassen wie im Zuge des Beitragssatzstabilisierungsgesetzes ihre Erstattungen kürzen und Leistungserbringer gleichzeitig mit hohen Absetzungsquoten und langen Zahlungszielen kämpfen, geraten irgendwann einzelne Verträge, Produktgruppen oder ganze Anbieter unter wirtschaftlichen Druck. Für Versicherte äußert sich das selten abstrakt, sondern sehr konkret: ein Leistungserbringer, der aus einem Vertrag aussteigt, eine Folgeversorgung, die sich verzögert, eine Hotline, die wegen Personalabbaus schlechter erreichbar ist. Ein Unternehmen, das den Margendruck aus der Vergütungskürzung über einen effizienteren Abrechnungsprozess auffängt, statt ihn an anderer Stelle einzusparen, gibt diesen Druck tendenziell seltener an die Versorgung selbst weiter. Wirtschaftliche Resilienz auf Anbieterseite ist damit, auch wenn es zunächst nicht danach aussieht, ein Stück Versorgungssicherheit für die Patientinnen und Patienten.

Kurzprofil: HMM Deutschland GmbH

HMM Deutschland, gegründet 2006 mit Sitz in Moers, ist Anbieterin von Versorgungs- und Abrechnungslösungen für das deutsche Gesundheitswesen. Über die Plattform ZHP.X3 sowie die Leistungserbringer-Suite LEOS vernetzt HMM Krankenkassen mit mehr als 40.000 Leistungserbringern. Rund 150 Mitarbeitende sowie weitere rund 80 Kolleginnen und Kollegen in Tochtergesellschaften und bei Near-Shore-Partnern bringen Fachwissen aus Krankenversicherung, Leistungserbringung, IT und Beratung ein. Mit der Lösung rcm.machine automatisiert HMM die komplette Verordnungs- und Abrechnungskette – von der digitalen Erfassung über das Genehmigungsverfahren bis zur revisionssicheren Abrechnung nach § 302 SGB V.