



SCHWERPUNKTMASSNAHMEN BÜROKRATIEABBAU

KURZKOMMENTIERUNG DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG (KBV) ZU DEN SCHWERPUNKTMASSNAHMEN ALS ERGEBNIS DES SPITZENGESPRÄCHS BÜROKRATIEABBAU DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT (BMG) VOM 7. JULI 2026

28. JULI 2026

INHALT

ZUR KOMMENTIERUNG		4
ZUSAMMENFASSUNG		4
KOMMENTIERUNG		5
1	DATENAUSTAUSCH ZWISCHEN KRANKENHAUS, BEHÖRDEN UND LEISTUNGSERBRINGERN	5
2	PFLEGE-COCKPIT	5
3	ELEKTRONISCHE ÜBERWEISUNG UND TERMINVERMITTLUNG	6
4	ELEKTRONISCHES BTM-REZEPT UND STREICHUNG DER DRUCKPFLICHT BETÄUBUNGSMITTELBESTAND	7
5	DIREKT-ANBINDUNG VON TERMINSERVICESTELLEN AN DIE TERMINVERWALTUNG IN DEN ARZTPRAXEN	7
6	DIGITALISIERUNG DES ANTRAGS- UND GUTACHTERVERFAHREN IN DER AMBULANTEN PSYCHOTHERAPIE	8
7	BEFREIUNG VON ZUZAHLUNG/ CHRONIKER-REGELUNG	9
8	DIGITALES HANDZEICHEN IM GESUNDHEITSWESEN	10
9	PRÜFUNG DES VERZICHTS AUF DEN DIGITAL-BEIRAT DER GEMATIK	11
10	STREICHUNG DER VERPFLICHTUNG ZUR INTEGRATION EINER VERORDNUNGSSOFTWARESCHNITTSTELLE IN IT-SYSTEMEN	11
11	VERMEIDUNG VON DOPPELPRÜFUNGEN FÜR BESTIMMTE LEISTUNGSERBRINGERGRUPPEN BEI DER IT-SICHERHEIT	12
12	VEREINFACHUNG VON QUALITÄTSSICHERUNG-NACHWEISPFLICHTEN, ANBINDUNG DER QUALITÄTSSICHERUNG AN TELEMATIK-INFRASTRUKTUR	12
13	BAGATELLGRENZEN BEI WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNGEN IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG	13
14	ABSCHAFFUNG NULLRETAXATION BEI REINEN FORMFEHLERN IM HEILMITTELBEREICH	14

15	GENEHMIGUNGSFREIHEIT FÜR DIE VERSORGUNG MIT NIEDRIGPREISIGEN HILFSMITTEL BIS ZU 200 EURO	14
----	--	----

16	VEREINFACHUNG BEI DER UMSETZUNG DER DOKUMENTATIONSANFORDERUNGEN DER MPBETREIBV FÜR ZAHNARZTPRAXEN	15
----	---	----

ZUR KOMMENTIERUNG

Zu den einzelnen Regelungsinhalten wird im Folgenden kommentiert. Sofern keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch die Regelung nicht betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.

ZUSAMMENFASSUNG

Rund 61 Tage im Jahr sind Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten allein mit Bürokratie beschäftigt. Zeit, die für ihre Patientinnen und Patienten fehlt.

Die Politik muss bürokratische Prozesse endlich vereinfachen und reduzieren, um wieder mehr Zeit für die medizinische Versorgung zu schaffen. Zudem brauchen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mehr Handlungsspielräume, um ihre Zeit optimal nutzen zu können.

Dafür bedarf es Rahmenbedingungen, die den Fokus auf die medizinische und psychotherapeutische Versorgung legen und Prozesse bürokratiearm und schlank halten. Bei beidem muss Politik ‚das Rad nicht neu erfinden, sie muss die vorhandenen Reifen nur von störenden Unwuchten befreien‘.

Die KBV hat zahlreiche Themenfelder identifiziert, in denen Bürokratie abgebaut werden kann. Durch die insgesamt **23 Vorschläge der KBV ([Link](#))** werden jährlich circa 400 Millionen Euro Bürokratielast eingespart und rund acht Arbeitstage á 10 Stunden Arbeitszeit pro Praxis frei, die wieder mehr für die Versorgung zur Verfügung stehen.

Insgesamt begrüßt die KBV die Intention des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) Bürokratie abzubauen - dies ist ein längst überfälliger Schritt. Als KBV verweisen wir jedoch auf die bereits vorgelegten Vorschläge zum Bürokratieabbau und halten es für unbedingt erforderlich, diese auch in dem anstehenden Gesetzgebungsprozess umfänglich mit zu berücksichtigen und sinnvoll miteinander zu verzahnen.

KOMMENTIERUNG

1 DATENAUSTAUSCH ZWISCHEN KRANKENHAUS, BEHÖRDEN UND LEISTUNGSERBRINGERN

Beabsichtigte Neuregelung

Vielfach erfolgt Kommunikation im Gesundheitswesen immer noch papierbasiert und mit aufwändigen Medienbrüchen. Die Kommunikation zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern soll zukünftig vollständig unter Einsatz der sicheren digitalen E-Mail und Messengerdienste KIM und TI-M erfolgen (GeDIG). Aufwändige Meldeverfahren gibt es aber auch bei der Kommunikation zwischen Krankenkassen und Behörden. Daher soll ein weitergehender Datenaustausch zwischen Krankenkassen und Finanzbehörden vorgesehen werden. So können durch den automatischen Austausch etwa der Einkommensdaten für freiwillig gesetzlich Versicherte aufwändige Meldungen durch die Versicherten zukünftig entfallen.

Bewertung

Die Möglichkeit der digitalen Kommunikation mit Kostenträgern und Behörden ist begrüßenswert. Die Überführung der aktuell größtenteils unstrukturiert und in Papierform stattfindenden Kommunikation mit Vertragsarztpraxen in ein digitales Austauschverfahren birgt Chancen für zeitliche Einsparungen auf allen Seiten. Insbesondere unter dem Aspekt, dass die Vertragsarztpraxen bereits vollständig an den Kommunikationsdienst der TI angeschlossen sind, ist es wichtig, dass auch die Anbindung der weiteren Beteiligten zeitnah und verbindlich vorgesehen wird.

In Bezug auf die Kommunikation der Praxen mit anderen Akteuren kann ein effektiver Abbau von Bürokratie jedoch nur durch eine gleichzeitige Strukturierung der Kommunikation erreicht werden. Insbesondere Anfragen durch Kostenträger und Behörden haben das Potenzial, im Praxisalltag weniger Aufwand zu verursachen, wenn sich Beteiligte auf klare Vorgaben einigen, welche Informationen in welchem Format ausgetauscht werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- › Etablierung digitaler Kommunikationsmöglichkeiten mit Behörden und Kostenträgern muss im Einvernehmen mit der KBV passieren, um Kompatibilität mit PVS sicherzustellen.
- › Digitaler Informationsaustausch muss bundesweit einheitliche Standards ermöglichen, damit eine strukturierte Abbildung im PVS möglich ist.

2 PFLEGE-COCKPIT

Beabsichtigte Neuregelung

Der Leistungskatalog der Sozialen Pflegeversicherung beinhaltet eine große Anzahl von Leistungen mit unterschiedlichen Antragsverfahren. Die Übersicht zu behalten und die Beantragung der Leistungen einfacher zu gestalten, kann für die Versicherten eine wahrnehmbare Entlastung darstellen. Transparenz über Abrechnungsdaten, ein besserer Überblick über bestehende Leistungsansprüche, die Kontrolle über Abtreterklärungen, eine digitale Bevollmächtigung von Angehörigen, die Möglichkeit, Anträge/Belege digital einzureichen sowie den Bearbeitungsstand einzusehen und dazu verständliche Erläuterungen zu erhalten, gestalten den Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung effizient und bürokratiearm. Vorgesehen ist die Einführung eines Pflegecockpits als zentraler Zugang und digitaler Lotse in der Pflegeversicherung (PNOG).

Bewertung

Die Regelung zum Pflege-Cockpit hat die Bundesregierung bereits mit Pflege neuordnungsgesetz auf den Weg gebracht. Die KBV verweist an dieser Stelle auf die Stellungnahme zum Pflege neuordnungsgesetz. Grundsätzlich ist die Einführung eine sinnvolle Möglichkeit zur Stärkung der Patientensouveränität und der Qualität der Versorgung. Die unterschiedliche digitale Kompetenz der oftmals hochbetagten, multimorbiden pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten wird jedoch nicht berücksichtigt. Im Referentenentwurf des PNOG wird allerdings nur angedeutet, wie diese - auch in Teilen für die medizinische Versorgung - relevanten Informationen auch Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung gestellt werden können. Lediglich in der Begründung des Entwurfes heißt es, dass „bei der weiteren Entwicklung des Pflege-Cockpits in der Konzeption zudem ein zweckmäßiger Datenaustausch mit der elektronischen Patientenakte mitgedacht“ werden müsse. Aus Sicht der Versicherten sind Lücken vorliegender, essenzieller Informationen aufgrund fehlender Abstimmung der unterschiedlichen sozialen Versicherungssysteme nicht hinnehmbar. Gerade in Anbetracht einer besser koordinierten und gesteuerten medizinischen und pflegerischen Versorgung ist die Anlage eines Pflege-Cockpits konsequent patientenzentriert und damit versicherungssystemübergreifend (SGB V und SGB XI) auf den Weg zu bringen. Der Zugang zu relevanten Pflegeinformationen durch Hausärzte oder behandelnde Fachärzte sollte dabei nicht nur über die ePA, sondern mit Einverständnis der Versicherten, durch entsprechende Zugriffsrechte unterstützt werden.

3 ELEKTRONISCHE ÜBERWEISUNG UND TERMINVERMITTLUNG

Beabsichtigte Neuregelung

Um Versicherte besser durch das komplexe Gesundheitssystem zu lotsen und eine effiziente sowie bedarfsgerechte Vergabe von Terminen zu gewährleisten, sieht der Koalitionsvertrag die Einführung eines Primärarztsystems vor. Eine erfolgreiche, nutzerfreundliche und bürokratiearme Umsetzung muss konsequent auf digitale Verfahren und Prozesse setzen. Sowohl das bisherige papierbasierte Überweisungsverfahren als auch bestehende Prozesse zur Terminvergabe stellen für Versicherte und Leistungserbringer aufwändige Verfahren dar. Durch die Nutzung elektronischer Überweisung (eÜberweisung) und die elektronische Terminbuchung kann der Zugang zur Versorgung und die Vergabe von Terminen erheblich effizienter gestaltet werden. Die elektronische Überweisung ist Gegenstand des GeDIG, die elektronische Terminvermittlung wird im Primärversorgungsgesetz adressiert werden.

Bewertung

Die KBV begrüßt die Einführung der eÜberweisung. Die Digitalisierung eines papierbasierten Prozesses allein garantiert allerdings nicht den Abbau von Bürokratie. Um bei der Einführung der eÜberweisung einen zusätzlichen Aufbau von Bürokratie zu vermeiden, darf die eÜberweisung insbesondere nicht dazu genutzt werden, eine umfassende Dokumentation des gesamten Terminvergabe- und Vermittlungsgeschehens einzufordern. Eine derartige Dokumentation ist für die Patientenversorgung regelmäßig nicht erforderlich, kann von den Praxen nicht aufwandsfrei gewährleistet werden und würde ohne erkennbaren Mehrwert für die Versorgung zu zusätzlicher Bürokratie führen.

Gleiches gilt für die Einführung elektronischer Terminbuchungsverfahren. Terminbuchungsprozesse sind bereits heute in vielen Praxen digitalisiert. Auch die 116117 bietet bereits heute die Möglichkeit zur elektronischen Terminbuchung. Praxen sollte keine zusätzliche Bürokratie durch die Pflicht zur Bedienung weiterer Terminvereinbarungs- und Terminbuchungskanäle, die u. U. umständlich zu bedienen sind, auferlegt werden. Sie sollten ihre Termine und die dafür eingesetzten digitalen Tools im Rahmen ihrer Berufsfreiheit auf ihre Bedürfnisse angepasst auswählen können. Für die Termine, die Praxen der 116117 zur Verfügung stellen wollen, muss zukünftig über die Terminsynchronisierungsschnittstelle nach § 370a Abs. 5 SGB V in allen Praxisverwaltungs- und Terminverwaltungssystemen ein aufwandsarmer Prozess gewährleistet werden (s. „Direkt-Anbindung von Terminservicestellen an die Terminverwaltung in den Arztpraxen“).

4 ELEKTRONISCHES BTM-REZEPT UND STREICHUNG DER DRUCKPFLICHT BETÄUBUNGSMITTELBESTAND

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der elektronischen Verordnung von Betäubungsmitteln werden durch den Verzicht auf komplexe papierbasierte Prozesse substanzielle Entlastungen eintreten. Diese betreffen etwa den Verzicht auf den komplexen Prozess der Bereitstellung von Betäubungsmittelrezepten, die Ermöglichung einer digitalen Dokumentation der Verwendung sowie die mit der Digitalisierung einhergehende Vereinfachung einer medienbruchfreien Abrechnung.

Verbunden damit ist auch der Verzicht auf die Pflicht zum monatlichen Ausdruck der Nachweisführung über den Betäubungsmittelbestand. Die Einführung des eBTM-Rezeptes war bereits für 2025 vorgesehen. Das BMG plant, die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Einführung eines elektronischen Betäubungsmittelrezeptes durch eine Neufassung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) nunmehr noch in diesem Jahr zu schaffen.

Bewertung

Die KBV begrüßt, dass das BMG mit der Neufassung der BtMVV die Einführung des elektronischen Betäubungsmittelrezeptes vorantreibt. Auf das amtliche Formblatt für die Verordnung von Betäubungsmitteln kann jedoch auf Basis des derzeitigen Entwurfs nicht verzichtet werden. Zum einen werden insbesondere im Rahmen der Substitutionsbehandlung viele Patienten behandelt, die nicht über eine elektronische Gesundheitskarte verfügen, ohne die derzeit keine eRezepte ausgestellt werden können. Zum anderen wird das BtM-Formblatt auch weiterhin für Haus- und Heimbesuche genutzt werden, da die Verordnung von eRezepten außerhalb der Praxisräume derzeit nicht möglich ist. Zudem wird das Formblatt auch weiterhin für das Ersatzverfahren (z. B. beim Ausfall der TI) genutzt.

Die digitale Verordnung von Praxisbedarf hingegen ist gemäß der Neufassung der BtMVV zukünftig möglich, sodass hier nun die technischen Möglichkeiten durch die Gematik geschaffen werden müssen.

Auch die entfallende Druckpflicht des monatlichen Bestandsnachweises wird begrüßt. Eine volldigitale Dokumentation des BtM-Bestands in der Praxis ist jedoch aus oben genannten Gründen weiterhin nicht möglich. Damit eine digitale Dokumentation praxistauglich umgesetzt werden kann, sind bundeseinheitliche Regelungen zur Nachweisführung für die Umsetzung in Softwaresystemen erforderlich.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- › Digitale Verordnung von Praxisbedarf technisch ermöglichen
- › Bundeseinheitliche Regelungen zur Nachweisführung der Bestandsdokumentation
- › Ausfallsicherheit der TI stärken

5 DIREKT-ANBINDUNG VON TERMINSERVICESTELLEN AN DIE TERMINVERWALTUNG IN DEN ARZTPRAXEN

Beabsichtigte Neuregelung

Die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) unterstützen die Versicherten bei der Suche nach einem Termin. Bisher pflegen Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten freie Termine zur Vermittlung durch die Terminservicestellen mit großem Aufwand in die elektronischen Systeme der Terminservicestellen ein. Um eine unmittelbare elektronische Übertragung aus

Praxisverwaltungs- oder Kalendersystemen der Praxen zu ermöglichen, wird die verbindliche Integration einer Schnittstelle in die Systeme der Praxen vorgesehen (GeDIG).

Bewertung

Das GeDIG sieht die verbindliche Integration einer Schnittstelle in den Primärsystemen vor, um eine unmittelbare elektronische Übertragung bei der Meldung von Terminen an die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen zu gewährleisten.

Die KBV begrüßt die im GeDIG vorgesehene Änderung zur verbindlichen Integration der Schnittstelle.

6 DIGITALISIERUNG DES ANTRAGS- UND GUTACHTERVERFAHREN IN DER AMBULANTEN PSYCHOTHERAPIE

Beabsichtigte Neuregelung

Der Bedarf an psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten ist hoch. Für Versicherte in einer psychischen Ausnahmesituation ist der Weg in die Versorgung häufig mit papierbasierten Antragsverfahren verbunden, die eine zusätzliche Hürde darstellen können. Eine Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens in der ambulanten Psychotherapie kann einen erheblichen Beitrag zur Vereinfachung der Verfahren im Interesse von Versicherten und Leistungserbringern leisten. Die Bundesmantelvertragspartner werden daher beauftragt, das Nähere zu einem elektronischen Antrags- und Gutachterverfahren für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen, einschließlich der notwendigen elektronischen Datenübermittlungen, zu regeln.

Bewertung

Der Vorschlag wird ausdrücklich von der KBV begrüßt. Durch die Digitalisierung des psychotherapeutischen Antrags- und Gutachterverfahrens können die Genehmigungsprozesse erheblich entbürokratisiert und beschleunigt werden. Am 19. März 2026 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) daher bereits die Psychotherapie-Richtlinie angepasst, um eine Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens zu ermöglichen. KBV und GKV-SV haben zudem vorbereitende Beratungen aufgenommen, um die notwendigen Anpassungen des Bundesmantelvertrags-Ärzte im Hinblick auf die Digitalisierung des Verfahrens zeitnah vorzunehmen.

Für die rechtssichere Umsetzung der Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens muss allerdings noch der gesetzliche Rahmen geschaffen werden. Neben der rechtlichen Grundlage für eine digitale Antragsstellung (§ 87 Abs. 1 SGB V) bedarf es auch Anpassungen zur technischen Umsetzung des elektronischen Verfahrens (vgl. u. a. § 73 Abs. 9-10a SGB V).

Das psychotherapeutische Antrags- und Gutachterverfahren mit der damit einhergehenden vorgezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung ist ein wichtiges Instrument, um einen sicheren Behandlungsrahmen für die psychotherapeutische Behandlung zu haben und die individuelle Leistungsmenge zu steuern. Derzeit ist in § 92 Abs. 6a SGB V allerdings die Aufhebung des Antrags- und Gutachterverfahrens durch den G-BA vorgesehen, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung für die ambulante Psychotherapie eingeführt hat. Daher ist ergänzend eine gesetzliche Anpassung erforderlich, die den langfristigen Erhalt eines (digitalen) Antrags- und Gutachterverfahrens ermöglicht.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für ein digitales Antrags- und Genehmigungsverfahren, durch Einfügen von neuen Sätzen 13 bis 15 in § 87 Absatz 1 SGB V:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regeln im Bundesmantelvertrag für Ärzte bis zum 31.12.2028 das Nähere zu einem elektronischen Antrags- und Gutachterverfahren für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen. Zur Durchführung des elektronischen Antrags- und Gutachterverfahrens sind die an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die jeweilige Krankenkasse sowie die oder der von der Krankenkasse ausgewählte Gutachterin oder Gutachter befugt, die hierfür erforderlichen versichertenbezogenen Angaben nach Maßgabe des Bundesmantelvertrags zu verarbeiten. Die Sätze 9 und 12 gelten entsprechend.“

Schaffung einer gesetzlichen Regelung für elektronische Programme in Anlehnung an § 73 Absatz 9-10a SGB V oder nach Artikel 1 Nr. 7 des vorliegenden Gesetzentwurfs, um für die digitalen Anzeige- und Antragsverfahren Psychotherapie die Möglichkeit zur Festlegung der technischen Ausgestaltung und Zertifizierung der PVS-Hersteller durch die KBV zu eröffnen.

Änderung der gesetzlichen Regelung zum Antrags- und Gutachterverfahren in § 92 Abs. 6a Satz 6 SGB V:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren zu überprüfen, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a eingeführt hat.“

7 BEFREIUNG VON ZUZAHLUNG/ CHRONIKER-REGELUNG

Beabsichtigte Neuregelung

Die Versorgung von chronisch kranken Personen zeichnet sich dadurch aus, dass gleiche Leistungen dauerhaft bezogen werden. Verfahren beim Bezug von Leistungen, die auf eine einmalige Leistungsgewährung angelegt sind, können im Fall der Versorgung von Chronikern zu einem hohen bürokratischen Aufwand führen. Entsprechende bürokratische Hürden etwa bei Zuzahlungsbefreiungen werden abgebaut. Geplante Maßnahmen betreffen u. a. Erleichterungen bei der Einreichung von Unterlagen, die Informationspflicht der Krankenkassen gegenüber den Versicherten über das Erreichen der Belastungsgrenze, die Verlängerung der Dauer des Befreiungszeitraums sowie Erleichterungen beim jährlichen Nachweis des Status als Chroniker.

Bewertung

Geplante Maßnahmen betreffen u. a. Erleichterungen bei der Einreichung von Unterlagen, die Informationspflicht der Krankenkassen gegenüber den Versicherten über das Erreichen der Belastungsgrenze, die Verlängerung der Dauer des Befreiungszeitraums sowie Erleichterungen beim jährlichen Nachweis des Status als chronisch kranker Patient.

Erleichterungen beim jährlichen Nachweis des Status als chronisch kranker Patient würden auch zu einer Entlastung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte beitragen, sofern die Bescheinigung zur Feststellung der Belastungsgrenze gemäß § 62 SGB V (Muster 55) nicht mehr bei den chronisch erkrankten Patienten jährlich erneut auszustellen ist.

8 DIGITALES HANDZEICHEN IM GESUNDHEITSWESEN

Beabsichtigte Neuregelung

Bei Leistungserbringern führen papierbasierte Signatur- und Bestätigungsprozesse zu ineffizienten Arbeitsabläufen. Leistungsnachweise, Einweisungen, Lieferbestätigungen und Dokumentationen werden häufig manuell erfasst, ausgedruckt, von Hand unterschrieben und anschließend erneut digitalisiert oder übertragen. Handschriftliche Handzeichen werden durch ein digitales Handzeichen ersetzt, um Arbeitsabläufe zu vereinfachen und Medienbrüche zu vermeiden.

Bewertung

Bei der Digitalisierung sollte die Chance genutzt werden, Prozesse so abzuändern, dass diese auch vollumfänglich von allen Beteiligten digital genutzt werden können. Die vom BMG beschriebene Problematik der fehlenden digitalen Zeichnungsmöglichkeit ist nicht bei den Vertragsärzten zutreffend, da diese alle über eine digitale Signatur verfügen (müssen), sondern betrifft insbesondere Informationsprozesse mit Patientensignatur oder Kommunikationspartnern außerhalb der TI.

So wurde beispielsweise im § 137f Abs. 3 SGB V für strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten die Möglichkeit vorgesehen, dass die Teilnahme- und Einwilligungserklärungen elektronisch vom Versicherten abgegeben werden können. Dieser Teilprozess (Teilnahme- und Einwilligungserklärungen) wird aktuell in der Praxis initial ausgeführt. Da die Versicherten in der Regel nicht über die Möglichkeiten zur Erstellung von elektronischen Signaturen in Praxen haben, scheitert derzeit die Digitalisierung der Teilnahme- und Einwilligungserklärungen. Dies könnte dadurch gelöst werden, dass zusätzlich gesetzlich die Möglichkeit eingeräumt wird, dass der Arzt die Einwilligung des Versicherten für die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm und die Einwilligung in die Datenverarbeitung mündlich vom Versicherten einholen darf, dies im Praxisverwaltungssystem speichert sowie an die weiterverarbeitenden Stellen überträgt.

Eine vergleichbare Regelung wurde für die Dokumentation der Einwilligung zum Einholen einer elektronischen Ersatzbescheinigung durch die Arztpraxis bereits in § 291 Abs. 9 Satz 3 und 4 getroffen und über eine One-Click Bestätigung im Praxisverwaltungssystem umgesetzt.

Die Aufzählung der Beispielprozesse im BMG-Papier ist eine willkürliche Zusammenstellung, deren Relevanz für die Vertragspraxen nicht unmittelbar nachvollzogen werden kann (z. B. Lieferscheine). Bei der konkreten Umsetzung eines digitalen Handzeichens ist aus Sicht der KBV wichtig, dass dabei keine neuen Zeichnungsprozesse geschaffen werden, bei denen heute keine Unterschrift notwendig ist.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- › Allgemein: Prüfung der Notwendigkeit von Signaturen im Zuge der Digitalisierung von Prozessen
- › Konkretes Beispiel: In § 137f Abs. 3 wird folgender Satz als Satz 3 eingefügt: "Die Einwilligung kann auch durch eine sonstige Erklärung des Versicherten erteilt werden, wenn sie durch den Vertragsarzt in seinem informationstechnischen System dokumentiert und an die Krankenkasse übermittelt wird."

9 PRÜFUNG DES VERZICHTS AUF DEN DIGITAL-BEIRAT DER GEMATIK

Beabsichtigte Neuregelung

Der Digitalbeirat der gematik wurde neben dem bestehenden Beirat als Beratungsgremium zu Fragen des Datenschutzes, der Datensicherheit aber auch zur Nutzerfreundlichkeit digitaler Anwendungen im Gesundheitswesen errichtet. Der Digital-Beirat hat sich bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe nicht vollumfänglich bewährt. Die damit verbundenen Kosten der gematik und damit der Krankenkassen als Kostenträger stehen in keinem Verhältnis zum Nutzen. Eine Abschaffung wird geprüft und ggf. zur Umsetzung vorgesehen.

Bewertung

Die Sinnhaftigkeit der Abschaffung des Digitalbeirats ist kritisch zu hinterfragen. Der Digitalbeirat der gematik hat die wichtige Aufgabe, die Perspektiven der Versorgung und der Nutzerfreundlichkeit mit den Anforderungen des Datenschutzes und der Datensicherheit zusammenzuführen. Dies ist ein wesentlicher Baustein für die Entwicklung versorgungsorientierter Anwendungen. Der Digitalbeirat wurde seit seiner Einrichtung allerdings nur unzureichend in die Arbeit der gematik eingebunden und konnte seine gesetzlich vorgesehene Funktion daher bislang nicht im erforderlichen Umfang wahrnehmen. Zudem ist die gesetzlich vorgesehene Evaluation des Gremiums nach Informationen des BMG an die Gesellschafter der gematik noch nicht abgeschlossen.

Darüber hinaus wurde kürzlich entgegen der Empfehlung der KBV neben dem neuen Aufsichtsrat mit dem Gesellschafterausschuss eine weitere administrative Ebene geschaffen. Statt die Abschaffung des Digitalbeirats zu prüfen, sollte dieser daher endlich wie vorgesehen in die Entwicklungsprozesse der gematik eingebunden werden, und nicht andere Doppelstrukturen aufgebaut werden.

10 STREICHUNG DER VERPFLICHTUNG ZUR INTEGRATION EINER VERORDNUNGSSOFTWARESCHNITTSTELLE IN IT-SYSTEMEN

Beabsichtigte Neuregelung

Hersteller von Praxisverwaltungssystemen sind derzeit verpflichtet, eine Verordnungssoftwareschnittstelle in ihre Systeme zu integrieren. Die Schnittstelle wird derzeit nicht genutzt, sodass die Verpflichtung zur Integration überflüssig ist. Die Gesetzesanpassung wird in ein geeignetes Gesetz eingebracht.

Bewertung

Die KBV kann mit der vorgeschlagenen Streichung mitgehen, da sich die Notwendigkeit einer Verordnungssoftwareschnittstelle über die letzten Jahre reduziert hat. Dies ist insbesondere in der Wandlung der modularen Nutzung der Verordnungssoftware durch die Primärsysteme begründet.

Unabhängig von der Umsetzung der Verordnungssoftwareschnittstelle, ist die Notwendigkeit für die verpflichtende Umsetzung einer Wechselschnittstelle für PVS vorhanden. Die vorgesehenen Regelungen aus dem aktuellen Kabinettsentwurf des GeDIGs sind konsequent weiterzuverfolgen. Im Sinne der Entbürokratisierung könnte hierbei Erleichterung für die Hersteller durch die Flexibilisierung der Umsetzung erreicht werden. Herstellern von Primärsystemen könnte ermöglicht werden, die Daten, die im Rahmen eines Wechsels des Systems bereitzustellen sind, in einem selbstgewählten Format dokumentiert bereitzustellen. Die Wechselschnittstelle fungiert als Rahmenwerk zur Definition der bereitzustellenden Inhalte und definiert eine mögliche Umsetzungsvariante.

11 VERMEIDUNG VON DOPPELPRÜFUNGEN FÜR BESTIMMTE LEISTUNGSERBRINGERGRUPPEN BEI DER IT-SICHERHEIT

Beabsichtigte Neuregelung

Die in der Versorgung eingesetzten digitalen Anwendungen und Dienste müssen die Informationssicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten. Größere Einrichtungen der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung weisen die Erfüllung der Vorgaben zur Informationssicherheit nach dem BSIG nach. Gleichzeitig sind sie allerdings auch verpflichtet, die Informationssicherheit nach weiteren Vorgaben wie den IT-Sicherheitsrichtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zu erfüllen. Dabei kann es zu Doppelprüfungen kommen. Da die doppelte Prüfung einen unnötigen Aufwand ohne zusätzlichen Sicherheitsgewinn darstellt, wird die Verpflichtung zur Nachweisführung anhand der IT-Sicherheitsrichtlinie aufgehoben.

Bewertung

Die KBV begrüßt den Vorschlag zur Vermeidung doppelter Aufwände, der durch die gleichzeitige doppelte Regulierung durch das BSIG und der Richtlinie der KBV entstehen könnten.

12 VEREINFACHUNG VON QUALITÄTSSICHERUNG-NACHWEIS-PFLICHTEN, ANBINDUNG DER QUALITÄTSSICHERUNG AN TELE-MATIK-INFRASTRUKTUR

Beabsichtigte Neuregelung

Die Qualitätssicherung (QS) leistet einen wichtigen Beitrag bei der Gewährleistung einer sicheren und hochwertigen Versorgung. Mit der Qualitätssicherung sind für die Leistungserbringer jedoch vielschichtige bürokratische Aufwände von der händischen Datenerhebung bis zur Vielfalt der Übermittlungswege verbunden. Nachweise und Meldungen der Leistungserbringer für die gesetzliche QS sollen in Zukunft automatisiert und vereinfacht sowie IT-Doppelstrukturen durch Nutzung der TI abgebaut werden. Nach Abschluss der Prüfung der Handlungsoptionen werden Regelungen in ein geeignetes Gesetz eingebracht.

Bewertung

Die verbindliche Nutzung der TI für die Übermittlung von QS-Dokumentationen und -Nachweisen wird von der KBV begrüßt und kann Vorbildcharakter für andere Regulierungsbereiche haben. Die KBV fordert schon länger die Nutzung von KIM für die Übermittlung von QS-Dokumentationen im Rahmen der DeQS-Richtlinie, bislang allerdings erfolglos. Konsequenterweise sollte die Verwendung von KIM für den gesamten Datenweg von der Praxis bis zum IQTIG, ggf. auch zur Durchführung von Stellungnahmeverfahren mit den LAG, normiert werden.

Die Textierung macht allerdings auch deutlich, dass es bei dieser Maßnahme nicht um eine aufwandsmäßige Reduzierung der „Nachweispflichten“ geht, sondern nur um deren vereinfachte Erfassung, insbesondere durch eine verstärkte Nutzung der TI. Allein die Optimierung der Datenübermittlungswege ist nicht ausreichend, um eine spürbare Bürokratieentlastung zu erzielen. Hierzu müssen auch die Berichts- und Dokumentationspflichten der gesetzlichen Qualitätssicherung inhaltlich auf den Prüfstand gestellt werden. Die Selbstverwaltung sollte unter verbindlicher Vorgabe einer Quote zur Reduktion von Dokumentationspflichten hierzu beauftragt werden, beispielsweise analog zur Vorgabe im Programm für Aufschwung und Beschäftigung (Vorschlag zur Bildung eines Bürokratieindexes in der Selbstverwaltung).

13 BAGATELLGRENZEN BEI WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNGEN IN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG

Beabsichtigte Neuregelung

Eine ordnungsgemäße Abrechnung leistet einen wichtigen Beitrag für eine effiziente Mittelverwendung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gleichzeitig sind Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Rahmen der Abrechnung mit Aufwänden verbunden. Der Koalitionsvertrag sieht die Einführung einer Bagatellgrenze von 300 Euro bei der Regressprüfung niedergelassener Ärzte und für andere Leistungserbringer vor. So wird ein Ausgleich zwischen den entstehenden bürokratischen Aufwänden und dem wirtschaftlichen Nutzen der Prüfung geschaffen.

Bewertung

Die KBV begrüßt die beabsichtigte Neuregelung. Durch die Einführung einer Bagatellgrenze von 300 Euro bei Einzelfallprüfungen wird ein Ausgleich zwischen dem bürokratischen Aufwand von Wirtschaftlichkeitsprüfungen und deren wirtschaftlichem Nutzen geschaffen. Um eine wirksame Entlastung der Vertragsärzte zu erreichen und gleichzeitig eine Benachteiligung größerer Berufsausübungsgemeinschaften zu vermeiden, sollte die Bagatellgrenze im Rahmen der Einzelfallprüfung auf den einzelnen Arzt bezogen werden. Insgesamt können geringfügige Prüfverfahren reduziert, Verwaltungsaufwände auf Seiten der Vertragsärzte sowie der Krankenkassen und Prüfungsstellen gesenkt und die Wirtschaftlichkeitsprüfungen insgesamt effizienter ausgestaltet werden.

Auch ist diese Bagatellgrenze im Sinne einer evidenzbasierten, leitliniengerechten und rationalen Verordnungsweise so auszugestalten, dass sie sich auf alle Formen der Unwirtschaftlichkeit – unwirtschaftliche Leistungen im engeren Sinn sowie unzulässige Leistungen (wie z. B. beim medizinisch indizierten Off-Label-Use) und auf den sonstigen Schaden Anwendung findet.

Aus Vergütungssicht ist darauf hinzuweisen, dass auch im Rahmen der Abrechnungsprüfung eine entsprechende Bagatellgrenze für Prüfungen nach § 106d Absatz 3 und Absatz 4 SGB V (unter Beachtung der Definition der Abrechnungsprüfungs-Richtlinien je Betriebsstättennummer, je Quartal, je Krankenkasse und je Datenlieferung) erforderlich ist. Die in den Abrechnungsprüfungs-Richtlinien vorgesehene, ursprünglich vereinbarte Bagatellgrenze von 30 Euro für Prüfungen der Krankenkassen stellt keine ausreichende Begrenzung mehr dar. Die KBV sieht insoweit hohes Entbürokratisierungspotenzial. Auch würde eine vom Gesetzgeber festgelegte Bagatellgrenze Rechtsklarheit in diesem Bereich schaffen. Darüber hinaus sollte auch eine Gebühr bei erfolgloser Antragstellung auf Prüfung der Abrechnung, wie sie für den Krankenhausbereich gilt (s. § 275c Abs. 1 SGB V Satz 2), eingeführt werden, um unnötige Prüfungen und den damit einhergehenden bürokratischen Aufwand zu verhindern.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Nach § 106 Absatz 1 Satz 5 SGB V wird der folgende Satz 6 angefügt:

“Unbeschadet bestehender Regelungen in den Vereinbarungen nach Satz 2, § 106a Absatz 3 und 4 Satz 2, § 106b Absatz 1 bis 3 können Anträge im Rahmen sämtlicher Prüfungen nach den §§ 106a und 106b nicht gestellt werden, wenn die Nachforderung oder Kürzung je Arzt, Krankenkasse und Quartal den Betrag von 300 Euro unterschreitet.”

Für die Abrechnungsprüfung nach § 106d SGB V ist eine analoge Regelung unter den o. g. Prämissen aufzunehmen.

14 ABSCHAFFUNG NULLRETAXATION BEI REINEN FORMFEHLERN IM HEILMITTELBEREICH

Beabsichtigte Neuregelung

Heilmittelerbringer sind gesetzlich verpflichtet, ärztliche Verordnungen vor Abgabe und Abrechnung eigenverantwortlich auf Vollständigkeit und Plausibilität zu prüfen. Bewerten gesetzliche Krankenkassen Verordnungen als fehlerhaft oder unvollständig, kann dies zu Retaxationen führen. Vertraglich sind Möglichkeiten der Korrektur festgelegt, die mit einem hohen Zeitaufwand einhergehen und nicht immer zur Fehlerbereinigung führen. Es wird ein klarer Rechtsrahmen geschaffen, bei welchen rein formalen Fehlern eine Rechnungskürzung (Retaxation) durch die Krankenkasse unzulässig ist. Ziel ist es, den Korrekturbedarf bei Verordnungen nachhaltig zu senken und damit den Korrekturaufwand aufgrund reiner formaler Fehler zu reduzieren.

Bewertung

Der Vorschlag ist nachvollziehbar. Der Ausschluss unverhältnismäßiger finanzieller Folgen bei reinen Formfehlern darf allerdings nicht nur auf die Heilmittelversorgung und - wie mit dem Apothekenversorgungsweiterentwicklungsgesetz bereits erfolgt - auf die Apotheker begrenzt werden. Der Grundsatz ist verordnungsbereichs- und berufsgruppenübergreifend auszugestalten. Vertragsärzte sind im Falle von Formfehlern bei ärztlichen Verordnungen von teilweise existenzgefährdenden Regressen bedroht. Hier ist auch im Sinne der Vermeidung einer unfairen Ungleichbehandlung mit Apothekern und zukünftig auch Heilmittelerbringern eine entsprechende Regelung zu finden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Rein formale Fehler einer vertragsärztlichen Verordnung dürfen weder zu einer Retaxation gegenüber dem Leistungserbringer noch zu einer Rückforderung, einem Regress oder einer sonstigen finanziellen Inanspruchnahme des verordnenden Vertragsarztes führen, sofern die medizinische Notwendigkeit der Versorgung gegeben war.

15 GENEHMIGUNGSFREIHEIT FÜR DIE VERSORGUNG MIT NIEDRIGPREISIGEN HILFSMITTEL BIS ZU 200 EURO

Beabsichtigte Neuregelung

Es gibt derzeit keine bundesweit einheitliche gesetzliche Genehmigungsfreigrenze für niedrigpreisige Hilfsmittel. Ob eine Genehmigung erforderlich ist, kann sich von Krankenkasse zu Krankenkasse und dem jeweiligen Leistungserbringer unterscheiden. Die fehlende Einheitlichkeit führt für alle Beteiligten zu Unvorhersehbarkeit und zusätzlichen Aufwänden. Vorgesehen ist daher eine Verpflichtung der Selbstverwaltung, sich in einem Rahmenvertrag auf verschiedene Harmonisierungen und Vereinheitlichungen administrativer Rahmenbedingungen der Hilfsmittelversorgung zu einigen. Diese sollen bundesweit für alle Hilfsmittelverträge gelten. Unter anderem ist vorgesehen, dass sich die Rahmenvertragspartner dabei auch auf einheitliche Mindestgenehmigungsfreigrenzen einigen.

Bewertung

Die KBV bewertet die vorgesehene einheitliche Mindestgenehmigungsfreigrenze für niedrigpreisige Hilfsmittel grundsätzlich kritisch. Durch die Einschränkung des Genehmigungsvorbehalts besteht die Gefahr, dass bislang im Genehmigungsverfahren erfolgende leistungsrechtliche und wirtschaftliche Prüfungen nachgelagert stattfinden und damit das Risiko für zusätzliche Wirtschaftlichkeitsprüfungen gegenüber

verordnenden Ärzten steigt. Aufgrund der Komplexität und Intransparenz des Hilfsmittelverzeichnisses und des sich daraus ableitenden Leistungsanspruchs zu Lasten der GKV, bedarf es einer Klarstellung der haftungsrechtlichen Folgen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Hilfsmittel-Leistungserbringer sind vor Durchführung der Versorgung zur Prüfung der ärztlichen Verordnung auf Vollständigkeit, formale Richtigkeit und Plausibilität zu verpflichten. Erkennbare Fehler, Unvollständigkeiten oder Widersprüche sind vor der Leistungserbringung mit der verordnenden Praxis zu klären und erforderlichenfalls zu korrigieren. Die ärztliche Verantwortung bleibt auf die medizinische Indikation sowie patientenbezogene Besonderheiten beschränkt; die Verantwortung für die konkrete Produktwahl, die vertragskonforme Umsetzung und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung liegt beim Hilfsmittel-Leistungserbringer.

16 VEREINFACHUNG BEI DER UMSETZUNG DER DOKUMENTATIONSANFORDERUNGEN DER MPBETREIBV FÜR ZAHNARZTPRAXEN

Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Umsetzung der Vorgaben der MPBetreibV kann es zu Dopplungen und einer uneinheitlichen Anwendung in den Ländern kommen. Dies gilt beispielsweise für Dokumentationsanforderungen an Betreiber von Medizinprodukten. Im Rahmen der Novellierung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung, die in der zweiten Jahreshälfte 2026 angestoßen werden soll, wird das BMG prüfen, inwieweit Klarstellungen oder Anpassungen zum Abbau bürokratischer Doppelbelastungen beitragen können.

Bewertung

Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb diese Bürokratieabbau-Maßnahme nur auf den zahnärztlichen Sektor beschränkt ist. Die durch die MPBetreibV verursachten Bürokratieaufwände treffen auch und gerade die niedergelassenen Vertragsärzte. Die KBV fordert daher eine Ausweitung der Maßnahme für den vertragsärztlichen Bereich.

Ihre Ansprechpartner:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1036
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 192.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 75 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.