



FINANZKOMMISSION GESUNDHEIT DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT (BMG)

SCHRIFTLICHE BETEILIGUNG VON STAKEHOLDERN – SCHRIFTLICHE
BETEILIGUNG DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG

18. SEPTEMBER 2026

KOMMENTIERUNG

Die KBV hat bereits im Beteiligungsprozess zur Erstellung des ersten Berichtes der FinanzKommission Gesundheit Vorschläge zur Stabilisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung eingebracht. Der zweite Bericht der FinanzKommission sieht umfassende Maßnahmen einer Strukturreform vor. Für die Erarbeitung dieses zweiten Berichtes bezieht die FinanzKommission aktuell erneut unterschiedliche Stakeholder mit ein. Dazu finden unterschiedliche Fachgespräche statt, an denen sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) beteiligt sowie darüber hinaus die Möglichkeit, den Fragebogen der FinanzKommission Gesundheit zum Thema Organisation der Selbstverwaltung schriftlich zu beantworten.

Die KBV nimmt im Folgenden zu den von der FinanzKommission Gesundheit vorgelegten Fragestellung zur Organisation der Selbstverwaltung schriftlich Stellung.

Frage 1: Inwiefern halten Sie die derzeitigen Strukturen und Prozesse der unmittelbaren Selbstverwaltung - wie Verwaltungsräte, Sozialwahlen, Landes- und Bundesverbände, Aufsicht, Medizinischer Dienst etc. - für zukunftsfähig und welche Reformmaßnahmen schlagen Sie ggf. vor?

Grundsätzlich ist die derzeitige Struktur der Selbstverwaltung im ambulanten Bereich aus Sicht der KBV der richtige Weg, um eine effektive Normgebung für den Bereich der ambulanten Versorgung zu ermöglichen. Insbesondere dort, wo die Selbstverwaltungspartner Verhandlungsspielräume haben, die durch Eskalationsmechanismen (z. B. Schiedsämter bzw. Schiedsfunktionen wie den Erweiterten Bewertungsausschuss) flankiert werden, ist die Normgebung der Selbstverwaltung als effektiv und schnell zu charakterisieren.

Dies gilt für den ambulanten Bereich im Rahmen des Leistungserbringerrechts in einem besonders hohen Maße dort, wo die Anzahl der Beteiligten auf das gebotene Mindestmaß begrenzt ist (z. B. Bundesmantelvertragspartner und Bewertungsausschuss). Als grundsätzlich hinderlich hat sich hier insbesondere die Ausweitung bestehender Vorgaben und direkter gesetzlicher „Kleinstaufträge“ an die Selbstverwaltung erwiesen. Insofern mag als beredtes Beispiel gelten, dass die Ausgangsnorm des ärztlichen Vergütungsrechts im Jahr 1977 (§ 368g Abs. 4 RVO) aus insgesamt 681 Zeichen bestand, während der heutige § 87 SGB V auf 55.274 Zeichen angeschwollen ist (81-fache Ausdehnung). Dabei erweist sich jedweder Versuch, in das – aus Sicht der KBV gebotene – Verhandlungsgeschehen einzugreifen als hinderlich im Sinne einer Effektivierung.

Gleiches gilt im Hinblick auf das Leistungserbringerrecht für den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA). Die zunehmende Ausweitung von gesetzgeberischen Kleinstaufträgen an die Selbstverwaltung anstelle von generalklauselartigen Ermächtigungsnormen behindert die Selbstverwaltung ebenso, wie die über das Maß der zwingend nötigen hinausgehenden Ausweitung der Beteiligten – dies führt in der Regel nicht zu mehr Partizipation oder Transparenz, sondern vor allem zu deutlich komplizierteren Prozessen und bürokratischen Erfordernissen.

Auch die Ausweitung der Vorgaben für die Selbstverwaltung der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erscheint an dieser Stelle als ein Weg, den es zur Effektivierung der Arbeit der Körperschaften umzukehren gilt: Es kann und muss Aufgabe der Selbstverwaltung selbst sein, sich zu organisieren und sich den Erfordernissen entsprechenden Strukturen zu geben bzw. hierzu Entscheidungen zu treffen. Die auch hier anzutreffenden kleinteiligen Vorgaben haben sich vielfach als nachteilig erwiesen.

Grundsätzlich richtig ist demgegenüber auch die grundsätzliche Aufgabenteilung zwischen Bund und KV-Bezirken. Aus Sicht der KBV ist es vor dem Hintergrund regional unterschiedlicher Versorgungsanforderungen unbedingt notwendig, hier auch in Zukunft die verschiedenen Kompetenzen zwischen Bundesebene auf der einen und KV-Bezirksebene auf der anderen Seite zu betonen. Nur so kann es gelingen, jeweils regional passende, gute Lösungen zu finden und beizubehalten, anstelle die Versorgung mit bürokratischen Vorgaben der Bundesebene erneut zu überlagern.

Schließlich ist im Hinblick auf die Arbeit des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zu betonen, dass die Ausgestaltung der Rechtsaufsicht als solche begrenzt ist und auch bleiben sollte. Gerade Erfahrungen

mit Interventionsversuchen aus dem Ministerium selbst zeigen, dass dies nicht zu einer effektiven Ausgestaltung der Selbstverwaltung beiträgt. Insofern wären hier Klarstellungen angezeigt, die auf ein höheres Maß an Zurückhaltung abzielen.

Frage 2: Welche Reformen der Selbstverwaltung der Krankenkassen und darüber hinaus (etwa Zulassungsausschüsse, KVen, GBA etc.) könnten zur Stabilisierung der Beitragssätze in der GKV beitragen und warum?

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)

Mit der Gründung des GBA 2004 wurde erstmals ein Gremium mit Richtlinienkompetenz quer über alle Gesundheitssektoren hinweg geschaffen, das seitdem beständig in Folgegesetzgebungen mit weiteren Aufgaben betraut wurde. Mit diesen Aufgaben wurden gleichzeitig zahllose prozessbehindernde und damit prozessverlangsamende Auflagen verbunden, die den GBA in der öffentlichen Wahrnehmung als schwerfällige, bürokratische Institution erscheinen lassen. Die Erfolge, wie sie beispielsweise mit der Umsetzung des AM-NOG mit schnellen und effizienten Arzneimittelbewertungen erzielt werden konnten, werden durch immer weitergehende bürokratische Auflagen gefährdet (z. B. GKV-FinStG 2022, Medizinforschungsgesetz 2024, AM-NutzenV-Novelle 2025). Deutschland ist weiterhin Spitzenreiter im Innovationszugang neuer Leistungen in die Gesundheitsversorgung. In kaum einem anderen modernen, öffentlichen Gesundheitssystem erhalten Patientinnen und Patienten so schnell Zugang zu neuen Leistungen wie in Deutschland. Dies ist auch Ergebnis der Handlungsfähigkeit des GBA, die nicht weiter behindert oder eingeschränkt werden darf.

Spätestens mit dem TSVG 2019 reagiert der Gesetzgeber auf den, durch detaillierte Vorgaben und Auflagen selbst verursachten, Langsamkeitsvorwurf mit Fristen, Detailregelungen und Beschleunigungsvorgaben. Allein in den Jahren 2020 bis 2026 sind auf der Webseite des GBA 20 Gesetzesaufträge gelistet, die nicht nur grundsätzliche Aufträge, sondern terminierte Einzelaufträge, Verfahrensvorgaben und Ausgestaltungsdetails auf Richtlinienenebene vorgeben. Mit § 94 Abs. 1 SGB V konterkariert der Gesetzgeber zudem die ordnungspolitische Zuständigkeit des GBA und schwächt diesen in seinen Kernaufgaben. Statt Aufgaben ermöglichend so zu regulieren, dass Aufträge umsetzbar werden, wird ein Ersatzvornahme-Druckmittel eingeführt – die Aufgabenlast bleibt, während die erforderliche Autonomie und Handlungsfähigkeit sinken. Als weiteres Beispiel seien bürokratische Qualitätsregulierungen genannt, die in schwerfälliger Ausschuss-Arbeit in unglaublicher Detailtiefe ausgearbeitet werden und die im Ergebnis zwar immensen bürokratischen Aufwand erzeugen, deren tatsächlicher qualitätsfördernder Effekt aber nie evaluiert wurde.

Im Ergebnis sind Aufträge an den GBA so auszugestalten, dass sowohl durch entsprechende Handlungsautonomie in der Erarbeitung der Richtlinien als auch durch realistische Fristsetzung die staatsentlastende Arbeit der Selbstverwaltung in diesem Gremium geleistet werden kann. Der überbordend detaillierte Gesetzesauftrag an den GBA ist daraufhin zu überprüfen, ob die angestrebten Ziele mit den vorgegebenen Handlungsaufträgen wirtschaftlich effizient erzielt werden können. Ist dies nicht der Fall, sollten eingeschlagene Wege auch wieder verlassen bzw. weiterentwickelt werden. Auch der GBA selbst sollte verpflichtet werden, im Rahmen seiner eigenen Kompetenzen seine Richtlinien hinsichtlich Aufwands und Wirksamkeit zu evaluieren und ggf. auch abzuschaffen. Weiterhin ist zu prüfen, ob neben der Bürokratiekostenmessung durch den GBA auch eine ex ante Einschätzung der Bürokratielast eingeführt werden sollte.

Ärzte-Zulassungsverordnung (Ärzte-ZV)

Eine Verschlinkung und Novellierung der Ärzte-Zulassungsverordnung (Ärzte-ZV) ist für die zukünftige Versorgung dringend notwendig, um den Zulassungsprozess nicht unnötig zu verlangsamen bzw. zu modernisieren. Deshalb hatte die KBV das Vorhaben der Bundesregierung, das Verfahren zu modernisieren und zu überarbeiten, begrüßt. Hier finden Sie die entsprechende [Stellungnahme der KBV \(Link\)](#) zur Ärzte-Zulassungsverordnung.

Seit Monaten gibt es in dem entsprechenden Ordnungsverfahren keine Bewegung. Der Schritt ist dringend notwendig, um den Einstieg in die vertragsärztliche Versorgung im Sinne aller Beteiligten zu beschleunigen, von Bürokratie zu befreien und zu vereinfachen. Im Hinblick auf die aktuelle Versorgungslage, insbesondere im ländlichen Raum, wird vertragsärztlicher Nachwuchs dringend benötigt. Wird dieser aber

aufgrund einer veralteten Zulassungsverordnung mit bürokratischen Hürden und einem langwierigen Prozess an einer Niederlassung gehindert, verlieren wir junge und engagierte Nachwuchsvertragsärztinnen und -ärzte. Der Zugang in die Versorgung könnte erleichtert werden, in dem das Antragsverfahren zur Eintragung in das Arztregister und zur Zulassung als Vertragsärztin oder -arzt, vor allem im Hinblick auf die einzureichenden Unterlagen, entbürokratisiert werden. Darüber hinaus sollte eine digitale Antragsstellung zu jeder Zeit möglich sein. So werden die Zulassungsausschüsse um gebundene, rein administrative Entscheidungen entlastet und die Zeiten zwischen Antragsstellung und Zulassungsentscheidung können drastisch verkürzt werden.

Eine Vereinfachung der Zulassungsverfahren und Genehmigungsverfahren bei angestellten Ärzten bei offensichtlich vorliegenden Voraussetzungen in Fällen, in denen keine Konkurrenzbewerbungen vorliegen, ist ebenfalls sinnvoll. Es ist daher dringend erforderlich das Gesetzgebungsverfahren weiter voranzutreiben.

Bürokratieabbau

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. Ein Beitrag zur Stabilisierung der Beitragssätze in der GKV kann auch durch eine konsequente Entbürokratisierung geleistet werden. Die erwähnte Novellierung der Ärzte-Zulassungsverordnung ist nur ein Teil davon.

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 BMG Bürokratie abzubauen und verweist auf die bereits vorgelegten Vorschläge zum Bürokratieabbau, welche aber noch nicht als weitreichend genug bewertet werden.

Digitalisierung von Verwaltungsentscheidungen

Nicht nur im Versorgungsalltag selbst lassen sich durch die Digitalisierung Prozesse vereinfachen und effizienter gestalten, sodass mehr Zeit für die Versorgung der Patientinnen und Patienten besteht. Die Digitalisierung von Verwaltungsentscheidungen und Entscheidungsfindungen müssen ebenfalls digitalisiert werden.

Digitale Verwaltungsverfahren, wie das Einreichen von Anträgen und Widersprüchen sowie die Bescheidung sollten digital und online einreichbar sein. Auch bei der Qualitätsprüfung ließe sich von manueller Vorlage der Dokumente auf eine digitale Vorlage umsteigen. Entscheidungsgremien, die immer noch vermehrt in Präsenz tagen, ließen sich online als Videokonferenzen durchführen.

Die Rechtslage stellt sich aktuell sowohl für den Versender als auch für den Empfänger von Dokumenten und Verwaltungsakten der Kassenärztlichen Vereinigungen sehr aufwändig dar:

So erfordert die Übersendung elektronischer Dokumente nach § 36 Abs. 1 SGB I die Eröffnung eines Zugangs durch den Empfänger. Soweit Verwaltungsakte den Beteiligten zum Abruf über öffentlich zugängliche Netze bereitgestellt werden, ist hierzu nach § 37 Abs. 2a SGB X die Einwilligung der Beteiligten erforderlich.

Um Doppelstrukturen in den KVen zu vermeiden, bedarf es eine gesetzliche Grundlage, dass die Satzungen der KVen Bestimmungen zur Übermittlung elektronischer Dokumente abweichend von § 36a Abs. 1 SGB I und der Bekanntgabe elektronischer Verwaltungsakte abweichend von § 37 Abs. 2a Sätze 1 und 2 SGB X enthalten können.

Stärkung der Eigenverantwortung

Durch Patienteninformationen und -schulungen lässt sich die Eigenverantwortung von Patientinnen und Patienten, vor allem mit chronischen Erkrankungen, verbessern und stärken. Dies kann die Gesundheitskompetenz fördern, den Gesundheitszustand aktiv verbessern sowie den eigenständigen Umgang mit einer Erkrankung unterstützen und kann dazu beitragen, vermeidbare Komplikationen, Folgeerkrankungen und damit verbundene Kosten für die GKV zu reduzieren.

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.