

Eckpunktepapier zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen

(Empfehlungen nach § 220 Absatz 4 SGB V)

Der Abbau von nicht notwendiger Bürokratie im Gesundheitswesen einschließlich der Langzeitpflege ist für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein wichtiges Anliegen und ein zentrales Projekt dieser Legislaturperiode. Ziel ist es, einen Ausgleich zu finden zwischen der **notwendigen Bürokratie** und dem nachvollziehbaren Anliegen, die für die **Erfüllung von Bürokratie verwendete Zeit stattdessen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten bzw. Pflegebedürftigen zu nutzen**. Darüber hinaus birgt die Entbürokratisierung auch erhebliche Potenziale, um die **gesundheitliche und pflegerische Versorgung** der Patientinnen und Patienten zu **stärken**.

Bürokratie dient vielfach **wichtigen Zwecken**, wie der Gewährleistung der Patientensicherheit, der Daseinsvorsorge, der koordinierten Patientensteuerung, der Sicherung der Qualität und Wissensvermittlung, der Transparenz und Nachvollziehbarkeit für die Beteiligten, aber auch der haftungsrechtlichen Absicherung der Leistungserbringer. Gleichzeitig ist deutlich geworden, dass über die letzten Jahrzehnte Regelungen und Anforderungen entstanden sind, die zu einem **Übermaß an Bürokratie** geführt haben. Zu viel Bürokratie, beispielweise durch zu kleinteilige Dokumentationspflichten oder nicht erforderliche Doppelstrukturen, bindet ohne Notwendigkeit **wichtige zeitliche und personelle Ressourcen**, die ansonsten für die Versorgung von Patientinnen und Patienten bzw. Pflegebedürftigen zur Verfügung stünden. Der Bürokratieabbau im Gesundheitswesen einschließlich der Langzeitpflege muss daher dem **Spannungsverhältnis** zwischen dem Erhalt der unverzichtbaren Bürokratie auf der einen Seite und dem Abbau von nicht notwendiger Bürokratie auf der anderen Seite gerecht werden.

Auch die Regierungsparteien haben sich im **Koalitionsvertrag** für die Jahre 2021-2025 ausdrücklich zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen bekannt. Zur Umsetzung dieses Ziels hat das BMG in dieser Legislaturperiode bereits verschiedene Vorhaben auf den Weg gebracht. Beispielsweise wurden für die stationäre pädiatrische Versorgung vorübergehend die Abrechnungsprüfungen ausgesetzt und die Pädiatrie damit kurzfristig von bürokratischem Aufwand entlastet. Zudem wurde die Abschaffung des Präqualifizierungsverfahrens für apothekenübliche Hilfsmittel in Apotheken und der damit einhergehenden nicht erforderlichen Doppelprüfungen sowie die Einschränkung der sog. Null-Retaxation auf den Weg gebracht. Durch beide Maßnahmen werden die Apotheken langfristig von Bürokratie entlastet.

Bereits mit diesen Maßnahmen ist es gelungen, wichtige Schritte in Richtung einer Entbürokratisierung des Gesundheitswesens zu gehen. Gleichzeitig besteht weiterhin ein erheblicher Bedarf an einem Bürokratieabbau. Mit den Empfehlungen zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen, die das BMG nun vorlegt, wird dieser Weg fortgeführt. Die Empfehlungen betreffen dabei nahezu sämtliche Bereiche des Gesundheitswesens – vom **ambulanten und stationären Sektor**, über den **Arzneimittel- und Hilfsmittelbereich**, die **Langzeitpflege**, die **Digitalisierung** bis hin zu Maßnahmen mit einem **europäischem/internationalem Bezug**.

Für alle genannten Bereiche sind umfangreiche Maßnahmen vorgesehen, die unnötige Bürokratie abbauen und mehr Zeit für die Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie der Pflegebedürftigen schaffen. Neben Maßnahmen, die in dieser Legislaturperiode bereits auf den Weg gebracht wurden, befindet sich eine Vielzahl weiterer Maßnahmen derzeit in **laufenden Gesetzgebungsverfahren**, zum Beispiel im Digital-Gesetz und Gesundheitsdatennutzungsgesetz. Darüber hinaus sehen die Empfehlungen **umfangreiche zusätzliche Maßnahmen** vor, auf deren Grundlage das BMG **weitere konkrete Schritte** in Angriff nehmen wird, um den Abbau von nicht notwendiger Bürokratie im Gesundheitswesen voranzutreiben.

Das BMG wird zusätzlich zu den in den Empfehlungen aufgeführten Maßnahmen **fortlaufend prüfen**, an welchen Stellen im Gesundheitswesen nicht notwendige Bürokratie abgebaut werden kann.

Die Entbürokratisierung des Gesundheitswesens kann zudem nur dann erfolgreich sein, wenn sie durch die **Akteure des Gesundheitswesens gemeinsam** erfolgt. Vielfach beruht Bürokratie auch auf Vorgaben, die die Selbstverwaltung vereinbart und implementiert hat. Mithin ist die Selbstverwaltung ebenso aufgefordert, kritisch zu hinterfragen, welche Regelungen entbehrlich sind oder vereinfacht werden können, um bürokratischen Aufwand zu minimieren und damit das Ziel der Bundesregierung zu unterstützen.

Überblick über die Maßnahmen zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen

Maßnahmen in der ambulanten Versorgung

a) Geplante Maßnahmen/Empfehlungen

1. Ärztliche Bescheinigung bei der Erkrankung eines Kindes (§ 45 Absatz 1 SGB V)
2. Zusammenlegung verschiedener bisher getrennter Register (Ärzte-ZV und Zahnärzte-ZV)
3. Straffung der Regelungen zum Antragsverfahren für die Eintragung ins A/Z-Register und für die Zulassung (Ärzte-ZV und Zahnärzte-ZV)
4. Verlängerung des Zeitraums für genehmigungsfreie Vertretungen (Ärzte-ZV und Zahnärzte-ZV)
5. Möglichkeit der elektronischen Versendung von Unterlagen für Sitzungen des Zulassungsausschusses (Ärzte-ZV und Zahnärzte-ZV)
6. Prüfung von Maßnahmen in der Wirtschaftlichkeitsprüfung
7. Ausschlussfrist für Festsetzungen von Beratungen (Wirtschaftlichkeitsprüfungen)
8. Prüfung von Maßnahmen in der Abrechnungsprüfung
9. Digitale Teilnahme an Sitzungen der Beschwerdeausschüsse (Wirtschaftlichkeitsprüfungen)
10. Digitalisierung vertragsärztlicher Überweisungen
11. Reduzierung der Belastungen durch Vordrucke/Formulare
12. Abschaffung des zweistufigen Antragsverfahrens Kurzzeittherapie (Psychotherapie)
13. Vereinfachung oder Verzicht auf Konsiliarbericht bei überwiesenen Patienten (Psychotherapie)

b) Laufende Maßnahmen (in Umsetzung)

14. Einsatz von Telemedizin bei Blut- und Plasmaspenden

c) Bereits umgesetzte Maßnahmen

15. Direktbezug von Erythrozytenkonzentraten für Luftrettungsdienste
16. Vereinfachung des Sachkundenachweises bei Hyperimmunisierungsprogrammen

Maßnahmen in der stationären Versorgung

a) Geplante Maßnahmen/Empfehlungen

17. Entbürokratisierung im Rahmen der Krankenhausreform
18. Stellungnahme der Regierungskommission zum Bürokratieabbau
19. Abschaffung der Abrechnungsprüfungen in der stationären Kinder- und Jugendmedizin

b) Bereits umgesetzte Maßnahmen

20. Entbürokratisierende Maßnahmen bei Abrechnungs- und Strukturprüfungen (KHPfLEG)
21. Vereinfachung Verwaltungsabläufe bei der einzelfallbezogenen Erörterung (KHPfLEG)
22. Geltendmachung von Aufschlägen im Rahmen elektronischer Datenübertragung (KHPfLEG)
23. Vereinfachungen beim Pflegebudget (GKV-FinStG)

Maßnahmen für den Arzneimittelbereich

a) Geplante Maßnahmen/Empfehlungen

24. Einrichtung einer Bundes-Ethik-Kommission (Pharmastrategie)
25. Optimierung der Zulassungsbehörden BfArM und PEI (Pharmastrategie)
26. Integration des Strahlenschutzverfahrens (Pharmastrategie)
27. Ermöglichung dezentraler klinischer Prüfungen (Pharmastrategie)
28. Verkürzung der Bearbeitungszeiten bei mononationalen klinischen Prüfungen (Pharmastrategie)
29. Vereinfachungen der Kennzeichnung von Prüf- und Hilfspräparaten (Pharmastrategie)
30. Mustervertragsklauseln für klinische Prüfungen (Pharmastrategie)
31. Harmonisierung der Erteilung von Herstellungserlaubnissen/Verfahren und Auslegungen der Behörden (Pharmastrategie)
32. Vorhaltung von Räumlichkeiten Filialverbund (Bürokratieabbau in Apotheken)
33. Flexibilisierung von Herstellungs- und Prüfmöglichkeiten im Filialverbund (Bürokratieabbau in Apotheken)
34. Gestattung neuer Vertretungsmöglichkeiten (Bürokratieabbau in Apotheken)
35. Flexibilisierung der Öffnungszeiten von Apotheken (Bürokratieabbau in Apotheken)
36. Reduzierung der Belastung durch Betreiberpflichten bei Medizinprodukten
37. Reduzierung des Meldeturnus für Unternehmen im Betäubungsmittelrecht
38. Einführung des eBtM-Rezeptes/Digitalisierung des Verschreibungsprozesses

b) Laufende Maßnahmen (in Umsetzung)

39. Wegfall des Präqualifizierungsverfahrens für apothekenübliche Hilfsmittel (Bürokratieabbau in Apotheken)
40. Vereinfachung der Antragsstellung nach § 3 BtMG (Bürokratieabbau im Betäubungsmittelrecht)
41. Wegfall BtM-Rezept für Medizinalcannabis (Bürokratieabbau im Betäubungsmittelrecht)

- 42. Kein Sicherungsnachweis bei Erlaubnis für Medizinalcannabis (Bürokratieabbau im Betäubungsmittelrecht)
- 43. Abschaffung Abgabebelege für Cannabis (Bürokratieabbau im Betäubungsmittelrecht)
- 44. Wegfall der halbjährlichen Meldung für Cannabis (Bürokratieabbau im Betäubungsmittelrecht)
- 45. Abschaffung des Vergabeverfahrens bei Medizinal-Cannabis

c) Bereits umgesetzte Maßnahmen

- 46. Ausschluss von Retaxationen zulasten der Apotheken in bestimmten Fallgruppen

Maßnahmen in der Langzeitpflege

a) Geplante Maßnahmen/Empfehlungen

- 47. Vereinfachung von Formularen zur Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung
- 48. Vereinfachung des Meldeverfahrens und Verfahrens zur Ermittlung des regional üblichen Entlohnungsniveaus
- 49. Vereinheitlichung von Informations- und Auskunftspflichten für Bewerber für eine stationäre Langzeitpflegeversorgung
- 50. Digitales Verfahren zur Erhebung und zum Nachweis der Elterneigenschaft und der Anzahl berücksichtigungsfähiger Kinder

b) Laufende Maßnahmen (in Umsetzung)

- 51. Elektronische Pflegedokumentation (PUEG)
- 52. Beschleunigte Kommunikation bei Pflege-Begutachtungen (PUEG)
- 53. Qualitätsprüfungen im Zweijahresrhythmus für vollstationäre Einrichtungen mit hohem Qualitätsniveau (PUEG)

c) Bereits umgesetzte Maßnahmen

- 54. Verbesserung der Prüf- und Meldeverfahren zu den Regelungen zur Entlohnung nach Tarif in der Langzeitpflege (Pflegebonusgesetz)
- 55. Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege (PUEG)
- 56. Weiterentwicklung der Vorschriften zu Auskünften an Versicherte durch Pflegekassen (PUEG)

Maßnahmen im Hilfsmittelbereich

Geplante Maßnahmen/Empfehlungen

57. Abschaffung Präqualifizierungsverfahren für Vertragsärztinnen und -ärzte
58. Abschaffung Präqualifizierungsverfahren für voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen bei der Abgabe von aufsaugenden Inkontinenzmaterialien
59. Evaluation der Präqualifizierungspflicht für die Gesundheitshandwerke
60. Vereinfachung der administrativen Verfahren im Hilfsmittelbereich
61. Beschleunigung der Hilfsmittelversorgung von Kindern

Zusätzliche Maßnahmen im Bereich der Digitalisierung

a) Geplante Maßnahmen/Empfehlungen

62. Optimierung und Digitalisierung von Bonusheften
63. Automatische Datenmeldung an Krankenkassen für freiwillig gesetzlich Versicherte

b) Laufende Maßnahmen (in Umsetzung)

64. Nationale Datenzugangs- und Koordinierungsstelle (GDNG)
65. Weiterentwicklung der federführenden Datenschutzaufsicht (GDNG)
66. Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (DigiG)
67. Aufhebung der Mengenbegrenzung bei der Videosprechstunde (DigiG)
68. Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege

c) Bereits umgesetzte Maßnahmen

69. Digitalisierung von Antragsleistungen im Rahmen des Onlinezugangsgesetzes

Maßnahmen mit europäischem/internationalem Bezug

a) Geplante Maßnahmen/Empfehlungen

70. Streichung der Vorabgenehmigungspflicht für geplante Krankenhausbehandlungen in einem anderen EU-Staat, EWR-Staat oder der Schweiz (§ 13 Absatz 5 SGB V)

b) Laufende Maßnahmen (in Umsetzung)

71. Einführung einer Möglichkeit zum Verzicht auf die Gleichwertigkeitsprüfung im Anerkennungsverfahren (PflStudStG)
72. Vereinheitlichung der im Anerkennungsverfahren vorzulegenden Unterlagen (PflStudStG)

Maßnahmen zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen

1. Maßnahmen in der ambulanten Versorgung

Die Empfehlungen sehen verschiedene Maßnahmen vor, um die von nicht notwendiger Bürokratie ausgehende Belastung für die ambulanten Leistungserbringer abzubauen. Mit der Anpassung der Regelungen für die Vorlage einer **ärztlichen Bescheinigung bei der Erkrankung des Kindes** ist eine weitgehende Entlastung für kinderärztliche Praxen und Eltern vorgesehen, die insbesondere in Zeiten von hohen Infektionswellen eine wichtige Erleichterung für die Betroffenen darstellt. Zudem soll mit verschiedenen bürokratieentlastenden Maßnahmen das häufig zu bürokratische **Zulassungsverfahren** für Vertragsärztinnen und -ärzte sowie für Vertragszahnärztinnen und -ärzte entbürokratisiert werden. Daneben sehen die Empfehlungen auch Maßnahmen für den Ausbau der **Digitalisierung in der ambulanten Versorgung** sowie wichtige Entlastungen für den Bereich der **Psychotherapie** vor. Die Prüfung von Maßnahmen zum Bürokratieabbau im Rahmen der **Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung** ist ebenfalls vorgesehen.

a) Geplante Maßnahmen/Empfehlungen

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
Kind-krank-Bescheinigung			
1	Ärztliche Bescheinigung bei Erkrankung eines Kindes (§ 45 Abs. 1 SGB V) ab dem 4. Tag der Erkrankung	<ul style="list-style-type: none"> - Gemäß § 45 Abs. 1 SGB V haben Versicherte bei Erkrankung des Kindes unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Krankengeld, soweit dies durch ärztliches Zeugnis bescheinigt wird. - Die Pflicht zur Vorlage der Bescheinigung bereits am ersten Tag der Erkrankung des Kindes wird von Seiten der Ärzte und Eltern als großer Bürokratieaufwand wahrgenommen. - Ein Arztbesuch ist häufig zu diesem Zeitpunkt (noch) nicht notwendig und erfolgt in erster Linie aufgrund der Dokumentationspflicht zum Nachweis 	<p>Kinderärzte, Krankenkassen, Versicherte.</p> <p>Laut KBV könnten so bis zu zwei Drittel der derzeit ausgestellten 9 Mio. Bescheinigungen pro Jahr entfallen. Dies würde für Kinderarztpraxen eine Entlastung in Höhe von bis zu jährlich 450.000 Stunden (Bürokratiekosten von ca. 30 Mio. €) bedeuten.</p>

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
		<p>gegenüber Arbeitgeber und Krankenkasse zur Antragstellung auf Krankengeld nach § 45 SGB V.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die ohnehin bereits belasteten Kinderärzte werden so zusätzlich gefordert. - Auch für Eltern erkrankter Kinder ergibt sich eine zusätzliche Belastung durch den erforderlichen Arztbesuch. - Umsetzung: Anpassung des § 45 SGB V, dass erst ab dem 4. Tag der Erkrankung des Kindes ein ärztliches Zeugnis notwendig ist. 	
Bürokratieabbau im Zulassungsverfahren			
	<p>Verordnung zur Änderung der Zulassungsverordnung (siehe Maßnahmen 2 bis 5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Im Referentenentwurf einer VO des BMG zur Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) und der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (Zahnärzte-ZV) sollen verschiedene bürokratieentlastende Maßnahmen (vgl. Maßnahmen 2 bis 5) vorgesehen werden. - Anders als im SGB V haben z.B. elektronische Abläufe bisher noch keinen Eingang in die Ärzte-ZV und Zahnärzte-ZV (Zulassungsverordnungen, ZVO) gefunden. Die ZVO gehen noch von rein papiergebundenen Verfahren aus, ohne die Entwicklung hin zu elektronischen Verfahren zu berücksichtigen. Dieser Entwicklung soll daher Rechnung getragen werden. - Ziel der Änderungsverordnung ist es, die ZVO zu modernisieren, Bürokratie für Ärzt:innen, Zahnärzt:innen, Psychotherapeut:innen Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen (K(Z)Ven) und Zulassungsausschüsse (ZA) abzubauen und an die aktuellen Erfordernisse und die vielfältiger gewordene Versorgungslandschaft anzupassen. - Umsetzung: Rechtsverordnungsverfahren. 	<p>K(Z)Ven/K(Z)BV.</p> <p>Zukünftige an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende (Zahn-) Ärzt:innen.</p> <p>Aktuell Teilnehmende (Zahn-)Ärzt:innen.</p> <p>Vertretende und zu vertretende (Zahn-) Ärzt:innen, KVen, Mitglieder des ZA, Patientenvertreter:innen, Ländervertreter:innen.</p>
2	<p>Zusammenlegung verschiedener bisher getrennter Register</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Für das (Zahn)Arztregister wird die digitale Registerführung vorgeschrieben und verschiedene Register werden zusammengeführt. - Die bisherige Verpflichtung der K(Z)Ven, neben dem (Zahn)Arztregister gesonderte Register über bestimmte Verfahren zu führen, wird weitgehend aufgehoben. - Das (Zahn)Arztregister wird um Angaben ergänzt, die für eine ordnungsgemäße Wahrnehmung und Erleichterung der Aufgaben der Zulassung, Sicherstellung und Bedarfsplanung erforderlich sind. 	<p>K(Z)Ven.</p> <p>Entbürokratisierungspotenzial zu diesem Zeitpunkt noch nicht bezifferbar.</p>

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
3	Straffung der Regelungen zum Antragsverfahren für die Eintragung ins A/Z-Register und für die Zulassung	<ul style="list-style-type: none"> - Für die Anträge auf Eintragung in das (Zahn)Arztregister sowie für Zulassungsanträge haben die K(Z)Ven und die Zulassungsausschüsse elektronische Formulare im Internet zur Verfügung zu stellen, welche auch elektronisch übermittelt werden können. - Die Regelungen zu den Voraussetzungen für die Eintragung in das (Zahn)Arztregister und die Beantragung einer Zulassung werden neu strukturiert. - Angaben und Unterlagen, die dens K(Z)Ven bereits im Antragsverfahren zur Eintragung in das (Zahn)Arztregister vorgelegt wurden, müssen im Zulassungsverfahren nicht erneut vorgelegt werden. 	<p>K(Z)Ven, Zukünftige an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende (Zahn-)Ärzt:innen und Mitglieder des Zulassungsausschusses.</p> <p>Entbürokratisierungspotenzial zu diesem Zeitpunkt noch nicht bezifferbar.</p>
4	Verlängerung des Zeitraums, in dem die genehmigungsfreie Vertretung einer Ärztin/eines Arztes möglich ist	<ul style="list-style-type: none"> - Durch die Ausweitung der Möglichkeiten zur Beschäftigung von Vertreter:innen sowie von Assistent:innen wird die (zahn)ärztliche Berufsausübung flexibilisiert. - Damit soll auch die Attraktivität der Niederlassung gestärkt werden. - Regelungen werden neu strukturiert und bestehende Rechtsunsicherheiten werden beseitigt. 	<p>K(Z)Ven, aktuell an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende (Zahn-)Ärzt:innen.</p> <p>Die Leistungserbringer sowie die K(Z)Ven werden bürokratisch entlastet, indem die krankheitsbedingte Vertretung erst nach sechs (statt bisher nach drei) Monaten genehmigungspflichtig wird.</p>
5	Möglichkeit der elektronischen Versendung von Unterlagen für Sitzungen des Zulassungsausschusses (ZA)	<ul style="list-style-type: none"> - Durch zusätzliche Möglichkeiten des Einsatzes von elektronischen Mitteln bei der Vorbereitung von Sitzungen des ZA und des Berufungsausschusses können – ebenso wie bei der Beschlussfassung – Verfahren vereinfacht oder beschleunigt werden. 	<p>Antragsteller:innen (aktuelle und zukünftige Vertragsärzt:innen) und Mitglieder des ZA.</p> <p>Entbürokratisierungspotenzial zu diesem Zeitpunkt noch nicht bezifferbar.</p>
Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen			
6	Prüfung von Möglichkeiten zum Bürokratieabbau im Rahmen der	<ul style="list-style-type: none"> - Bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist zwischen den einzelnen Bereichen (ärztliche Leistungen, ärztlich verordnete Leistungen, insbesondere Arznei- und Heilmittel) zu unterscheiden. - Die ärztlichen Leistungen spielen im Vergleich zu den verordneten Leistungen eine untergeordnete Rolle, da es sich hier nur um Antrags-Prüfungen handelt 	<p>Prüfungsstellen, vertragsärztliche Leistungserbringer, KVen und Krankenkassen.</p> <p>Entbürokratisierungspotenzial zu diesem Zeitpunkt noch nicht bezifferbar.</p>

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
	Wirtschaftlichkeitsprüfungen sowie Einführung einer Bagatellgrenze für den Bereich der Arznei- und Heilmittel	<p>und in § 106a Absatz 2 SGB V konkrete Fallgestaltungen für die Antragsberechtigung vorgegeben sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Für die verordneten Leistungen sehen einige Prüfvereinbarungen in den Ländern bereits heute Bagatellgrenzen vor, die jedoch sehr niedrig gehalten sind. Damit die Kosten des Prüfverfahrens in einem angemessenen Verhältnis zu der Höhe eines möglichen Regresses stehen, ist für den Arznei- und Heilmittelbereich eine Bagatellgrenze vorzusehen. 	
7	Ausschlussfrist für Festsetzung von Beratungen wegen Verstoßes gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot von 4 auf 2 Jahren verkürzen	<ul style="list-style-type: none"> - Nach BSG-Rechtsprechung gilt für die Festsetzung von Beratungen wegen Unwirtschaftlichkeit, z. B. wegen Überschreitung des Richtgrößenvolumens, weiterhin eine Ausschlussfrist von 4 Jahren, während für die Festsetzung eines Regresses gesetzlich die Ausschlussfrist auf 2 Jahre verkürzt wurde. - Dies sollte gleichgezogen werden, damit die Planungssicherheit für Vertragsärztinnen und -ärzte weiter erhöht wird. - Umsetzung: Anpassung des § 106 SGB V. 	<p>Prüfungsstellen, vertragsärztliche Leistungserbringer, KVen und Krankenkassen.</p> <p>Entbürokratisierungspotenzial zu diesem Zeitpunkt noch nicht bezifferbar, vermutlich gering, da für die Beratung festgestellt sein muss, ob überhaupt ein Regress erfolgen könnte, für den die 2 Jahres-Frist gilt.</p>
8	Prüfung von Möglichkeiten zur Begrenzung von Prüfanträgen im Rahmen der Abrechnungsprüfungen bei Vertragsärztinnen und -ärzten	<ul style="list-style-type: none"> - Nach § 106d Absatz 6 SGB V vereinbaren KBV und GKV-SV in Richtlinien das Nähere zu Inhalt und Durchführung von Abrechnungsprüfungen bei Vertragsärztinnen und -ärzten. - In dieser Richtlinie ist derzeit eine Bagatellgrenze von 30 Euro (je Betriebsstättennummer, Quartal und Krankenkasse) für die Antragsstellung vorgesehen. Bei der Festlegung der Bagatellgrenze galt es zu berücksichtigen, dass kleineren Krankenkassen, die nicht so viele Patienten bei einer Ärztin/einem Arzt haben, die Abrechnungsprüfung dennoch ermöglicht wird. 	<p>Prüfungsstellen, vertragsärztliche Leistungserbringer, KVen und Krankenkassen, KBV und GKV-SV</p> <p>Entbürokratisierungspotenzial zu diesem Zeitpunkt noch nicht bezifferbar.</p>
9	Möglichkeit der digitalen Teilnahme an Sitzungen der Beschwerdeausschüsse	<ul style="list-style-type: none"> - Nach § 106c SGB V richten die Landesverbände der Krankenkassen sowie die KVen gemeinsame Beschwerdeausschüsse ein. - Das BMG kann durch Rechtsverordnung das Nähere zu den Voraussetzungen und dem Verfahren bestimmen. - Die Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung könnte dahingehend angepasst werden, dass die Beschwerdeausschüsse eine digitale Teilnahme (Videokonferenz) der Beteiligten (z.B. Leistungserbringer im Rahmen von mündlichen Anhörungen) ermöglichen können. - Umsetzung: Anpassung der Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung durch BMG. 	<p>Beschwerdeausschüsse, Landesverbände der Krankenkassen und KVen, Vertragsärzte.</p> <p>Entbürokratisierungspotenzial: Niedriger einstelliger Millionenbetrag.</p>

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
Digitalisierung in der ambulanten Versorgung			
10	Ziel: Digitalisierung vertragsärztlicher Überweisungen	<ul style="list-style-type: none"> - Rd. 195 Mio. Überweisungen im Jahr verursachen lt. Bürokratieindex der KBV 2020, S. 16 einen Bürokratieaufwand von knapp 6 Mio. Stunden. - Der Rechtsrahmen für digitale vertragsärztliche Überweisungen existiert bereits heute. - Eine vollständige Digitalisierung der Überweisungen benötigt allerdings einen Vorlauf von mehreren Jahren. - Ebenso wurde der gematik bereits gesetzlich die Aufgabe zugewiesen, die notwendigen Maßnahmen zur Einführung von digitalen Überweisungen im Rahmen der Telematikinfrastruktur zu treffen. - Mit der Anwendung der Telematikinfrastruktur KIM (Kommunikation im Medizinwesen) besteht die Möglichkeit, Gesundheitsdaten zwischen Leistungserbringern (LE) mittels sicherem E-Mail Verfahren auszutauschen. KIM könnte deshalb für die Übertragung von digitalen vertragsärztlichen Überweisungen zwischen LE genutzt werden. - Weitere technische Grundlagen wie das elektronische Rezept oder der Medical Messenger (TIM) könnten hier perspektivisch genutzt werden. - Ziel: Das BMG strebt eine vollständige Digitalisierung der vertragsärztlichen Überweisungen an. 	<p>Selbstverwaltung (u.a. Vertragspartner BMV-Ä), Ärztinnen und Ärzte.</p> <p>Mit einer vollständigen Digitalisierung der vertragsärztlichen Überweisungen kann erheblich Bürokratie abgebaut werden. Bei einer konservativen Einschätzung von 10 % Aufwandsersparnis, würde es zu einer Einsparung von 60 Mio. Euro im Jahr kommen.</p>
Reduzierung der Belastung durch Vordrucke/Formulare			
11	Reduzierung der Belastung von Ärzt:innen durch Vordrucke/Formulare	<ul style="list-style-type: none"> - Eindämmung <ul style="list-style-type: none"> • von nicht in der Vordruckvereinbarung des BMV-Ä vereinbarten Vordrucken • von vereinbarten Vordrucken, die dennoch in kassenunterschiedlicher Form verwendet werden - Nach § 87 Absatz 1 Satz 2 SGB V legen die Bundesmantelvertragspartner u.a. Regelungen zu Vordrucken und Nachweisen in der vertragsärztlichen Versorgung fest. 	<p>Bundesmantelvertragspartner.</p> <p>Entbürokratisierungspotenzial zu diesem Zeitpunkt noch nicht bezifferbar.</p>

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
		<ul style="list-style-type: none"> - Dies ist in §§ 34 ff. BMV-Ä sowie in der Anlage 2 zum BMV-Ä (Vordruckvereinbarung) umfassend erfolgt. - Sofern die untergesetzlichen Normen nicht zu einer einheitlichen Praxis führen, ist es den Bundesmantelvertragspartnern möglich, die maßgeblichen Regelungen anzupassen. - Maßnahme ist u.a. auch ein Anliegen des BVKJ. 	
Psychotherapie			
12	Abschaffung des 2-stufigen Antragsverfahrens bei der Kurzzeittherapie (Psychotherapie)	<ul style="list-style-type: none"> - Kurzzeittherapien umfassen bis zu 24 Therapieeinheiten. - Die Beantragungen erfolgen in 2 Schritten für jeweils ein Kontingent von 12 Therapieeinheiten. - Der Verzicht auf die 2. Stufe reduziert den bürokratischen Aufwand um 50%. - Umsetzung: durch G-BA oder gesetzliche Verpflichtung zur Anpassung der Psychotherapie-RL des G-BA und der Psychotherapievereinbarung. 	G-BA, KBV und GKV-SV. Nach Angaben der KBV könnten bei Wegfall des zweiten Antrags für die Kurzzeittherapie basierend auf Schätzwerten etwa 120.000 Stunden Bürokratieaufwand oder Bürokratiekosten in Höhe von ca. 8 Mio. € pro Jahr eingespart werden.
13	Vereinfachungen beim Konsiliarbericht bzw. sogar bis hin zum Verzicht auf Konsiliarbericht bei ärztlich überwiesenen Patienten (Psychotherapie)	<ul style="list-style-type: none"> - Derzeit besteht eine redundante Übermittlung von Informationen, da insbesondere bei Patienten, die Psychotherapeuten mit einer ärztlichen Überweisung aufsuchen, die zusätzliche Pflicht zur Einholung eines Konsiliarberichts besteht. - Umsetzung: durch G-BA oder gesetzliche Verpflichtung zur Anpassung der Psychotherapie-RL durch G-BA, Prüfung Änderung § 28 Absatz 3 Satz 3 SGB V. 	G-BA. Nach Angaben der KBV wären basierend auf Schätzwerten bei Wegfall des Konsiliarverfahrens bei ärztlicher Überweisung Einsparungen in Höhe von 140.000 Stunden oder 8,7 Mio. € zu erwarten. Laut KBV würden ca. 56% der Patientinnen und Patienten, die eine Therapie beginnen, hausärztlich überwiesen.

b) Laufende Maßnahmen (in Umsetzung)

Einsatz von Telemedizin bei Blut- und Plasmaspenden			
14	Einsatz von Telemedizin bei der Blut- und Plasmaspende	<ul style="list-style-type: none"> - Ermöglichung des Einsatzes der Telemedizin bei der Blut- und Plasmaspende. - Umsetzung: Änderung im Transfusionsgesetz (TFG) bereits erfolgt; begleitende Rechtsverordnung des BMG derzeit in Vorbereitung. 	Auf Grund der Änderung müssen künftig Ärztinnen und Ärzte nicht mehr zwingend persönlich und vor Ort im Spendezentrum

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
			anwesend sein. Die ärztliche Leistung kann dann auch telemedizinisch erbracht werden. Dies erspart den Spendediensten entsprechende Verträge mit den Ärztinnen und Ärzten, und Spendetermine können einfacher und mit weniger Aufwand organisiert werden. Eine Bezifferung des Einsparpotenzials ist derzeit noch nicht möglich, da es noch keine Anwendungsfälle gibt.

c) Bereits umgesetzte Maßnahmen

Direktbezug von Erythrozytenkonzentraten für Luftrettungsdienste			
15	Änderung Vertriebsweg Erythrozytenkonzentrate für Luftrettungsdienste	<ul style="list-style-type: none"> - Ermöglichung des Direktbezugs von Erythrozytenkonzentraten für Luftrettungsdienste. - Umsetzung: Änderung § 47 AMG. 	Entbürokratisierungspotenzial zu diesem Zeitpunkt noch nicht bezifferbar. Grundsätzlich erspart die Änderung den Luftrettungsdiensten Einzelverträge mit Ärztinnen und Ärzten oder eine Großhandelsgenehmigung, die für einen Bezug der Arzneimittel ansonsten erforderlich wäre.
Vereinfachung des Sachkundenachweises bei Hyperimmunisierungsprogrammen			
16	Vereinfachung des Sachkundenachweises bei Hyperimmunisierungsprogrammen	<ul style="list-style-type: none"> - Der Sachkundenachweis für Ärztinnen und Ärzte, die Programme zur Gewinnung von Hyperimmunplasma durchführen möchten, wurde vereinfacht. - Anstelle der bisher notwendigen Vorerfahrung in diesem Bereich genügt auch eine mindestens zweijährige Erfahrung in einer anderen, vergleichbar qualifizierenden Tätigkeit. - Umsetzung: Änderung des § 15 AMG. 	Entbürokratisierungspotenzial zu diesem Zeitpunkt noch nicht bezifferbar. Der Zugewinn durch die Änderung besteht hauptsächlich darin, dass künftig überhaupt wieder Hyperimmunisierungsprogramme in DEU durchgeführt werden können. Bislang konnte in Ermangelung solcher Programme eine Vorerfahrung von Ärztinnen und Ärzten genau in diesem Bereich in DEU nicht erworben werden.

2. Maßnahmen in der stationären Versorgung

Eines der zentralen Ziele der **Krankenhausreform** ist die Entbürokratisierung der stationären Versorgung. Dieses Ziel wurde zwischen Bund, Regierungsfractionen und 14 Ländern im Eckpunktepapier für die Krankenhausreform vom 10. Juli 2023 geeint. Die im **Eckpunktepapier vorgesehenen Maßnahmen**, wie die Integration des Fixkostendegressionsabschlags in die Vorhaltevergütung und die Vereinheitlichung der derzeitigen Prüfungen durch die Medizinischen Dienste (MD) mit den zukünftigen verbindlichen Prüfungen der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen, sind nun auch Bestandteil des Erarbeitungsprozesses für einen Gesetzentwurf zur Krankenhausreform. Mit diesen Maßnahmen sollen wichtige Schritte für einen Bürokratieabbau gegangen werden. Auch durch die im Entwurf des **Krankenhaustransparenzgesetzes** vorgesehene Veröffentlichung von Daten über das Leistungsangebot und die Qualität der stationären Versorgung können perspektivisch Berichterstattungspflichten für Krankenhäuser und damit auch weiterer bürokratischer Aufwand entfallen. Darüber hinaus arbeitet die **Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung** an **Empfehlungen zum Bürokratieabbau**, die als Grundlage für weitere Schritte zum Bürokratieabbau in der stationären Versorgung dienen werden. Zusätzlich ist es dem BMG ein wichtiges Anliegen, die bürokratischen Belastungen in der **stationären Kinder- und Jugendmedizin** erheblich zu reduzieren. Nach der vorübergehenden Aussetzung der Abrechnungsprüfungen in der stationären Kinder- und Jugendmedizin im Winter 2022/23 soll nun mit einer **dauerhaften Abschaffung der Abrechnungsprüfungen** eine nachhaltige und langfristige Entlastung von Bürokratie erreicht werden.

a) Geplante Maßnahmen/Empfehlungen

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
Krankenhausreform			
17	Entbürokratisierung im Rahmen der Krankenhausreform	<ul style="list-style-type: none"> - Eines der zentralen Ziele der Krankenhausreform ist die Entbürokratisierung. - In dem zwischen Bund und Ländern vereinbarten Eckpunktepapier und dem Erarbeitungsprozess für einen entsprechenden Gesetzentwurf sind zum jetzigen Zeitpunkt insbesondere die nachfolgenden Maßnahmen für einen Bürokratieabbau in der stationären Versorgung vorgesehen. 	Zu- und Abschläge. Leistungserbringer (Krankenhäuser); Kostenträger: Durch die Integration des Fixkostendegressionsabschlags in die Vorhaltevergütung und den Wegfall des Zuschlags

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
		<ul style="list-style-type: none"> - Aufgrund des noch laufenden Erarbeitungsprozesses stehen die Maßnahmen derzeit noch unter Vorbehalt. <ul style="list-style-type: none"> • Integration des Fixkostendegressionsabschlag in die Vorhaltevergütung. • Überführung des Zuschlags für ländliche Krankenhäuser in zusätzliche Mittel für die Bereiche Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin. • Vereinheitlichung aktueller Prüfungen des Medizinischen Dienstes zu stationären Strukturen und zukünftiger verbindlicher Prüfungen der Qualitätskriterien; Einführung einer MD-Datenbank zu geprüften Strukturen, um Krankenhäuser zu entlasten. - Die bestehenden Prüfungen zu stationären Strukturen und neu einzuführende Prüfungen der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen durch die Medizinischen Dienste in den Krankenhäusern sind auf Synergieeffekte hin zu überprüfen. - Eine Integration der Prüfungen könnte zu einer Bürokratieentlastung für die Beteiligten führen und Doppelprüfungen vermeiden. - Die Kommunikation zwischen den Medizinischen Diensten und den Krankenhäusern soll dem Grundsatz nach auf elektronischem Weg erfolgen. - Im Hinblick auf die im Rahmen des Krankenhaustransparenzgesetzes (KHTG) vorgesehene Veröffentlichung von Daten über das Leistungsangebot und Qualitätsaspekte des stationären Versorgungsgeschehens in einem Transparenzverzeichnis im Internet soll die Qualitätsberichterstattung der Krankenhäuser laufend dahingehend geprüft werden, ob perspektivisch einzelne Berichtspflichten entfallen können, um die Krankenhäuser von zu hoher Bürokratie zu entlasten. 	<p>für ländliche Krankenhäuser entstehen für Krankenhäuser und Kostenträger Entlastungen im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlungen.</p> <p>Prüfungen zu stationären Strukturen: Medizinische Dienste und Krankenhäuser. Durch die Vereinheitlichung und Zusammenlegung von Prüfungen werden die Betroffenen in zeitlichem Umfang entlastet. MD Bund soll hierzu standortbezogene Datenbank aufbauen und pflegen, um Krankenhäuser zu entlasten.</p> <p>Denkbar ist zum Beispiel ein Verzicht auf Berichtsteile zu ärztlichem und pflegerischem Personal: Wegfall von Bürokratiekosten von ca. 148.000 Euro (Erfassung und Übermittlung der Daten jeweils 1,16 Stunden mit Lohnkosten von 33,90 Euro je Stunde bei 1.890 Krankenhäusern).</p>
Stellungnahme der Regierungskommission			
18	Stellungnahme der Regierungskommission zum Bürokratieabbau	<ul style="list-style-type: none"> - Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung arbeitet derzeit an einer Stellungnahme zum Bürokratieabbau in der Krankenhausversorgung. 	Entbürokratisierungspotenzial zu diesem Zeitpunkt noch nicht bezifferbar.

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
		<ul style="list-style-type: none"> – Im Rahmen dessen wird sie verschiedene Maßnahmen vorschlagen, auf deren Grundlage das BMG dann weitere Schritte zum Bürokratieabbau vorsieht. 	
Abrechnungsprüfungen in der stationären Kinder- und Jugendmedizin			
19	Abschaffung der Abrechnungsprüfungen in der stationären Kinder- und Jugendmedizin	<ul style="list-style-type: none"> – Als Reaktion auf die durch die ansteigenden Infektionswellen stark überlastete stationäre Kinder- und Jugendmedizin wurden die Abrechnungsprüfungen des MD im Winter 2022/2023 vorübergehend ausgesetzt. – Durch die Reduzierung des ansonsten mit den Abrechnungsprüfungen für die Krankenhäuser einhergehenden Bürokratieaufwandes konnte eine wesentliche Entlastung für die Pädiatrie erreicht werden. – Durch eine Abschaffung der Abrechnungsprüfungen kann die stationäre Kinder- und Jugendmedizin nachhaltig von Bürokratie entlastet werden. – Umsetzung: Anpassung des § 275c SGB V. 	<p>Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche stationär versorgen, würden von Bürokratieaufwand entlastet werden. Zudem entsprechend positive und entlastende Auswirkungen auf den Arbeitsalltag.</p> <p>Unter der Annahme, dass eine mitarbeitende Person (durchschnittlicher Lohnkostensatz der Wirtschaft in Höhe von 33,90 Euro) im Krankenhaus bis zu 60 Minuten für die Bearbeitung eines Falles, für den eine Prüfung eingeleitet wurde, benötigt und die Prüfquote 5 Prozent (Annahme) beträgt, würde sich das Entbürokratisierungspotenzial auf einen niedrigen einstelligen Millionenbetrag belaufen.</p>

b) Bereits umgesetzte Maßnahmen

Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG)			
20	Entbürokratisierende Maßnahmen in Bezug auf Abrechnungs- und Strukturprüfungen	<ul style="list-style-type: none"> – Das Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (KHPfLEG) vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I. S. 2793) hat zur Rechts- und Verwaltungsvereinfachung beigetragen, indem eine Erleichterung bei der Prüfung von Strukturmerkmalen in Fällen eingeführt wurde, in denen Krankenhäuser Leistungen erstmals oder nach einer Unterbrechung erneut 	Erleichterung bei der Strukturprüfung: Krankenhäuser und Medizinische Dienste. Jährliche Entlastungen.

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
		erbringen wollen (Einführung eines Anzeige-/Antragsverfahrens im Vergleich zum vorher geltenden zweizeitigem Prüfverfahren).	
21	Vereinfachung der Verwaltungsabläufe im Rahmen der einzelfallbezogenen Erörterung	<ul style="list-style-type: none"> – Die Übermittlung der durch die Medizinischen Dienste bei den Krankenhäusern erhobenen Daten und Unterlagen an die Krankenkassen trägt bei diesen auch zu einer Vereinfachung der Verwaltungsabläufe im Rahmen der einzelfallbezogenen Erörterung bei. 	Übermittlung von Unterlagen von Medizinischen Diensten an Kostenträger für einzelfallbezogene Erörterungen. Im Jahr 2022 wurden rund 7.000 Erörterungsverfahren durchgeführt, sodass nachfolgende Entlastungen nun quantifiziert werden können. Krankenhäuser: Entlastung durch Wegfall der Übermittlungspflicht in Höhe von rund 240.000 Euro (1 Stunde pro Erörterung à 33,90 Euro als durchschnittlicher Lohnkostensatz der Wirtschaft). Kostenträger: Entlastung durch Verzicht auf Prüfung und Nachfragen bei Krankenhäusern in Höhe von rund 160.000 Euro (halbe Stunde pro Erörterung à 45,20 Euro als durchschnittlicher Lohnkostensatz der Sozialversicherung).
22	Geltendmachung von Aufschlägen im Rahmen einer elektronischen Datenübertragung	<ul style="list-style-type: none"> – Mit dem Gesetz war eine weitere Rechts- und Verwaltungsvereinfachung verbunden, indem die Aufschläge auf beanstandete Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen nicht mehr durch Verwaltungsakt, sondern im Rahmen der elektronischen Datenübertragung geltend gemacht werden können. 	Abwicklung der Aufschläge im Wege der elektronischen Datenübertragung führt zu einer Entlastung für Krankenhäuser. Zudem führt die Maßnahme zu einer Entlastung für Kostenträger in Höhe von 80 Euro je Fall.
GKV-Finanzstabilisierungsgesetz			
23	Vereinfachungen beim Pflegebudget zur Streitreduktion mit dem Ziel der Verschlanung von Budgetverhandlungen	<ul style="list-style-type: none"> – Mit dem Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsg) vom 7. November 2022 (BGBl. I. S. 1990) wurden die über das Pflegebudget zu finanzierenden Pflegepersonalkosten neu definiert und präzisiert. Zur Umsetzung ist auch eine Neuausgliederung der Pflegepersonalkosten vorzunehmen. – Diese Maßnahmen führen in der Folge zu einer Vermeidung von Streitigkeiten der Vertragsparteien auf der Ortsebene und zu einer beschleunigten und vereinfachten Verhandlung der Pflegebudgets. 	Krankenhäuser und Kostenträger: Durch den neuen Zuschnitt der Pflegepersonalkostenausgliederung können ab 2024 Streitigkeiten vermieden und Entlastungen bei den Verhandlungen erreicht werden.

3. Maßnahmen für den Arzneimittelbereich

Im Zentrum der Empfehlungen zum Bürokratieabbau im Arzneimittelbereich stehen die im Rahmen der **Pharmastrategie bzw. des Medizinforschungsgesetzes** vorgesehenen Maßnahmen, von denen jeweils erhebliche entbürokratisierende Wirkungen ausgehen. Neben weitgehenden **organisatorischen Veränderungen**, wie der Einrichtung einer Bundes-Ethik-Kommission beim BfArM und der Integration des strahlenschutzrechtlichen Verfahrens in das arzneimittelrechtliche Genehmigungsverfahren, sind eine Vielzahl weiterer **konkreter Vereinfachungen** vorgesehen, wie beispielsweise die Kennzeichnung von Prüf- und Hilfspräparaten auf Englisch. Mit den Maßnahmen sollen die Rahmenbedingungen für die **klinischen Prüfungen** und die **Zulassung von Arzneimitteln** erheblich verbessert und eine bedeutende Reduzierung von Bürokratie erreicht werden. Zudem wurden mit dem im Juli dieses Jahres in Kraft getretenen **Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungsgesetz- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG)** und den darin vorgesehenen Maßnahmen, wie der Abschaffung des Präqualifizierungsverfahrens für apothekenübliche Hilfsmittel und der Einschränkung der Null-Retaxation, bereits wichtige Maßnahmen zum **Bürokratieabbau in Apotheken** auf den Weg gebracht. Mit weiteren Maßnahmen, die **zusätzliche Entlastungen von Bürokratie für Apothekerinnen und Apotheker** vorsehen, soll dieser Weg nun fortgesetzt werden. Darüber hinaus sind weitere Maßnahmen für die Bereiche der **Medizinprodukte** sowie im **Betäubungsmittelrecht** vorgesehen.

a) Geplante Maßnahmen/Empfehlungen

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
Pharmastrategie/Medizinforschungsgesetz			
Maßnahmen mit entbürokratisierender Wirkung im Rahmen der Pharmastrategie/des Medizinforschungsgesetzes (vgl. Maßnahmen 24 – 31)	<ul style="list-style-type: none"> – Im Rahmen der Pharmastrategie sind umfassende Maßnahmen (vgl. Maßnahmen 24 – 31) vorgesehen, die auch zu einer Entbürokratisierung von Verfahren führen. – Durch die Maßnahmen werden die Rahmenbedingungen für klinische Prüfungen und Zulassungen von Arzneimitteln verbessert. – Neben umfangreichen organisatorischen Veränderungen, wie der Einrichtung einer Bundes-Ethik-Kommission mit Geschäftsstelle beim BfArM, einer 	Pharmazeutische Industrie und Forschungseinrichtungen, Patientinnen und Patienten.	

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
		<p>zentralen Zuständigkeit des BfArM für Arzneimittel mit Ausnahme von Impfstoffen und Blutprodukten (Zuständigkeit des PEI) und der Integration des strahlenschutzrechtlichen Verfahrens in das arzneimittelrechtliche Genehmigungsverfahren für klinische Prüfungen, sind auch konkrete Vereinfachungen vorgesehen, beispielsweise die Kennzeichnung von Prüf- und Hilfspräparaten auf Englisch und die Ergänzungen eines Sondervertriebsweges an Prüfungsteilnehmerinnen und -teilnehmer.</p>	
24	<p>Errichtung einer Bundes-Ethik-Kommission (BEK)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Klinische Prüfungen von Arzneimitteln bedürfen der Bewertung durch eine Ethik-Kommission. - Derzeit erfolgt die Bewertung durch eine der gut 30 registrierten Ethik-Kommissionen der Länder. - Neu: Errichtung einer Bundes-Ethik-Kommission, zunächst für ausgewählte, besonders dringliche und anspruchsvolle Verfahren und schrittweise Erweiterung. - Bündelung der Fachkompetenz für diese besonderen Studientypen in einer spezialisierten Ethik-Kommission. 	<p>Entbürokratisierungspotenzial zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht bezifferbar.</p> <p>Der vfa sieht bei seinem Vorschlag zur Reduktion/Harmonisierung der Ethik-Kommissionen ein Entlastungspotential von 10 auf einer Skala von 1-10.</p>
25	<p>Optimierung der Zulassungsbehörden BfArM und PEI/Neuregelungen der Zuständigkeiten</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Derzeit bestehen unklare Zuständigkeiten, insbesondere bei neuen innovativen Kombinationstherapien sowie zu unterschiedlichen Wertungen in derselben Indikation. - Künftig soll die zentrale Zuständigkeit für alle Arzneimittel mit Ausnahme von Impfstoffen und Blutprodukten beim BfArM liegen. 	<p>Aufwandsreduktion bei der Antragstellung und Beratung zeitlich und finanziell noch nicht quantifizierbar, da schrittweise Umsetzung durch neue Stabsstelle Pharma; im ersten Schritt muss die Stabsstelle Pharma die betreffenden Verfahren bestimmen und die neuen Abläufe festlegen. Die endgültigen Regelungen der Zuständigkeitsverteilung erfolgen dann im Wege einer weiteren gesetzlichen Änderung.</p>
26	<p>Integration des Strahlenschutzverfahrens in das Genehmigungsverfahren klinischer Prüfungen von Arzneimitteln</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Derzeit bedarf es zwei Verfahren bei klinischen Prüfungen von Arzneimitteln mit radioaktiven Stoffen oder ionisierender Strahlung am Menschen <ul style="list-style-type: none"> o Antrag auf Genehmigung der klinischen Prüfung bei BfArM/PEI o Und strahlenschutzrechtliche Anzeige oder Genehmigungsantrag beim Bundesamt für Strahlenschutz (BfS). 	<p>Der vfa sieht ein Entlastungspotential von 10 auf einer Skala von 1-10.</p>

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
		<ul style="list-style-type: none"> - Zukünftig soll das strahlenschutzrechtlichen Anzeigeverfahrens (85 %) und Genehmigungsverfahrens (15 %) in das arzneimittelrechtliche Genehmigungsverfahren integriert werden. 	
27	Ermöglichung dezentraler klinischer Prüfungen	<ul style="list-style-type: none"> - Dezentrale klinische Prüfungen bedeuten, dass Teile der klinischen Prüfung nicht klassisch im Prüfzentrum stattfinden, sondern direkt bei den Prüfungsteilnehmerinnen und -teilnehmern. - Erforderlich ist eine direkte Abgabe der Arzneimittel an Prüfungsteilnehmerinnen und -teilnehmer. - Ziel ist es, mit der Maßnahme unbürokratische, patientenfreundliche klinische Prüfungen zu erreichen. 	Erleichterungen für Prüfungsteilnehmerinnen und -teilnehmer (weniger Wege, Ermöglichung der Teilnahme mobilitätseingeschränkter Personen) und für Prüfzentren (weniger Aufwand hinsichtlich Empfang, Lagerung, Abgabe der Prüfartikelmittel und Betreuung der Prüfungsteilnehmer im Prüfzentrum).
28	Verkürzung der Bearbeitungszeiten bei mononationalen klinischen Prüfungen	<ul style="list-style-type: none"> - Die Bewertung mangelfreier Anträge auf die Genehmigung mononationaler klinischer Prüfungen soll regelmäßig innerhalb von 26 Tagen erfolgen. - Entscheidung über den Antrag innerhalb von 5 Tagen. 	Entbürokratisierungspotenzial zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht bezifferbar. Zeitgewinn für die forschende Industrie von bis zu 19 Tagen.
29	Vereinfachungen der Kennzeichnung von Prüf- und Hilfspräparaten	<ul style="list-style-type: none"> - Bisher besteht die Pflicht zur Kennzeichnung von Prüf- und Hilfspräparaten auf Deutsch; zudem besteht die Möglichkeit der zusätzlichen Kennzeichnung auf Englisch. - Ermöglichung der Kennzeichnung nur in englischer Sprache bei Prüf- und Hilfspräparaten, die ausschließlich in den Händen der Prüfärztinnen und Prüfärzte oder ärztlichen Mitgliedern des Prüfteams verbleiben und von diesen verabreicht werden. - Ziel ist eine administrative Entlastung der Forschenden. - Sicherheit der Prüfungsteilnehmerinnen und -teilnehmer bleibt gewährleistet. 	Entbürokratisierungspotenzial zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht bezifferbar. Eine Entlastung ergibt sich für größere Sponsoren multinationaler klinischer Prüfungen, insbesondere auch im Bereich des Umetikettierens gefrorener Prüfpräparate.
30	Mustervertragsklauseln für klinische Prüfungen	<ul style="list-style-type: none"> - Bekanntmachung praxistauglicher Mustervertragsklauseln für die Verträge zwischen Sponsoren, Prüfzentrum und Dritten durch das BMG. - Zielt auf eine Beschleunigung des Beginns genehmigter klinischer Prüfungen ab. 	Nach Angaben des BfArM kann sich ein nicht näher bezifferbares Einsparpotential für die industriellen Sponsoren ergeben. Nach Angaben des PEI könnten zudem akademische, unerfahrene Sponsoren profitieren.

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
31	Harmonisierung der Erteilung von Herstellungserlaubnissen und der Verfahren und Auslegungen der Behörden	<ul style="list-style-type: none"> - Harmonisierung bei der Auslegung technischer Anforderungen, insbesondere im Bereich der innovativen Arzneimittel wie den Gen- und Zelltherapien und individualisierter Arzneimittel. - Stärkung der Rolle der Bundesoberbehörden im Bereich der Herstellungserlaubnisse. 	<p>Pharmazeutische Industrie.</p> <p>Entbürokratisierungspotenzial zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht bezifferbar.</p>
Bürokratieabbau in Apotheken			
Überprüfung der regulatorischen Anforderungen an Apotheken (vgl. Maßnahmen 32 – 35)		<ul style="list-style-type: none"> - Überprüfung der regulatorischen Anforderungen an Apotheken mit dem Ziel der Sicherstellung der flächendeckenden Arzneimittelversorgung, der Fachkräftesicherung sowie der Anpassung an aktuelle Anforderungen. - Zum Bürokratieabbau in Apotheken sind verschiedene Maßnahmen vorgesehen (vgl. Maßnahmen 32 – 35). 	<p>Apotheken.</p> <p>Gesamteinsparungen von ca. 9 Mio. € jährlich.</p>
32	Vorhaltung von Räumlichkeiten entsprechend der im Filialverbund durchgeführten Tätigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> - Vorhalten von Räumlichkeiten nur entsprechend der im Filialverbund durchgeführten Tätigkeiten, d.h. ggf. nur Vorhaltung von einem Labor, Herstellungsplatz und Notdienstzimmer pro Verbund. 	<p>Erleichterung im Wesentlichen für Apothekenneugründungen, da bei bestehenden Filialen vorhanden. Angenommen werden Einsparungen für die entsprechende Ausstattung i.H.v. ca. 20.000 €, bei ca. 100 jährlich neu gegründeten Filialapotheken entsprechend 2 Mio. €. Einsparungen für Raumerwerbs- oder -mietkosten kommen hinzu, sind allerdings nicht bezifferbar.</p>
33	Flexibilisierung von Herstell- und Prüfmöglichkeiten im Filialverbund	<ul style="list-style-type: none"> - Flexibilisierung von Herstell- und Prüfmöglichkeiten im Filialverbund, d.h. Durchführung nur durch eine Apotheke pro Verbund. 	<p>Kosteneinsparungen bei bestehenden Filialen für Ersatzbeschaffungen, Nacheichungen etc. in Labor und Rezeptur von ca. 1500 € p.a., soweit von allen derzeit existierenden 4.700 Filialapotheken genutzt bis zu 7 Mio. € p.a.</p>
34	Gestattung neuer Vertretungsmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> - Gestattung neuer Vertretungsmöglichkeiten durch PTA in Filialen bei Nutzung von Videokonsultationen. 	<p>Soweit dadurch weniger höher qualifiziertes Personal eingesetzt wird, ergeben sich entsprechende Einsparungen.</p>

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
35	Öffnungszeiten von Apotheken	<ul style="list-style-type: none"> - Flexibilisierung von Öffnungszeiten. 	Grundsätzlich ergibt sich hierdurch ein Einsparpotenzial für den Nichteinsatz des benötigten Personals.
Betreiberpflichten bei Medizinprodukten			
36	Reduzierung von Belastungen durch die Übernahme der Betreiberpflichten nach der MPBetreibV	<ul style="list-style-type: none"> - Gemäß § 3 Absatz 2 MPBetreibV übernehmen Krankenkassen die Betreiberpflichten von Medizinprodukten, die aufgrund einer Verordnung einer Ärztin bzw. eines Arztes an den Versicherten überlassen werden. - Leistungserbringer können vertraglich zur Übernahme der Aufgaben herangezogen werden. - Kritisiert wird der große Bürokratieaufwand, etwa bei der Dokumentation der Einweisung (elektrische Milchpumpe, Hörgeräte, elektrische Medikamentenvernebler, Schlafapnoetherapiegeräte, Blutzuckermessgeräte, elektrische Fieberthermometer), der Führung und Aufbewahrung eines Medizinproduktebuches oder Bestandsverzeichnis (Schlafapnoetherapiegeräte, Blutdruckmessgeräte) und der Durchführung von messtechnischen Kontrollen von sog. Massenprodukten (Laien-Blutdruckmessgerät) 	<p>Leistungserbringer/ Krankenkasse.</p> <p>Die Aufhebung der Pflicht zur Durchführung von messtechnischen Kontrollen führt nach Schätzung des AOK Bundesverbandes zu einer Entlastung von 8,5 Mio. Euro jährlich bei den Krankenkassen.</p>
Meldepflichten für Unternehmen im Betäubungsmittelrecht			
37	Reduzierung des Meldeturnus von Unternehmen nach § 18 BtMG auf einmal pro Jahr	<ul style="list-style-type: none"> - Bisher sind Unternehmen mit einer Erlaubnis zum Verkehr mit Betäubungsmittel nach § 18 Absatz 1 und 3 BtMG verpflichtet, halbjährlich die in § 18 Absatz 1 BtMG vorgesehenen Angaben an das BfArM zu melden. - Zur Entlastung der betroffenen Unternehmen soll der Meldeturnus auf einmal jährlich reduziert werden. 	<p>Unternehmen.</p> <p>Es ist mit Synergieeffekten in den Arbeitsabläufen der Unternehmen zu rechnen, wenn zukünftig nur noch einmal im Jahr alle meldepflichtigen Tatbestände zusammengefasst werden müssen.</p>

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
Einführung eBtM-Rezept/Digitalisierung des Prozesses			
38	Prüfung einer Einführung des eBtM-Rezeptes und Digitalisierung des Prozesses	<ul style="list-style-type: none"> - Umstellung des bisherigen BtM-Rezeptes mit Durchschlägen auf einen digitalisierten Verschreibungsprozess einschließlich digitaler Nachweisführung. 	<p>Ärzte und Apotheken, Patientinnen und Patienten, gesetzliche Krankenversicherung sowie die jeweiligen Überwachungsbehörden.</p> <p>Es entfällt zukünftig die Versendung von BTM-Rezepten in Papier. Für die Versendung der BtM-Rezepte entstehen dem BfArM Kosten von ca. 11 Euro/Päckchen (130 BtM-Rezepte). Bei ca. 16 Mio. BtM-Rezepte/Jahr werden ca. 1,35 Mio. € eingespart.</p>

b) Laufende Maßnahmen (in Umsetzung)

Präqualifizierungsverfahren für apothekenübliche Hilfsmittel (Bürokratieabbau in Apotheken)			
39	Wegfall des Präqualifizierungsverfahrens für apothekenübliche Hilfsmittel in Apotheken	<ul style="list-style-type: none"> - Das Präqualifizierungsverfahren nach § 126 SGB V entfällt für apothekenübliche Hilfsmittel, die von Apotheken abgegeben werden. - Da die Voraussetzungen für die Teilnahme an der Belieferung dieser Hilfsmittel bereits mit einer bestehenden Apothekenbetriebserlaubnis erfüllt sind (u.a. behördliche Prüfung von geeigneten Räumen, Qualifikation der Apothekenmitarbeiter), kam es durch die zusätzlichen Präqualifizierungsverfahren zu nicht notwendigen Doppelprüfungen und damit zu unnötiger Bürokratie. - Welche Hilfsmittel als apothekenüblich gelten, verhandelt die Selbstverwaltung. 	<p>Die Maßnahme betrifft und entlastet Apotheken und Krankenkassen.</p> <p>Die Apotheken werden in Höhe von ca. 12 Mio. € entlastet.</p>

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
Bürokratieabbau im Betäubungsmittelrecht			
40	Vereinfachung der Antragstellung nach § 3 BtMG – Verzicht auf doppelte Ausfertigung des Antrags	<ul style="list-style-type: none"> - Nach § 7 BtMG ist der Antrag in doppelter Ausfertigung zu stellen. - Die doppelte Ausfertigung diene dazu, dass das BfArM der zuständigen obersten Landesbehörde eine Ausfertigung übersendet. - Dabei wird es von BfArM und den Landesbehörden als ausreichend erachtet, wenn das BfArM über das Ergebnis des Antragsverfahrens informiert. 	<p>Unternehmen, BfArM, Landesbehörden.</p> <p>Hier sind durchschnittliche Einsparungen von insgesamt bis zu ca. 12.000 €/Jahr bei den Unternehmen zu erwarten.</p>
41	Wegfall BtM-Rezept für Medizinal-Cannabis	<ul style="list-style-type: none"> - Mit dem Cannabisgesetz soll Medizinalcannabis aus dem BtMG ausgenommen werden. - In der Folge würde insbesondere die Verpflichtung zur Verschreibung auf einem Betäubungsmittelrezept entfallen. 	<p>Ärzte, Apotheken, Überwachungsbehörden.</p> <p>Es entfallen ca. 800 000 BtM-Rezepte pro Jahr. Der eingesparte Aufwand bei den Apotheken ist auf ca. 2,25 Mio. €, bei den Arztpraxen auf ca. 719 000 € und beim BfArM auf ca. 88 000 € zu beziffern.</p>
42	Kein Sicherungsnachweis bei Erlaubnis für Medizinal-Cannabis	<ul style="list-style-type: none"> - Mit dem Cannabisgesetz soll Medizinalcannabis aus dem BtMG ausgenommen werden. - In der Folge entfällt die Verpflichtung einen Sicherungsnachweis vorzulegen, der im Rahmen eines Antrags auf Erteilung einer BtM-Erlaubnis erforderlich ist. 	<p>Unternehmen.</p> <p>Insgesamt ersparen die Maßnahmen 42, 43 und 44 der Wirtschaft einen jährlichen Aufwand von ca. 2,93 Mio. €.</p>
43	Abschaffung Abgabebelege für Cannabis	<ul style="list-style-type: none"> - Mit dem Cannabisgesetz soll Medizinalcannabis aus dem BtMG ausgenommen werden. - In der Folge entfällt die Verpflichtung zur Dokumentation im Abgabelegverfahren nach dem BtMG. 	<p>Unternehmen.</p> <p>Entbürokratisierungspotenzial: siehe unter Maßnahme 42.</p>
44	Wegfall der halbjährlichen Meldung für Cannabis	<ul style="list-style-type: none"> - Mit dem Cannabisgesetz soll Medizinalcannabis aus dem BtMG ausgenommen werden. - In der Folge entfällt die Verpflichtung zur halbjährlichen Meldung. - Es ist nur noch jährlich zu melden. 	<p>Unternehmen.</p> <p>Entbürokratisierungspotenzial: siehe unter Maßnahme 42.</p>

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
Abschaffung des Vergabeverfahrens bei Medizinal-Cannabis			
45	Prüfung einer Abschaffung des Vergabeverfahrens für den Anbau von Medizinal-Cannabis	<ul style="list-style-type: none"> – Umstellung des bisherigen Vergabeverfahrens für den staatlich kontrollierten Anbau von Medizinal-Cannabis auf ein System der Erlaubniserteilung an geeignete Anbauer. – Umsetzung: Änderungsantrag zum CanG. 	<p>Unternehmen.</p> <p>Durch den Wegfall des Vergabeverfahrens werden die betroffenen Unternehmen insgesamt um ca. 800.000 € Kosten für die Teilnahme am Verfahren entlastet.</p>

c) Bereits umgesetzte Maßnahmen

Einschränkung von Retaxationen (Bürokratieabbau in Apotheken)			
46	Ausschluss von Retaxationen zulasten der Apotheken in bestimmten Fallgruppen	<ul style="list-style-type: none"> – Mit dem ALBVVG wurden in § 129 Absatz 4d SGB V Fallgruppen geregelt, in den Krankenkassen eine Retaxation zulasten der Apotheken grundsätzlich ausgeschlossen ist (z. B. fehlende Dosierangabe oder Abgabe vor Vorlage der ärztlichen Verschreibung). – Überdies wurde der Retaxumfang auf die Apothekenvergütung beschränkt, wenn Apotheken erforderliche Verfügbarkeitsabfragen bei pharmazeutischen Großhandlungen nicht durchführen. 	<p>Apotheken.</p>

4. Maßnahmen in der Langzeitpflege

Insbesondere mit dem **Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz** (PUEG) wurden bereits wichtige Maßnahmen auf den Weg gebracht, um auch die Entbürokratisierung des Pflegebereiches weiter voranzutreiben. Unter anderem werden zugelassene ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen von dem von schriftlichen Pflegedokumentationen ausgehenden bürokratischen Mehraufwand befreit, indem die Anforderungen an die **Pflegedokumentation** künftig so zu gestalten sind, dass sie in der Regel **vollständig in elektronischer Form** erfolgen können. Bestandteil des PUEG waren außerdem die **Beschleunigung der Kommunikation bei Pflege-Begutachtungen**, eine **Entlastung bei der Häufigkeit von Qualitätsprüfungen** für Pflegeeinrichtungen mit einem hohen Qualitätsniveau und die **Einführung eines Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege**. Darüber hinaus sind in den Empfehlungen weitere Maßnahmen zum Bürokratieabbau im Pflegebereich vorgesehen. Mit Maßnahmen, wie beispielsweise der **Vereinfachung von Formularen zur Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung** und mit **Vereinfachungen bei Meldeverfahren**, soll weiterer bürokratischer Aufwand, insbesondere für die antragstellenden Personen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen abgebaut werden. Bestandteil der Empfehlungen sind darüber hinaus eine **Vereinheitlichung von Informations- und Auskunftspflichten für Bewerberinnen und Bewerber für eine stationäre Langzeitpflegeversorgung** und die **Einführung eines digitalen Verfahrens zur Erhebung und zum Nachweis der Elterneigenschaft und der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder**.

a) Geplante Maßnahmen/Empfehlungen

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
Vereinfachung und bessere Verständlichkeit von Formularen			
47	Reduzierung der durch Formulare abgefragten Informationen auf das für den jeweiligen Anspruch Notwendige; Benutzen von aus Sicht der Versicherten	<ul style="list-style-type: none"> – Viele Pflegekassen entwerfen eigenständig Formulare zur Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung. – Rein rechtlich gesehen kann jedoch fast jeder Antrag formlos gestellt werden. – Die Formulare müssen daher in der Regel nicht verpflichtend genutzt werden, sondern können nur Hilfestellung sein, damit alle notwendigen Angaben vorliegen, die die Pflegekasse zur Entscheidung braucht. 	Pflegekassen. Das Entbürokratisierungspotential wird von Pflegekasse zu Pflegekasse unterschiedlich sein, je nach bislang bürokratisch oder bereits schlank und gut nachvollziehbar gestalteten Formularen. Bei insgesamt 96 Pflegekassen mit je eigenständigen

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
	<p>nachvollziehbaren und verständlichen Formulierungen in Formularen;</p> <p>Transparenz, dass Formular nur Hilfestellung ist</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Oftmals ist für die Versicherten nicht ersichtlich, wofür die Angaben gebraucht werden oder welche Folgen die Angabe/Nicht-Angabe abgefragter Informationen hat. – Zum Teil werden auch Informationen abgefragt, die für die konkrete Entscheidung über den Anspruch nicht erforderlich sind. – Die Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung wird damit häufig als kompliziert und unverständlich angesehen. – Formulare könnten jedoch zum Teil auch einfacher und verständlicher gestaltet werden. Auch (barrierefreie) Online-Hilfen und ggf. weitere Tools, z. B. Online-Leistungskombinations-Rechner, könnten hilfreich sein. – Bei Online-Formularen wären evtl. barrierefreie Erläuterungen einblendbar („Wofür ist das wichtig/wird das benötigt?“). – Ggf. könnten zudem Hinweise auf bestehende Beratungsmöglichkeiten gegeben werden (beispielsweise auch der UPD). – Es sollte hierbei transparent sein, dass das Formular als Hilfestellung gedacht ist (nicht Anspruchsvoraussetzung). – In diesem Zusammenhang kann darüber hinaus auch auf bestehende Unterstützungsmöglichkeiten hingewiesen werden, die bei der Beantragung helfen können (z. B. Telefonnummer der Pflegekasse hierfür, vorhandene Beratungsstellen). – Umsetzung: Gesetzlicher Auftrag an die Selbstverwaltung mit Fristsetzung zur Umsetzung einschließlich Regelung des Einbezugs des BMG im Verfahren. 	<p>Formularen und insgesamt rd. 5,1 Mio. Leistungsbeziehenden der sozialen Pflegeversicherung, davon rd. 4,2 Mio. häuslich gepflegten Leistungsbeziehenden, kann hierdurch im Alltag der Pflegebedürftigen je nach Pflegekasse voraussichtlich eine stetige und deutliche Entlastung spürbar werden.</p>
Vereinfachung der Meldeverfahren			
48	<p>Vereinfachung des Meldeverfahrens und des Verfahrens zur Ermittlung des regional üblichen Entlohnungsniveaus</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Im Rahmen der Evaluation nach § 72 Absatz 3f SGB XI werden Möglichkeiten untersucht, wie das Meldeverfahren für tarifgebundene Pflegeeinrichtungen nach § 72 Absatz 3e SGB XI sowie das Verfahren zur Ermittlung des regional üblichen Entlohnungsniveaus (RÜE) vereinfacht werden können. – Erste Ergebnisse dazu sollen im Herbst 2024 vorliegen. 	<p>Pflegeeinrichtungen; Pflegekräfte.</p> <p>Soweit z. B. das RÜE unmittelbar aus vorliegenden Tarifverträgen abgeleitet werden könnte, könnten die Meldepflichten für tarifgebundene Pflegeeinrichtungen entfallen; zugleich wäre die Geschäftsstelle Tarife beim GKV-SV von</p>

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
			<p>aufwändigen Plausibilisierungen und Nachfragen entlastet.</p> <p>Im Zuge des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) wurde der Erfüllungsaufwand für die Meldepflichten der Pflegeeinrichtungen quantifiziert. Der jährlich daraus resultierende Bürokratieaufwand aller tarifgebundenen bzw. nach kirchlichen AVR gebundenen Pflegeeinrichtungen beläuft sich demnach auf bis zu 28.342 Arbeitsstunden bzw. auf bis zu rund 960.790 Euro. Einsparungen sind dabei abhängig von der zukünftigen Art und Weise, wie das RÜE ermittelt wird. Sofern eine Ableitung der Daten unmittelbar aus Tarifverträgen erfolgen kann, würde der Aufwand bei den Pflegeeinrichtungen konservativ geschätzt um rd. 90% reduziert.</p>
Vereinheitlichung von Informations- und Auskunftspflichten für Bewerber für eine stationäre Langzeitpflegeversorgung			
49	Reduzierung der im Vorfeld einer stationären Versorgung durch Heimbetreibende abgefragten Informationen auf das für die jeweilige Leistungserbringung Notwendige; Klarstellung hinsichtlich der Vorabinformationsbitten der	<ul style="list-style-type: none"> – Die Informations- und Auskunftsanforderungen stationärer Pflegeeinrichtungen bzw. deren Trägerverbänden an zukünftige Bewohnerinnen und Bewohner (z.B. hinsichtlich ärztlicher Gutachten, aber auch zu Einkommens- und Vermögensverhältnissen) sind aufwändig und unterscheiden sich jeweils von Heim zu Heim. – Ärztliche Gutachten, Patientenakten oder Medikationspläne sind notwendige Grundlagen für eine qualitätsgesicherte Pflege- und Betreuungsleistung und auch bei Aufnahme wichtig (Pflegeplanung, Eingewöhnung). – Die Beschaffung und Übermittlung von diesbezüglichen Basisinformationen im Zuge einer Pflegeplatzsuche soll jedoch möglichst bürokratiearm erfolgen (z.B. durch Nutzung einheitlicher Muster). 	<p>Stationäre Pflegeeinrichtungen; Heimplatzsuchende und Heimbewohnende; Ärzteschaft; für die Sozialhilfe zuständige Stellen.</p> <p>Entbürokratisierungspotentiale sind für alle Beteiligten zu erwarten, beispielsweise durch die Standardisierung und den Einsatz digitaler Mittel auf Seiten der Ärzteschaft („Überleitungsmanagement“) und auf Seiten der Sozialhilfeträger (Checklisten für Leistungen der Hilfe zur Pflege).</p>

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
	Heimträger unter den Gesichtspunkten von Verbraucherschutz und Erforderlichkeit.	<ul style="list-style-type: none"> - Dabei ist auch sicherzustellen, dass personenbezogene Daten vertraulich behandelt werden. 	
Digitales Verfahren zur Erhebung und zum Nachweis der Elterneigenschaft und der Anzahl berücksichtigungsfähiger Kinder			
50	Einführung eines digitalen Verfahrens zur Erhebung und zum Nachweis der Elterneigenschaft sowie der Anzahl der für die Beitragssatzermittlung berücksichtigungsfähigen Kinder der beitragspflichtigen Mitglieder nach § 55 Absatz 3 und 3a SGB XI	<ul style="list-style-type: none"> - Seit dem 1. Juli 2023 wird der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung nach der Kinderzahl differenziert. - Eltern zahlen dann generell 0,6 Beitragssatzpunkte weniger als kinderlose Mitglieder. - Bei Mitgliedern mit mehreren Kindern unter 25 Jahren reduziert sich der Beitragssatz darüber hinaus ab dem zweiten bis zum fünften Kind um einen Abschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten je Kind. - Um eine einheitliche Rechtsanwendung sicherzustellen und ein möglichst effizientes, schnelles und bürgerfreundliches Verwaltungshandeln zu gewährleisten, wird bis zum 31. März 2025 ein digitales Verfahren zur Erhebung und zum Nachweis der Elterneigenschaft und der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder entwickelt. - Umsetzung: gesetzliche Neuregelung. 	<p>Beteiligte: Mitglieder der SPV, Pflegekassen sowie die beitragsabführenden Stellen. Dazu zählen im Wesentlichen die Arbeitgeber, die gesetzlichen Rentenversicherungsträger und die betriebliche Altersvorsorge.</p> <p>Erfüllungsaufwand und Entlastungswirkungen: Zur Entlastung der o. g. Beteiligten sollen die notwendigen Angaben zur Ermittlung der Elterneigenschaft und der kinderbezogenen Abschläge den beitragsabführenden Stellen und Pflegekassen künftig über ein digitales Verfahren zur Verfügung gestellt werden. Hierbei soll auf Daten zurückgegriffen werden, die bereits in der Finanzverwaltung vorliegen (Once-Only-Prinzip). Der damit verbundene Bürokratieabbau soll zu einem nachhaltigen Effekt und zu Kosteneinsparungen sowohl für die Bürgerinnen und Bürger als auch für die beitragsabführenden Stellen sowie Pflegekassen führen.</p> <p>Ein analoges Verfahren (händische Ermittlung und Erfassung der Kinderanzahl für den Bestand sowie die Programmierung der technischen Umsetzung) würde die Arbeitgeber als beitragsabführende Stellen nach Berechnungen der BDA mit einem Erfüllungsaufwand von rund 227 Millionen Euro</p>

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
			<p>belasten. Das angestrebte digitale Verfahren verursacht hingegen voraussichtlich einen Erfüllungsaufwand von ca. 38 Millionen Euro. Mit dem digitalen Verfahren könnten somit auf dieser Grundlage bei den Arbeitgebern bis zu 189 Millionen Euro eingespart werden. Bei den vorgenannten Ausführungen zum Erfüllungsaufwand sowie zu den Entlastungen handelt es sich um vorläufige Berechnungen, die auf Angaben der BDA beruhen.</p>

b) Laufende Maßnahmen (in Umsetzung)

Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG)									
51	Elektronische Pflegedokumentation	<ul style="list-style-type: none"> – Mit dem PUEG wurde die Regelung des § 113 Absatz 1 SGB XI ergänzt. – Die Regelung sieht nun vor, dass die Anforderungen an die Pflegedokumentation so zu gestalten sind, dass sie in der Regel vollständig in elektronischer Form erfolgen kann. – Die Regelung ermöglicht eine Konkretisierung durch die Selbstverwaltung in den „Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität“ nach § 113 SGB XI. – Umsetzung: Eingeführt durch PUEG durch Ergänzung von § 113 Absatz 1 SGB XI.; Konkretisierung durch Selbstverwaltung in den „Maßstäben und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität“ nach § 113 SGB XI. 	<p>Alle Pflegeeinrichtungen.</p> <p>Hierdurch können Pflegeeinrichtungen entlastet und von dem bürokratischen Mehraufwand, der durch die schriftliche Pflegedokumentation entsteht, befreit werden.</p> <p>In einer Untersuchung von 2020 wurde festgehalten, dass Pflegeplanung und -dokumentation in den Pflegebereichen wie folgt komplett/ mehrheitlich digitalisiert sei:</p> <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>ambulant</td> <td style="text-align: right;">32,8 %</td> </tr> <tr> <td>teilstationär</td> <td style="text-align: right;">60,5 %</td> </tr> <tr> <td>vollstationär</td> <td style="text-align: right;">80,9 %</td> </tr> </table>	ambulant	32,8 %	teilstationär	60,5 %	vollstationär	80,9 %
ambulant	32,8 %								
teilstationär	60,5 %								
vollstationär	80,9 %								

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
			<p>Diese Daten liegen erheblich höher als 2017. Ausschließlich EDV-basiert dokumentierten damals 44,7 % der Pflegeheime (226 Einrichtungen) und 3,6 % der Pflegedienste (16 Einrichtungen).</p> <p>Folgende Zeitersparnisse wurden geschätzt: 83 Minuten pro pflegebedürftiger Person für die Erarbeitung der Informationssammlung und des Maßnahmenplans (bei Aufnahme) sowie 21 Minuten für die tägliche Dokumentation in den Pflegeheimen und 48 beziehungsweise 16 Minuten in den Pflegediensten nutzen ca. 75 – 80 % der Einrichtungen diese Dokumentationsform (Stand Juni 2023).</p>
52	Beschleunigte Kommunikation bei Pflege-Begutachtungen	<ul style="list-style-type: none"> – Ebenfalls im Rahmen des PUEG eingeführt wurde, dass Begutachtungsaufträge der Pflegekassen an die Medizinischen Dienste (MD) sowie die Übersendung der Gutachten durch die MD an die Pflegekassen zukünftig nur noch in gesicherter elektronischer Form erfolgen. – Umsetzung: eingeführt durch PUEG; schrittweise Umsetzung bis 30.11.2023. 	<p>Unmittelbar: Pflegekassen, Medizinische Dienste. Mittelbar: Antragsteller auf Pflegeleistungen. Durch die Maßnahme sind Effizienzgewinne zu erwarten.</p>
53	Qualitätsprüfungen im Zweijahresrhythmus für gute vollstationäre Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> – Pflegeheime, bei denen ein hohes Qualitätsniveau festgestellt worden ist, werden nicht im Folgejahr, sondern erst im Abstand von zwei Jahren erneut qualitätsgeprüft. – Die schon 2019 geschaffene Regelung kann nach Ende der Corona-Pandemie nun ab dem 2. Halbjahr 2023 praktisch umgesetzt werden. – Umsetzung: gesetzliche Regelung (§ 114c SGB XI, ergänzt durch PUEG hinsichtlich der schnellen Information der Pflegeeinrichtungen) – Richtlinien des MD Bund von 2023. 	<p>Alle Pflegeeinrichtungen</p> <p>Die Anzahl der von der Entlastung betroffenen Pflegeheime ist noch unklar (wird im Herbst aufgrund der vorliegenden Prüfergebnisse bestimmt). Bei einer vorsichtigen Schätzung könnten sich etwa 25.000 Stunden Entlastung ergeben. Eine Entlastung ergibt sich auch bei den MD, die entsprechend weniger Prüfungen durchzuführen haben.</p>

c) Bereits umgesetzte Maßnahmen

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
Pflegebonusgesetz			
54	Verbesserung der Prüf- und Meldeverfahren zu den Regelungen zur Entlohnung nach Tarif in der Langzeitpflege	<ul style="list-style-type: none"> – Mit dem Pflegebonusgesetz wurden Regelungen u. a. mit dem Ziel umgesetzt, den hohen Bürokratieaufwand bei der Umsetzung der Regelungen zur Entlohnung nach Tarif zu reduzieren und Verfahren zu vereinfachen: <ul style="list-style-type: none"> • Mit dem Ziel einer einheitlichen Rechtsanwendung wurde beim GKV-Spitzenverband eine Geschäftsstelle Tarife eingerichtet, die die Landesverbände der Pflegekassen bei der Aufgabenwahrnehmung im Zusammenhang mit der laufenden Umsetzung der Regelungen zur Entlohnung nach Tarif bei der Erfüllung der im Einzelnen aufgeführten Aufgaben als kasseninterner Dienstleister unterstützten soll. • Erleichterte Plausibilisierung der Meldungen der tarif- und kirchenarbeitsrechtlich gebundenen Pflegeeinrichtungen, indem neben den maßgeblichen, d.h. erforderlichen Informationen auch die jeweils geltende, durchgeschriebene Fassung des Tarifvertrags oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen an die Geschäftsstelle Tarife beim GKV-Spitzenverband zu übermitteln ist. • Regelung einer vereinfachten Zurverfügungstellung der übermittelten Tarifverträge bzw. kirchlichen AVR an die nicht tarifgebundene Pflegeeinrichtungen (für sog. „tariforientierte“ Einrichtungen). – Unverzögliche Meldepflicht der tarif- oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen an Landesverbände der Pflegekassen bei Änderungen im Hinblick auf die Wirksamkeit oder den Inhalt des Tarifvertrags oder der kirchlichen. 	<p>Pflegekassenverbände; Geschäftsstelle Tarife beim GKV-Spitzenverband.</p> <p>Die bei den Landesverbänden der Pflegekassen durch die erleichterte Plausibilitätsprüfung der Meldungen sowie durch die Bündelung der Aufgaben im Rahmen der Einrichtung der Geschäftsstelle anzunehmenden Einsparungen beim Bürokratieaufwand.</p>

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG)			
55	Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege	<ul style="list-style-type: none"> – Zum 1. Juli 2025 wird in der Pflegeversicherung ein Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege eingeführt. – Dieser bringt verschiedene Vereinfachungen mit sich, durch die Prüferfordernisse und damit bürokratischer Aufwand wegfallen. – So wird ein gemeinsamer Leistungsbetrag zur Inanspruchnahme der beiden Leistungen eingeführt, die zeitliche Höchstdauer für den Bezug der beiden Leistungen sowie der hälftigen Pflegegeldfortzahlung vereinheitlicht, die bisher geforderte Vorpflegezeit vor erstmaliger Inanspruchnahme von Verhinderungspflege fällt weg und die Pflegebedürftigen, die die Leistungen in Anspruch nehmen, erhalten künftig die Informationen zum abgerechneten Betrag ohne gesonderte Aufforderung übermittelt. – Für Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 4 und 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden die wesentlichen Rechtswirkungen des Gemeinsamen Jahresbetrags bereits zum 1. Januar 2024 vorgezogen und damit insoweit bereits ab diesem Zeitpunkt spürbar. – Umsetzung: umgesetzt durch PUEG. 	<p>Pflegebedürftige, Pflegepersonen; Pflegekassen, private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen.</p> <p>Bei Versicherten und Pflegekassen sowie privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, fällt der Aufwand für die bisher notwendige Prüfung der Vorpflegezeit bei der Verhinderungspflege weg. Ebenso die Notwendigkeit der Übertragung von Leistungsbeträgen von dem einen auf den anderen Anspruch, die Prüfung des Einhaltens von Übertragungsgrenzen und die Beachtung unterschiedlicher Höchstdauerregelungen hinsichtlich Leistungsbezug und hälftiger Pflegegeldfortzahlung. Für die Versicherten wird ferner die Informationsbeschaffung zu den abgerechneten Leistungsbeträgen erleichtert, sodass sie im Jahresverlauf einfacher im Blick behalten können, in welcher Höhe der Gemeinsame Jahresbetrag bereits verbraucht worden ist bzw. er somit noch zur Verfügung steht.</p>
56	Weiterentwicklung der Vorschrift zu Auskünften an Versicherte durch die Pflegekassen (§ 108 SGB XI)	<ul style="list-style-type: none"> – Ab dem 1. Januar 2024 erhalten die Versicherten der sozialen Pflegeversicherung verbesserte und erleichterte Auskunftsansprüche gegenüber ihrer Pflegekasse über die in Bezug auf die Versicherten abgerechneten bzw. von den Versicherten in Anspruch genommenen Leistungen. 	<p>Versicherte in der sozialen Pflegeversicherung</p> <p>Durch Wegfall gesonderter Antragsverfahren sowie ausdrückliche Regelung von Auskunftsansprüchen entfällt für die Versicherten Aufwand bei der Beschaffung von Informationen.</p>

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
		<ul style="list-style-type: none"> – So wird Versicherten künftig z. B. auf einmalige Anforderung hin jedes Kalenderhalbjahr automatisch eine Übersicht über die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten übermittelt. – Der Vereinfachung dient auch die Technologieoffenheit der Regelung, die eine Nutzung von Apps der Pflegekassen für die Übersichten möglich macht (bei Einwilligung der Versicherten und Einhaltung der geltenden Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit). – Umsetzung: umgesetzt durch PUEG. 	

5. Maßnahmen im Hilfsmittelbereich

Die Empfehlungen sehen auch für den Hilfsmittelbereich mehrere Maßnahmen vor. Anknüpfend an die im ALBVVG vorgesehene Abschaffung des Präqualifizierungsverfahrens für apothekenübliche Hilfsmittel sollen nun auch weitere **nicht notwendige Präqualifizierungsverfahren abgeschafft** werden. Die im Rahmen des Präqualifizierungsverfahrens vorgesehene Prüfung von bestimmten Anforderungen - beispielsweise an die räumliche, sachliche oder personelle Ausstattung - wird für bestimmte Bereiche bereits **durch andere Vorschriften sichergestellt**. In diesen Fällen führen die Präqualifizierungsverfahren zu **nicht notwendigen Doppelprüfungen**, die durch die Bindung von zeitlichen und personellen Ressourcen auf Seiten der Leistungserbringer und der Prüfstellen unnötige Bürokratie verursachen. Mit einer Abschaffung der Präqualifizierung für diese Bereiche kann daher nicht notwendige Bürokratie abgebaut werden, **ohne dass dies zu Lasten der Qualität der Hilfsmittelversorgung geht**. Über diese Maßnahmen hinaus sehen die Empfehlungen mit **Vereinfachungen der administrativen Verfahren im Hilfsmittelbereich** weitere Maßnahmen für den Hilfsmittelbereich vor. Mit einer **Standardisierung von Vertragsinhalten** im Hilfsmittelbereich, in dem derzeit durch eine Vielzahl von verschiedenen Verträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen ein erheblicher bürokratischer Aufwand entsteht, kann Bürokratie weiter abgebaut werden. Zudem soll die **Hilfsmittelversorgung von Kindern**, die in einem Sozialpädiatrischem Zentrum (SPZ) in Behandlung sind, beschleunigt werden.

Geplante Maßnahmen/Empfehlungen

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
Wegfall nicht notwendiger Präqualifizierungsverfahren			
57	Abschaffung der Präqualifizierung für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte	<ul style="list-style-type: none"> - Abschaffung der Präqualifizierungspflicht für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die Hilfsmittel an Versicherte abgeben (derzeit insbesondere Augen- und HNO-Ärzte). - Umsetzung: gesetzliche Streichung in § 128 SGB V. 	Vertragsärztinnen und Vertragsärzte. Es entfällt die Zertifizierung durch eine akkreditierte Präqualifizierungsstelle sowie die beiden Überwachungen innerhalb des 5-jährigen Präqualifizierungszeitraumes. Für den 5-jährigen PQ-Zeitraum fallen je nach Art, Umfang und

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
			Anzahl der zu präqualifizierenden Versorgungsbereiche ungefähre Kosten in Höhe eines hohen dreistelligen Betrages bis niedrigen vierstelligen Betrages für die Leistungserbringer an.
58	Abschaffung der Präqualifizierung für voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen, die aufsaugende Inkontinenzmaterialien an ihre Bewohnerinnen und Bewohner abgeben	<ul style="list-style-type: none"> - Abschaffung des Präqualifizierungserfordernisses für voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen, die aufsaugende Inkontinenzmaterialien an ihre Bewohnerinnen und Bewohner abgeben. - Umsetzung: gesetzliche Anpassung. 	Voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen. Es entfällt die Zertifizierung durch eine akkreditierte Präqualifizierungsstelle sowie die beiden Überwachungen innerhalb des 5-jährigen Präqualifizierungszeitraumes. Für vollstationäre Pflegeeinrichtungen gelten allerdings bereits nach aktuellem Recht erleichterte Präqualifizierungsanforderungen, die den mit der Präqualifizierung verbundenen Aufwand für diese Leistungserbringer deutlich reduzieren.
59	Evaluation der Präqualifizierungspflicht für die Gesundheitshandwerke	<ul style="list-style-type: none"> - Die derzeitige Ausgestaltung der Präqualifizierung und Einbindung der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAkkS) soll (insbesondere hinsichtlich der Erforderlichkeit von Betriebsbegehungen) evaluiert werden. - Umsetzung: gesetzliche Neuregelung in § 126 SGB V. 	Gesundheitshandwerke. Entbürokratisierungspotenzial zu diesem Zeitpunkt noch nicht bezifferbar.

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
Vereinfachung administrativer Verfahren			
60	Vereinfachung der administrativen Verfahren im Hilfsmittelbereich	<ul style="list-style-type: none"> – Aufgrund der Vielzahl an Verträgen in der Hilfsmittelversorgung sollen Möglichkeiten der bürokratieärmeren Administration für Leistungserbringer und Krankenkassen geprüft werden. – Geprüft wird eine Standardisierung von Vertragsinhalten, die sich vornehmlich auf administrative Verfahren beziehen und keine besondere Bedeutung für den Preis und die Qualität der Versorgung haben. 	<p>Leistungserbringer, Krankenkassen.</p> <p>Hohes Entbürokratisierungspotential: Im Hilfsmittelbereich existieren derzeit mehr als 1000 verschiedene Verträge zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen.</p> <p>Eine Vereinheitlichung und Verallgemeinerung diverser Vertragsinhalte reduziert die Komplexität und Dauer der Vertragsverhandlungen sowie der Systempflege erheblich. Darüber hinaus wird die Transparenz und Übersichtlichkeit erhöht, was wiederum bürokratie- und aufwandsarme Beitritte zu bereits bestehenden Verträgen erleichtert.</p>
Beschleunigung der Hilfsmittelversorgung von Kindern			
61	Einschränkung des Prüfprogramms der Krankenkassen von Anträgen auf Hilfsmittelversorgung von Kindern	<ul style="list-style-type: none"> – Die medizinische Erforderlichkeit der beantragten Hilfsmittelversorgung von Kindern, die regelmäßig in einem Sozialpädiatrischem Zentrum (SPZ) in Behandlung sind, wird vermutet, wenn die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt des SPZ die Hilfsmittelversorgung konkret empfiehlt. 	<p>Krankenkassen, MD, Vertragsärztinnen und Vertragsärzte.</p> <p>Hohes Entbürokratisierungspotential: In SPZ werden häufig Kinder mit langfristig hohem Hilfsmittelbedarf behandelt. Die Prüfung der Hilfsmittelanträge erfolgt häufig unter zeitintensiver Beteiligung des MD. Nicht selten werden hierfür von den verordnenden Ärztinnen und Ärzten konkrete medizinische Begründungen, Befunde u.ä. angefordert, was zu Verzögerungen in den Genehmigungsverfahren und hohen Aufwänden bei den Ärztinnen und Ärzten führt.</p>

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
			<p>Durch die Regelung wird die medizinische Erforderlichkeit bereits bei Vorlage einer Empfehlung aus dem SPZ vermutet. Das Prüfprogramm der Krankenkassen ist eingeschränkt. Eine Prüfung durch den MD kann regelmäßig unterbleiben. Gesonderte medizinische Begründungen sind nicht erforderlich.</p>

6. Zusätzliche Maßnahmen im Bereich der Digitalisierung

Die Digitalisierung ist als **bereichsübergreifende Maßnahme** ein wichtiger Eckpfeiler für den Bürokratieabbau. Sie betrifft alle Bereiche des Gesundheitswesens und kann an vielen Stellen einen wertvollen Beitrag für die Entbürokratisierung leisten. Maßnahmen, mit denen die Digitalisierung vorangetrieben und der Bürokratieabbau unterstützt wird, finden sich daher in nahezu allen Bereichen der Empfehlungen. Insbesondere die **Vereinfachung und Beschleunigung von Verfahrensabläufen und Prozessen**, der **Wegfall von händischen Dokumentationspflichten** und eine **vereinfachte Weitergabe von Informationen zwischen den Leistungserbringern** können erhebliche zeitliche und personelle Potenziale heben. Über die bereits in den anderen Bereichen der Empfehlungen enthaltenen Maßnahmen zur Digitalisierung hinaus sehen die Empfehlungen weitere Maßnahmen für den Bereich der Digitalisierung vor. Insbesondere das **Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG)** und das **Digital-Gesetz (DigiG)** enthalten umfangreiche Maßnahmen, die entbürokratisierende Wirkung entfalten. Darüber hinaus sind mit der **Optimierung und Digitalisierung von Bonusheften** und der **Einführung einer automatischen Datenmeldung** der Finanzämter an die Krankenkassen weitere Maßnahmen zum Bürokratieabbau Bestandteil der Empfehlungen.

a) Geplante Maßnahmen/Empfehlungen

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
Optimierung und Digitalisierung von Bonusheften			
62	Bonushefte nach § 65a SGB V	<ul style="list-style-type: none"> – Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) ist jede Krankenkasse nach § 65a SGB V in der Regel dazu verpflichtet, in ihrer Satzung besondere Bonusmodelle als Anreize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten ihrer Versicherten vorzusehen. – Welche Maßnahmen das sind, entscheidet die Krankenkasse selbst. – Kritisiert wird der große Bürokratieaufwand für Ärztinnen und Ärzte. – Ziel ist eine Optimierung und Digitalisierung der Bonushefte. – Es könnte möglicherweise eine generelle Umstellung auf Apps zur Vereinfachung für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte 	Krankenkassen, Versicherte, Ärztinnen und Ärzte.

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
		erfolgen, oder eine automatische Meldung durch die Arztpraxis an die KK, wenn Maßnahmen in Anspruch genommen wurden.	
Automatische Datenmeldung an Krankenkassen			
63	Automatische Meldung des Einkommens vom Finanzamt an die Krankenkasse für freiwillig gesetzlich Versicherte	<ul style="list-style-type: none"> – Eine automatische Datenmeldung von Finanzämtern an die Krankenkassen über Einkommensdaten der Gruppe der freiwillig gesetzlich Versicherten (insbesondere Selbstständige) würde die Krankenkassen von Bürokratie entlasten, indem (manuelle) Nachweis- und Überprüfungspflichten sowie händische Verarbeitungsschritte erheblich abgebaut würden. – Zugleich würde obligatorisch dem Grundsatz der Datensparsamkeit entsprochen, da die Krankenkassen nur noch maschinell die Daten erhalten, die für die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben notwendig sind. Derzeit ist es vom Versicherten abhängig, ob er die nicht für die Zwecke der Krankenversicherung relevanten steuerlichen Daten auf seinem Einkommenssteuerbescheid schwärzt. – Umsetzung: Schaffung neuer gesetzlicher Grundlage(n). 	<p>Krankenkassen/Finanzverwaltungen (Versicherte).</p> <p>Durch die automatische Datenmeldung an die Krankenkassen müssen die betroffenen Versicherten nicht mehr manuell Nachweise übermitteln. Das bisher aufwendige Verfahren würde sowohl für die Versicherten als auch für die Krankenkassen deutlich vereinfacht und beschleunigt werden. Da das Übertragen und Prüfen von Daten automatisiert abläuft, könnten schätzungsweise bis zu 60 % des bisherigen administrativen Aufwands der Krankenkassen reduziert werden. Die Zeiteinsparung auf Seite der Versicherten wird auf mindestens neun Minuten pro erfolgtem elektronischen Datenabruf der Krankenkasse bei der Finanzbehörde geschätzt. Zahlreiche Rückfragen der Krankenkassen aufgrund nicht oder unvollständig eingereichter Unterlagen könnten sich jedes Jahr erübrigen. Auch sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass aufgrund fehlender Nachweise ein Höchstbeitrag festgelegt wird, was in der Folge ebenfalls für beide Seiten Verfahrenskosten inklusive Prozesskosten für Widerspruchs- und Klageverfahren spart. Für die Versicherten fallen zudem keine Papier- und Portokosten mehr an.</p>

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
			<p>Die Realisierung des elektronischen Abrufverfahrens ist mit nur geringen einmaligen Kosten für die Krankenkassen und Finanzbehörden verbunden (je rund 2,3 Mio. Euro), da der Datenaustausch auf eine vorhandene IT-Struktur aufgebaut werden kann. Es gibt bereits ein elektronisches Meldeverfahren zwischen Krankenkassen und Finanzbehörden u.a. zur Abfrage der Steuer-Identifikationsnummer. Außerdem trägt die Maßnahme dem Grundsatz der Datensparsamkeit Rechnung. Durch die bisherige Praxis, dass Versicherte oft ihren ungeschwärzten Einkommenssteuerbescheid bei ihrer Krankenkasse einreichen, legen sie regelmäßig eine Vielzahl von Daten offen, die für die Beitragsfestsetzung ohne Relevanz sind. Durch das automatisierte Verfahren ist gewährleistet, dass die Krankenkasse nur die Daten erhält, die sie für die Beitragsfestsetzung benötigt.</p>

b) Laufende Maßnahmen (in Umsetzung)

Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG)			
64	<p>Einführung einer nationalen Datenzugangs- und Koordinierungsstelle zur Verwendung von Gesundheitsdaten</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Abbau von organisatorischem und bürokratischem Aufwand und Hürden bei Auffindbarkeit, Antragsstellung und Nutzung von Gesundheitsdaten zu Forschungszwecken. – Indem eine valide Datenbasis für die Planung und Steuerung in einem solidarischen Gesundheitssystem verfügbar gemacht wird, können Ineffizienzen und Bürokratieaufwand abgebaut werden. 	<p>Antragsstellende und Datennutzende allgemein (Industrie inbegriffen); Sozialversicherungen, Forschende, Behörden, Universitätskliniken, Leistungserbringer, Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS).</p>

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
		<ul style="list-style-type: none"> – Effekte der Entbürokratisierung für Datennutzende, für das Gesundheitssystem und die Industrie. – Umsetzung: gesetzliche Neuregelung im GDNG. 	Nennenswerte Entlastung bei Antragstellern, die im Gesamtumfang von der Anzahl der gestellten Anträge abhängt.
65	Weiterentwicklung der federführenden Datenschutzaufsicht	<ul style="list-style-type: none"> – Problematisch ist die unterschiedliche Auslegung der Datenschutzbestimmungen in den Ländern, was v.a. bei länderübergreifenden Forschungsvorhaben zu einem Hemmnis wird. – Rechtsunsicherheit hemmt Forschung und Innovation im Gesundheitswesen. – Schätzung: Datenschutzbestimmungen auf Länderebene und in Unikliniken führen zu 1-2 Jahren Zeitverlust. – Bisherige Regelung der federführenden Datenschutzaufsicht in § 287a SGB V. – Lösung: Festlegung klarer Verfahren zur Abstimmung mehrerer zuständiger Datenschutzaufsichtsbehörden führt zu Entlastung für Datennutzende und Datenschutzaufsichtsbehörden. – Umsetzung: Überarbeitung der gesetzlichen Regelung in § 287a SGB V im GDNG. 	<p>Datennutzende allgemein, Forschungseinrichtungen, Universitätskliniken und Datenschutzaufsichtsbehörden.</p> <p>Beschleunigung der Antragsverfahren für Forschungsvorhaben um 1-2 Jahre. Entlastungseffekte bei den o.g. Betroffenen v.a. durch Verkürzung der Verfahren zwischen den Datenschutzaufsichtsbehörden und Datennutzenden; Festlegung klarer Verfahren führt zu geringeren Kommunikationsaufwänden.</p>
Digital-Gesetz (DigiG)			
66	Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	<ul style="list-style-type: none"> – Das DigiG sieht eine Regelung vor, die eine vollständige Ablösung der papierbasierten Verfahren zum Ziel hat. – Um den Versicherten eine rechtssichere Dokumentation der Arbeitsunfähigkeit zu ermöglichen und insbesondere die noch nicht digitalisierte Versichertenanfertigung digital übermitteln zu können, soll die ePA genutzt werden. – Die Ärzteschaft wird dann in dem Begleitprozess umfassend und frühzeitig beteiligt bzw. eingebunden. – Umsetzung: Schaffung neuer Rechtsgrundlage. 	<p>Versicherte, Krankenkassen, Leistungserbringende, Wirtschaft.</p> <p>Bei erwartbaren ca. 100 Mio. von den Leistungserbringern ausgestellten eAU pro Jahr können voraussichtlich Aufwände von jährlich rund 180 Mio. EUR eingespart werden.</p>
67	Aufhebung der Mengenbegrenzung bei der Videosprechstunde	<ul style="list-style-type: none"> – Die Aufhebung der doppelten Mengenbegrenzung bei der Videosprechstunde ist im DigiG vorgesehen. 	Versicherte, Krankenkassen, Leistungserbringende.

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
		<ul style="list-style-type: none"> – Im DigiG sind auch Regelungen vorgesehen, die die Erbringung von Leistungen der Telemedizin für die Ärztinnen noch Ärzte noch attraktiver gestalten sollen. – Hierzu gehört etwa die Ermöglichung der Erbringung von Videosprechstunden an einem anderen Ort als dem Sitz des Vertragsarztes („Home Office“). – Umsetzung: Schaffung neuer Rechtsgrundlage. 	<p>2019 lediglich 3.000 Behandlungsfälle; im ersten Halbjahr 2020 bereits 1,4 Mio.; im Jahr 2021 rund 3,5 Mio.</p> <p>Entbürokratisierungsvorteil: Stärkung der Attraktivität des Arztberufes.</p>
Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege			
68	Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege	<ul style="list-style-type: none"> – BMG hat gemäß Koalitionsvertrag und auf Grundlage eines breit angelegten Beteiligungsprozesses (über 500 involvierte Akteure) eine Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege erarbeitet. – Diese adressiert auch Aspekte in Zusammenhang mit dem Abbau unnötiger Bürokratie (z.B. Prüfung von Auswirkungen rechtlicher und regulatorischer Maßnahmen auf die Nutzerfreundlichkeit digitaler Anwendungen; Entlastung von Pflegenden durch digital unterstützte Pflegedokumentation; Berücksichtigung von bürokratiearmen Dokumentationsanforderungen bei der Definition von Datensätzen und Datenmodellen mit u.a. dem Ziel, Doppeluntersuchungen zu vermeiden). – Die im Rahmen der Strategie erarbeiteten Maßnahmen dienen auch als Grundlage für entsprechende Gesetzgebungsprozesse. – Die Strategie wird daher regelmäßig in der Umsetzung evaluiert und fortgeschrieben. – Die Ergebnisse der Evaluationen können dann als Grundlage für neue Maßnahmen zum Abbau von unnötiger Bürokratie dienen. 	Insbesondere Leistungserbringer, Kostenträger, Versicherte.

c) Bereits umgesetzte Maßnahmen

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
Digitalisierung von Antragsleistungen			
69	Digitalisierung Antragsleistungen im Rahmen des OZG	<ul style="list-style-type: none"> – Das Onlinezugangsgesetz (OZG) verpflichtet die Verwaltungen in Deutschland (also auch die gesetzlichen Krankenkassen), Verwaltungsleistungen für Bürgerinnen und Bürgern sowie Unternehmen auch digital anzubieten. Dabei sind die gesetzlichen Krankenkassen aufgefordert, ihren Versicherten die digitale Bearbeitung und Beantragung eines bestimmten Sets an Verwaltungsleistungen in den jeweiligen Online-Portalen/Fachportalen der Krankenkassen zu ermöglichen. – Die zu digitalisierenden Verwaltungsleistungen sind im GKV-OZG-Leistungskatalog festgehalten. – Auch wenn die Bereitstellung der digitalen Antragsformate den einzelnen Kassen obliegt, hat der GKV-Spitzenverband für 42 der im Rahmen des Onlinezugangsgesetzes umzusetzenden digitalen Leistungen Leistungsbeschreibungen im FIM-Format für seine Mitglieds-kassen bereitgestellt und im Portalverbund Bund veröffentlicht (https://verwaltung.bund.de/portal/DE/). 	<p>Krankenkassen, Bürgerinnen und Bürger.</p> <p>Ziel: Antragsstellung durch Krankenversicherte und Bearbeitung durch die Krankenkassen soll schneller, effizienter und nutzerfreundlicher werden.</p> <p>Krankenkassen und Versicherte werden von Bürokratie entlastet durch Wegfall von Schriftefordernissen, Reduzierung von Medienbrüchen und Verkürzung von Bearbeitungszeiten. Es handelt sich um Zeitersparnisse und um finanzielle Entlastungen (z.B. Wegfall von Briefporto).</p>

7. Maßnahmen mit europäischem/internationalem Bezug

Die Empfehlungen sehen zudem auch Maßnahmen vor, die einen europäischen/internationalen Bezug aufweisen. Dies umfasst die im **Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG)** vorgesehene Maßnahmen, mit denen insbesondere die besonders aufwendigen und bürokratieverursachenden **Anerkennungsverfahren** in den Blick genommen werden. Durch die Einführung einer **Möglichkeit zum Verzicht auf die Gleichwertigkeitsprüfung** und die **bundesweite Vereinheitlichung der im Anerkennungsverfahren vorzulegenden Unterlagen** kann ein wesentlicher Beitrag zum Bürokratieabbau geleistet werden. Durch diese Maßnahmen werden sowohl die Antragstellerinnen und -steller als auch die für die Anerkennungsverfahren zuständigen Stellen der Länder erheblich von Bürokratie entlastet. Mit der zusätzlich in den Empfehlungen vorgesehenen **Streichung der Vorabgenehmigungspflicht für die Inanspruchnahme von geplanten Krankenhausbehandlungen** in einem anderen EU-Mitgliedstaat, einem EWR-Staat oder der Schweiz kann der bürokratische Mehraufwand sowohl für die Krankenkassen als auch die Versicherten reduziert werden.

a) Geplante Maßnahmen/Empfehlungen

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
Vorabgenehmigungspflicht von Krankenhausbehandlungen			
70	Streichung der Vorabgenehmigungspflicht für die Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen in einem anderen EU-Staat, EWR-Staat oder der Schweiz - § 13 Absatz 5 SGB V	<ul style="list-style-type: none"> - Beabsichtigen Versicherte eine geplante Krankenhausbehandlung in einem anderen EU-Mitgliedstaat, EWR-Staat oder der Schweiz in Anspruch zu nehmen, müssen sie sich vorab eine Vorabgenehmigung bei ihrer Krankenkasse einholen. - Umsetzung: Gesetzliche Anpassung des § 13 SGB V 	<p>Krankenkassen, Versicherte.</p> <p>Im Jahr 2022 wurden insgesamt 2.781 Anträge auf Vorabgenehmigung gestellt. 2.377 Anträge wurden genehmigt. 404 Anträge wurden abgelehnt. Eine Streichung der Vorabgenehmigungspflicht würde zur Entlastung der Krankenkassen und Versicherten führen.</p>

b) Laufende Maßnahmen (in Umsetzung)

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
Pflegestudiumsstärkungsgesetz (PflStudStG)			
71	Einführung einer Möglichkeit auf die Gleichwertigkeitsprüfung im Rahmen des Anerkennungsverfahrens zu verzichten	<ul style="list-style-type: none"> – Die antragstellende Person kann gegenüber der zuständigen Stelle auf die Prüfung der Gleichwertigkeit der ausländischen Berufsqualifikation mit der inländischen Ausbildung verzichten und stattdessen direkt eine Anpassungsmaßnahme absolvieren. – Umsetzung: Gesetzliche Neuregelung in § 40 Absatz 3a Pflegeberufegesetz. 	<p>Antragstellende Personen im Anerkennungsverfahren und zuständige Stellen der Länder.</p> <p>Dies entlastet die antragstellenden Personen wie auch die zuständigen Stellen der Länder gleichermaßen. Die antragstellenden Personen sind nicht mehr in der Pflicht umfangreiche Unterlagen über ihre Berufsqualifikation einzureichen. Die zuständigen Stellen der Länder können im Gegenzug von einer aufwändigen Gleichwertigkeitsprüfung absehen.</p> <p>Im Jahr 2022 wurde die Berufsqualifikation von 21.000 Pflegekräften aus dem Ausland anerkannt. Unter der Annahme, dass künftig etwa ein Drittel der Antragsteller zu Gunsten einer Kenntnisprüfung oder eines Anpassungslehrgangs auf eine Gleichwertigkeitsprüfung verzichten könnten, kann sich die Entlastungswirkung in etwa 14.000 Fällen pro Jahr realisieren.</p>
72	Vereinheitlichung der im Anerkennungsverfahren vorzulegenden Unterlagen	<ul style="list-style-type: none"> – Der Umfang und die erforderlichen Formerfordernisse der vorzulegenden Unterlagen werden bundeseinheitlich geregelt. – Umsetzung: Neuregelung auf Verordnungsebene in § 43a Pflegeberufes-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung. 	<p>Antragstellende Personen im Anerkennungsverfahren und zuständige Stellen der Länder</p> <p>Die Maßnahme führt zu mehr Transparenz und Orientierung für die antragstellenden Personen und zu mehr Klarheit und Sicherheit in der Verfahrensgestaltung für die Länder.</p>

			<p>Im Jahr 2022 wurde die Berufsqualifikation von 21.000 Pflegekräften aus dem Ausland anerkannt. Die Verfahrenserleichterung durch einheitliche Unterlagenvorgaben realisiert sich in der Größenordnung dieser Fallzahl.</p>
--	--	--	---