

## **Schwerpunktmaßnahmen als Ergebnis des Spitzengesprächs Bürokratieabbau**

### **Pflegepersonalraten und Personalbemessung im Krankenhaus**

**Erläuterung:** Bisherige Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs in Krankenhäusern haben sich als aufwändig und kostenintensiv erwiesen. Die Krankenhäuser werden daher zukünftig über eine sog. Generalnorm gesetzlich verpflichtet, in allen Personalbereichen für diejenige Personalbesetzung zu sorgen, die für eine gute Qualität der Leistungen erforderlich ist. Gleichzeitig wird von einer verpflichtenden Anwendung der Personalbemessungsinstrumente für die Pflege sowie für den ärztlichen Bereich Abstand genommen und die Kommission für die Personalbemessung im Krankenhaus wird abgeschafft. Die gesetzliche Umsetzung wird unverzüglich vorgenommen im GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz.

### **Datenaustausch zwischen Krankenkassen, Behörden und Leistungserbringern**

**Erläuterung:** Vielfach erfolgt Kommunikation im Gesundheitswesen immer noch papierbasiert und mit aufwändigen Medienbrüche. Die Kommunikation zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern soll zukünftig vollständig unter Einsatz der sicheren digitalen E-Mail und Messengerdienste KIM und TI-M erfolgen (GeDIG).

Aufwändige Meldeverfahren gibt es aber auch bei der Kommunikation zwischen Krankenkassen und Behörden. Daher soll ein weitergehender Datenaustausch zwischen Krankenkassen und Finanzbehörden vorgesehen werden. So können durch den automatischen Austausch etwa der Einkommensdaten für freiwillig gesetzlich Versicherte aufwändige Meldungen durch die Versicherten zukünftig entfallen.

### **„Pflege-Cockpit“**

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

### **Elektronische Überweisung und Terminvermittlung**

**Erläuterung:** Um Versicherte besser durch das komplexe Gesundheitssystem zu lotsen und eine effiziente sowie bedarfsgerechte Vergabe von Terminen zu gewährleisten, sieht der Koalitionsvertrag die Einführung eines Primärversorgungssystems vor. Eine erfolgreiche,

nutzerfreundliche und bürokratiearme Umsetzung muss konsequent auf digitale Verfahren und Prozesse setzen. Sowohl das bisherige papierbasierte Überweisungsverfahren als auch bestehende Prozesse zur Terminvergabe stellen für Versicherte und Leistungserbringer aufwändige Verfahren dar. Durch die Nutzung elektronischer Überweisung und die elektronische Terminbuchung kann der Zugang zur Versorgung und die Vergabe von Terminen erheblich effizienter gestaltet werden. Die elektronische Überweisung ist Gegenstand des GeDIG, die elektronische Terminvermittlung wird im Primärversorgungsgesetz adressiert werden.

### **Elektronisches BtM-Rezept und Streichung der Druckpflicht Betäubungsmittelbestand**

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

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

### **Direkt-Anbindung von Terminservicestellen an die Terminverwaltung in den Arztpraxen**

**Erläuterung:** Die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützen die Versicherten bei der Suche nach einem Termin. Voraussetzung für eine rasche Terminvergabe ist es, dass den Terminservicestellen von den Arztpraxen freie Termine gemeldet werden. Bisher pflegen Ärztinnen und Ärzte freie Termine zur Vermittlung durch die Terminservicestellen mit großem Aufwand in die elektronischen Systeme der Terminservicestellen ein. Um eine unmittelbare elektronische Übertragung aus Praxisverwaltungs- oder Kalendersystemen der Arztpraxen zu ermöglichen, wird die verbindliche Integration einer Schnittstelle in die Systeme der Arztpraxen vorgesehen (GeDIG).

### **Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens in der ambulanten Psychotherapie**

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

psychotherapeutische Leistungen, einschließlich der notwendigen elektronischen Datenübermittlungen, zu regeln.

### **Befreiung von Zuzahlungen/Chroniker-Regelung**

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

### **Digitales Handzeichen im Gesundheitswesen**

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

### **Prüfung des Verzichts auf den Digital-Beirat der gematik**

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

### **Digitalisierung von Verfahren im Ober-/ Gutachterverfahren bei Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen**

**Erläuterung:** Der Bundesmantelvertrag-Zahnärzte sieht eine neutrale fachliche Überprüfung von zahnärztlichen Behandlungen im Rahmen eines Gutachterverfahrens vor. Das Verfahren ist bisher ein papiergebundenes Verfahren, welches mit einem großen Aufwand verbunden ist. Ein digitaler Austausch der erforderlichen Unterlagen zwischen den vertragszahnärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern und den Krankenkassen trägt zu einem effizienteren und schnelleren Verfahrensablauf bei.

## **Streichung der Verpflichtung zur Integration einer Verordnungssoftwareschnittstelle in IT-Systeme**

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

## **Vermeidung von Doppelprüfungen für bestimmte Leistungserbringergruppen bei der IT-Sicherheit**

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

## **Aufhebung einer Berichtspflicht für Hersteller von IT-Systemen an das Kompetenzzentrum Interoperabilität im Gesundheitswesen (KIG)**

**Erläuterung:** Hersteller von in der Versorgung eingesetzten IT-Systemen müssen Änderungen, die Auswirkungen auf die Einhaltung der Interoperabilitätsanforderungen haben, derzeit umfassend an das Kompetenzzentrum Interoperabilität im Gesundheitswesen (KIG) melden. Die Einhaltung der Anforderungen ist bereits durch anderweitige Mechanismen gewahrt. Die Berichtspflicht wird aufgrund ihres fehlenden Nutzens daher gestrichen.

## **Vereinfachung von Qualitätssicherung-Nachweispflichten, Anbindung der Qualitätssicherung an Telematik-Infrastruktur**

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

### **Bagatellgrenze bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung**

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

### **Durchführung der Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfungen**

**Erläuterung:** Die Übermittlung der für die Beantragung, Genehmigung und Abrechnung der Leistungen relevanten Unterlagen zwischen zahnmedizinischen Hochschulambulanzen und Krankenkassen erfolgt noch immer ausschließlich in Papierform. Durch die damit verbundenen Medienbrüche entsteht ein hoher bürokratischer Aufwand. Bisher fehlt eine Vereinbarung für die elektronische Durchführung der Abrechnung durch die Selbstverwaltung.

### **Abschaffung Nullretaxation bei reinen Formfehlern im Heilmittelbereich**

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

### **Genehmigungsfreiheit für die Versorgung mit niedrigpreisigen Hilfsmittel bis zu 200 Euro**

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

## **Vereinfachungen bei der Umsetzung der Dokumentationsanforderungen der MPBetreibV für Zahnarztpraxen**

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

## **Vereinfachungen beim Implantateregister**

**Erläuterung:** Im Implantateregistergesetz (IReG) ist vorgesehen, dass den Patientinnen und Patienten eine schriftliche oder elektronische Kopie von bestimmten personenbezogenen Daten überreicht wird. Das Verfahren ist für die betroffenen Gesundheitseinrichtungen mit einem erheblichen Aufwand verbunden. Im Zusammenhang mit der geplanten Novellierung des IReG bis Ende 2027 wird geprüft, inwiefern eine aufwandsärmere Ausgestaltung der Auskunftspflichten ermöglicht werden kann. In Betracht kommen dabei etwa die Erfüllung im Rahmen anderweitiger Dokumentationspflichten (Arztbrief) oder die vereinfachte technische Umsetzung des Datenzugangs über die Einbindung der Krankenversicherungsträger.