Stellungnahme
der Bundesärztekammer

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Hilfsmittelversorgung und Maßnahmen zum Bürokratierückbau (Hilfsmittelmodernisierungs- und Bürokratierückbaugesetz – HiB)

(vom 30.10.2026)

Berlin, 16.11.2026

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

info@baek.de

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs 3
2. Stellungnahme im Einzelnen 6
Bedarfsplanung Psychotherapie 6
Artikel 1 Nummer 51 Buchstabe a) (§ 101 Absatz 4 SGB V-E) 6
Bildung einer neuen bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppe für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen 7
Artikel 1 Nummer 51 (§ 101 Absatz 4a SGB V-E) 7
Bagatellgrenzen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen 8
Artikel 1 Nummer 54 (§ 106b Absatz 2 SGB V-E) 8
Datenerhebung nach dem Once-Only-Prinzip 8
Artikel 1 Nummer 127 (§ 299 Absatz 1b Nummer 1 SGB V-E) 8
Datenerhebung nach dem One-Stop-Shop-Verfahren 10
Artikel 1 Nummer 127 (§ 299 Absatz 1b Nummer 2 SGB V-E) 10

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs

Aus Sicht der Bundesärztekammer weisen die vorgeschlagenen Maßnahmen sowohl zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und gleichzeitig qualitativ hochwertigen Versorgung mit Hilfsmitteln als auch zum Rückbau von Bürokratie im Gesundheitswesen grundsätzlich in die richtige Richtung. Es ist ausdrücklich anzuerkennen, dass der Referentenentwurf viele Hinweise aus der Versorgungspraxis aufgreift und die kleinteiligen, aber nichtsdestoweniger notwendigen Anpassungen vornimmt. Insgesamt bleiben die Maßnahmen im Bereich der Bürokratie aber gleichwohl noch deutlich hinter dem Anspruch einer durchgreifenden Entbürokratisierung zurück.

Mit Blick auf den ersten Teil des Gesetzestitels, die Modernisierung der Hilfsmittelversorgung, teilt die Bundesärztekammer die Einschätzung, dass weiterhin Optimierungsbedarf besteht**, um die Hilfsmittelversorgung unbürokratisch und am Versorgungsbedarf der Versicherten ausgerichtet zu gestalten**.

Die dazu vorgeschlagenen Maßnahmen sind überwiegend sinnvoll. Mit Blick auf die vorgeschlagenen Regelungen zugunsten einer qualitativ hochwertigen **Hörgeräteversorgung** unter Berücksichtigung von Aufzahlungen durch die Versicherten ist allerdings anzumerken, dass die Einführung eines verpflichtenden Genehmigungsvorbehalts durch die Krankenkassen nicht sachgerecht ist. Die fachliche Beurteilung, ob eine Hörhilfe eine ausreichende Hörverbesserung bewirkt und das vorgeschlagene Gerät zweckmäßig ist, obliegt den Fachärztinnen und Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.

Zu den vorgeschlagenen Maßnahmen zum Bürokratierückbau über das Feld der Hilfsmittelversorgung hinaus ist grundsätzlich anzumerken, dass die Bundesärztekammer ausdrücklich alle gesetzlichen Initiativen unterstützt, die dazu beitragen, bürokratische Belastungen im Gesundheitswesen abzubauen und Versorgungsprozesse zu modernisieren. Die vorgesehenen Maßnahmen zum Bürokratierückbau setzen an mehreren Stellen sinnvolle Impulse und enthalten einzelne Regelungen, die zu einer spürbaren Entlastung von Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Beschäftigten in der Gesundheitsversorgung beitragen können.

Doch so begrüßenswert die Initiative der Bundesregierung ist, wird dieses Gesetz für sich genommen nicht ausreichen, um die Bürokratielast im Gesundheitswesen nachhaltig zu verringern. Aus Sicht der Bundesärztekammer bedarf es darüber hinaus einer dauerhaften und ressortübergreifend angelegten Strategie zum Bürokratieabbau. Neue gesetzliche und untergesetzliche Regelungen sollten zudem grundsätzlich bereits im Vorfeld auf ihre praktischen Bürokratiefolgen für die Versorgung geprüft werden. Ebenso bedarf es eines konsequenten Monitorings bestehender Dokumentations-, Nachweis-, Berichts- und Meldepflichten mit dem Ziel, unnötige Vorgaben abzubauen und neue Belastungen zu vermeiden. Bürokratieabbau muss zu einem leitenden Prinzip staatlichen Handelns werden, damit die knappen personellen und zeitlichen Ressourcen im Gesundheitswesen vorrangig der Patientenversorgung zugutekommen.

Der vorliegende Entwurf umfasst eine Vielzahl von Maßnahmen, deren Auswirkungen sich hinsichtlich ihrer Reichweite und Tiefe erheblich unterscheiden dürften. Zudem lassen sich nicht alle Maßnahmen mit dem Ziel des Bürokratierückbaus begründen.

Die von der Ärzteschaft seit langem geforderte Einführung einer Geringfügigkeitsgrenze von 300 Euro bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Arztpraxen etwa ist begrüßenswert und stellt einen klaren Beitrag zum Bürokratieabbau dar.

Der Kontrahierungszwang für die Krankenkassen zur Umsetzung von DMPs ist hingegen eher eine strukturpolitische Steuerungsmaßnahme und kein Beitrag zum

Bürokratierückbau. Auch die Regelungen zur Fortentwicklung der Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen mit der Perspektive einer bundesweiten Betrugspräventionsdatenbank werden eher zum Bürokratieauf- statt -rückbau führen.

Insofern setzt der Entwurf eines Hilfsmittelmodernisierungs- und Bürokratierückbaugesetzes zwar erste richtige Akzente. Diesen müssen aber weitere konsequente Schritte folgen. Bürokratieabbau ist keine einmalige Aufgabe, sondern muss zu einem dauerhaften Prinzip nicht nur gesundheitspolitischen, sondern auch ressortübergreifenden Handelns werden. Wichtig ist, dass die geplanten Maßnahmen im Versorgungsalltag tatsächlich spürbare Entlastungen für die Patientenversorgung erwirken. Dabei muss insbesondere vermieden werden, einer übermäßigen Regelungsdichte durch den Erlass neuer Regelungen entgegenwirken zu wollen.

Auch angesichts der Vielzahl der geplanten Änderungen wird die Bundesärztekammer daher nicht auf alle vorgesehenen Maßnahmen im Einzelnen eingehen. Einige der geplanten Änderungen verdienen es aber, besonders hervorgehoben zu werden. Neben der schon erwähnten Einführung einer Geringfügigkeitsgrenze von 300 Euro bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Arztpraxen (die aus Sicht der Bundesärztekammer allerdings noch konkretisiert werden sollte – siehe dazu im Abschnitt „Stellungnahme im Einzelnen“), sind dies insbesondere folgende Maßnahmen:

Artikel 1, Nr. 9: § 23 Abs. 1a SGB V-E (Spezifische Prophylaxe)

Die jetzt vorgesehenen Änderungen entsprechen bereits zuvor erhobenen Forderungen der Bundesärztekammer, passive Immunisierungen in die regulären Entscheidungsstrukturen zu integrieren, d. h. die fachliche Ausgestaltung durch STIKO und GBA erfolgen zu lassen.

Artikel 1, Nr. 51: § 101 Abs. 4a SGB V-E (Bedarfsplanung für ärztliche Psychotherapeuten und Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln)

Die Bundesärztekammer sieht die Trennung der bisher in der Arztgruppe „Psychotherapeuten“ gemeinsam beplanten Bereiche „Erwachsenenpsychotherapie“ und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ als sachgerecht an. Die gesonderte Beplanung kann dazu beitragen, den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung für Kinder und Jugendliche flächendeckend zu verbessern. Voraussetzung hierfür ist allerdings die Fortführung der extrabudgetären Vergütung für psychotherapeutische Leistungen.

Als zwingend notwendig sieht es die Bundesärztekammer an, dass ein Mindestversorgungsanteil für ärztliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten festgelegt wird. Die Festlegung eines solchen Mindestversorgungsanteils sichert den Erhalt ärztlich-psychotherapeutischer Behandlungskompetenzen und -kapazitäten und somit einer multiprofessionellen Versorgungsstruktur. Siehe dazu die weiteren Hinweise im Abschnitt „Stellungnahme im Einzelnen“.

Artikel 1, Nrn. 18 und 70: § 43a SGB V/119 SGB V-E (Sozialpädiatrische Leistungen)

Positiv hervorzuheben ist, dass sozialpädiatrische Leistungen im Einzelfall bis zum vollendeten 21. Lebensjahr erbracht werden können sollen. Die Erweiterung der Altersgrenze trägt der Tatsache Rechnung, dass der Übergang von der kinder- und jugendmedizinischen zur Erwachsenenversorgung für viele junge Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen eine besonders vulnerable Phase darstellt.

Die Neuregelung kann dazu beitragen, Versorgungsbrüche in dieser Übergangsphase zu vermeiden.

Artikel 1, Nr. 36: § 73 SGB V-E („Zusatzbezeichnungen bei kinder- und jugendmedizinischen Facharztbezeichnung)

Die zulassungsrechtliche Gleichstellung von Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten mit Zusatzweiterbildungen, die nur mit einer Facharzt-Bezeichnung Kinder- und Jugendmedizin erworben werden können, zu Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten mit Schwerpunktbezeichnung ist zu begrüßen.

Artikel 1, Nr. 52: § 105 Abs. 1a S. 5 SGB V-E (Strukturfondsmittel)

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass künftig mindestens 20 Prozent der Strukturfondsmittel zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Behinderung eingesetzt werden sollen. Die Bereitstellung ausreichender finanzieller Mittel ist zwingende Voraussetzung dafür, dass die Einrichtungen des Gesundheitswesens ihr Versorgungsangebot bedarfsgerecht an den Belangen von Menschen mit Behinderung ausrichten und Barrierefreiheit gewährleisten können.

Artikel 1, Nr. 57: § 110a SGB V-E (Qualitätsverträge)

Die Beendigung der Pflicht zum Abschluss von Qualitätsverträgen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen zieht die richtigen Konsequenzen aus den überschaubaren Auswirkungen dieses Konstrukts auf den Versorgungsalltag. Die 2015 im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) eingeführte Maßnahme hatte den Charakter von Selektivverträgen und wies Überschneidungen mit bereits ohnehin bestehenden gesetzlichen QS-Maßnahmen auf. Sie leistete daher keinen überzeugenden Beitrag zur Förderung der Versorgungsqualität.

Artikel 1, Nr. 127: § 299 Abs. 1b SGB V-E (Reduzierung von Bürokratie bei der gesetzlichen Qualitätssicherung im Gesundheitswesen)

Die Verschlankung gesetzlicher Qualitätssicherungsverfahren ist ebenfalls eine langjährige Forderung der Bundesärztekammer. Es ist daher sehr erfreulich, dass nunmehr konkrete Maßnahmen hierzu auf den Weg gebracht werden sollen. Die Einführung eines „Once-Only-Prinzips“ und eines „One-Stop-Shop“-Verfahrens sind dabei gute Ansätze, allerdings ist der Referentenentwurf hierzu noch nicht an allen Stellen und im Detail durchdacht, siehe die ausführlichen Anmerkungen der Bundesärztekammer im Abschnitt „Stellungnahme im Einzelnen“.

Artikel 1, Nr. 137: §§ 394a u. 394b SGB V-E (Zukunftsfonds digitale Gesundheit)

Die Bundesärztekammer begrüßt die Einrichtung eines Zukunftsfonds für digitale Transformation und IT-Sicherheit in der Gesundheitsversorgung. Dies ist vor dem Hintergrund der wachsenden Bedeutung der Digitalisierung im Versorgungsalltag sinnvoll und sachgerecht. Der Bedarf an einer sicheren und stabilen digitalen Infrastruktur sowie am Ausbau weiterer Anwendungen ist offensichtlich. Eine entsprechende Förderung ist daher ausdrücklich zu begrüßen.

Einige andere der geplanten Maßnahmen im Referentenentwurf sieht die Bundesärztekammer als grundsätzlich nachvollziehbar an, weist aber auf noch zu klärende Fragen und Regelungsdetails hin. Dies betrifft etwa folgende Maßnahmen:

Artikel 1, Nr. 29: § 64f SGB V-E in Verbindung mit Artikel 10 (Modellvorhaben Direktzugang und Änderung des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes)

Der Direktzugang zur Physiotherapie soll über Modellvorhaben nach § 64f SGB V-E in Kombination mit einer hochschulischen Erweiterungsausbildung nach § 9a Masseur- und Physiotherapeutengesetz (MPhG) erprobt werden. Die Bundesärztekammer befürwortet grundsätzlich die vorgesehenen Modellvorhaben als wissenschaftlich begleitete und zeitlich befristete Erprobung eines Direktzugangs zur physiotherapeutischen Versorgung.

Im Hinblick auf das von der Bundesregierung angekündigte Primärversorgungssystem muss jedoch sichergestellt werden, dass keine widersprüchlichen Zugangsregelungen entstehen. So darf es beispielsweise nicht dazu kommen, dass Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie nur nach Überweisung durch einen Hausarzt aufgesucht werden können, während Physiotherapeutinnen und- therapeuten direkt zugänglich sind. Bei Einführung eines Primärversorgungssystems bedarf daher auch der Zugang zu Heilmittelerbringern eines geeigneten Steuerungsmechanismus.

2. Stellungnahme im Einzelnen

Bedarfsplanung Psychotherapie

Artikel 1 Nummer 51 Buchstabe a) (§ 101 Absatz 4 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Referentenentwurf sieht eine Streichung der bisherigen, gesetzlich fixierten Mindestquote für ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Höhe von 25 Prozent vor. Die Höhe der Mindestversorgungsanteile, die ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vorbehalten sein soll, soll künftig der Gemeinsame Bundesausschuss bedarfsgerecht festlegen können.

Anders als in der Gesetzesbegründung dargestellt, handelt es sich hierbei nicht lediglich um eine Rechtsbereinigung aufgrund der Einführung einer neuen Arztgruppe in § 101 Absatz 4a für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer lehnt die geplante Streichung der gesetzlichen Festlegung eines Mindestversorgungsanteils von 25 Prozent für ärztliche Psychotherapeuten ab.

Die bisherige gesetzliche Regelung hat sich bewährt, wobei mit einem Anteil von 25 Prozent ein Ausgangswert gesetzlich verankertet wird, dessen Höhe der GBA auch bisher anpassen konnte.

Um eine angemessene Beteiligung ärztlicher Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an der psychotherapeutischen Versorgung sicherzustellen, ist die gesetzliche Verankerung einer Mindestquote weiterhin notwendig.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der geplanten Änderungen in Artikel 1 Nummer 51 Buchstabe a Doppelbuchstaben aa und bb.

Da aufgrund der neu gebildeten Arztgruppe in Absatz 4a (neu) der bisher in Absatz 4 Satz 5 festgelegte Mindestversorgungsanteil für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, obsolet wird, erfolgt in Absatz 4 Satz 5 im Sinne der Rechtsbereinigung eine Streichung der Wörter „*und mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 20 Prozent der regional maßgeblichen Verhältniszahl den Leistungserbringern nach Satz 1, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen,*“.

Bildung einer neuen bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppe für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Artikel 1 Nummer 51 (§ 101 Absatz 4a SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Referentenentwurf sieht vor, dass ärztliche sowie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, zukünftig eine eigene Arztgruppe bilden sollen.

Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad soll für diese Arztgruppe erstmals zum 31. Dezember 2026 ermittelt werden. Der GBA soll die neuen Verhältniszahlen beschließen.

Laut dem Referentenentwurf soll der GBA einen Mindestversorgungsanteil für ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie innerhalb dieses Anteils weitere nach Fachgebieten differenzierte Mindestversorgungsanteile (bspw. Psychosomatische Medizin) vorsehen können.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer begrüßt die Einführung einer eigenen bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppe für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Allerdings sollte sichergestellt werden, dass auch die ärztliche kinder- und jugendpsychotherapeutische Versorgung gewährleistet ist.

Da insbesondere in bevölkerungsarmen Regionen Planungsbezirke vorhanden sein können, in denen nur wenige Zulassungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, ist eine gesetzlich fixierte Mindestquote für psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte wie bisher in Höhe von 25 Prozent notwendig.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

§ 101 Absatz 4a Sätze 4 und 5 wird wie folgt formuliert:

„In den Richtlinien nach Absatz 1 **ist sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 25 Prozent der regional maßgeblichen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten vorbehalten ist. Darüber hinaus** kann der Gemeinsame Bundesausschuss ~~einen Mindestversorgungsanteil für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige~~

~~Ärzte sowie~~ innerhalb dieses Mindestversorgungsanteils weitere nach Fachgebieten differenzierte Mindestversorgungsanteile aus Versorgungsgründen vorsehen."

Bagatellgrenzen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen

Artikel 1 Nummer 54 (§ 106b Absatz 2 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den Rahmenvorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen soll zukünftig verpflichtend die Vorgabe einer Geringfügigkeits-/Bagatellgrenze in Höhe von 300 Euro enthalten sein, bis zu deren Erreichung Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht beantragt werden können.

Diese soll je Betriebsstättennummer, Krankenkasse und Quartal bei 300 Euro liegen. Maßgeblich ist somit die Summe der Beträge innerhalb der jeweiligen Kombination aus Betriebsstättennummer, Krankenkasse und Quartal und nicht der einzelne Arzt oder die einzelne Verordnung.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer unterstützt das Anliegen als einen Beitrag zum Bürokratieabbau. Es ist nachvollziehbar, die Grenze zunächst in einem niedrigen Bereich anzusetzen. Um einen wirksamen Bürokratierückbau zu erreichen, sollte sie jedoch künftig schrittweise angehoben werden.

Darüber hinaus sollte nicht die Betriebsstättennummer, sondern der einzelne Arzt, die einzelne Ärztin als die Bezugsgröße für die Bagatellgrenze dienen. So wird eine Benachteiligung größerer Berufsausübungsgemeinschaften gegenüber einzeln niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten vermieden, da beispielsweise bei einer Berufsausübungsgemeinschaft mehrere Ärztinnen und Ärzte unter einer gemeinsamen Betriebsstättennummer tätig sein können.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

In § 106b Absatz 2 Satz 2 wird nach der Angabe „*durchgeführt*" die Angabe „*und dass bis zu einem Betrag von 300 Euro je ~~Betriebsstättennummer~~* ***Arzt****, Krankenkasse und Quartal diese nicht beantragt*" eingefügt.

Datenerhebung nach dem Once-Only-Prinzip

Artikel 1 Nummer 127 (§ 299 Absatz 1b Nummer 1 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In bestehende Richtlinien, Beschlüssen des GBA sowie in den Vereinbarungen nach § 137d SGB V soll bis zum 31.12.2029 vom GBA sichergestellt werden, dass Daten nach dem „Stand der Technik aufwandsarm in semantisch und syntaktisch interoperabler Form bereitgestellt und verarbeitet werden."

Nach § 299 Absatz 1b Nummer 1 SGB V-E soll gemäß Gesetzesbegründung das „Once-Only-Prinzip" gelten, d. h. Daten der Leistungserbringer und Krankenkassen sollen

verfahrensübergreifend nur einmal erhoben und ermittelt und zum Zwecke der Qualitätssicherung den berechtigten Empfängern zur Verfügung gestellt werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Jede Verbesserung der Interoperabilität zwischen IT-Systemen zur Qualitätssicherung (QS) und anderen IT-Systemen der Versorgung wird von der Bundesärztekammer ausdrücklich begrüßt.

Dem Kapitel 4.2 (Seite 127) über den zu erwartenden Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft ist zu entnehmen, das unter dem „Once-Only-Prinzip“ auch die patientenbezogenen Daten in den Krankenhausinformationssystemen inkludiert sind:

„Entfallen könnten bspw. die erneute Eingabe von patientenbezogenen Daten, da diese in Krankenhausinformationssystemen oder bei Krankenkassen bereits vorliegen sowie die Erhebung bereits vorliegender Merkmale für verschiedene QS-Zwecke, wodurch manuelle Recherchen von Informationen und die Übertragung in Eingabemasken der Erfassungsmodule entfallen.”

Die unterstellte Entlastung setzt also voraus, dass QS-relevante Daten in den Krankenhausinformationssystemen strukturiert, kodiert und in der für die Qualitätssicherung geeigneten Form vorliegen. QS-Datenfelder haben aber häufig verfahrensspezifische Definitionen, Zeitbezüge und Ausfüllhinweise. Datenfelder, die sich leicht übernehmen lassen (Stammdaten, Aufnahme- und Entlassdaten, OPS, ICD), werden in vielen Krankenhäusern schon jetzt aus dem KIS in die QS-Dokumentationssoftware übernommen. Der manuelle Restaufwand liegt gerade bei den klinischen Datenfeldern, die nicht strukturiert vorliegen.

Die Voraussetzung zur Überwindung dieser Lücke kann der GBA selbst aber nicht herstellen: Seine Richtlinien nach § 91 Abs. 6 SGB V binden die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und Krankenkassen, nicht aber die Hersteller informationstechnischer Systeme. Die hierfür relevanten Vorgaben an die Krankenhaus-IT werden im SGB V z. B. über die Schnittstellenintegration nach § 371, die Spezifikationen nach § 373 und die Konformitätsbewertung nach § 387 adressiert. Eine Schnittstelle für Zwecke der Qualitätssicherung des GBA ist dort bislang nicht vorgesehen, und der Referentenentwurf ergänzt sie nicht. Ohne diese Flankierung verpflichtet § 299 Abs. 1b SGB V-E den GBA auf ein Ergebnis, dessen Voraussetzung außerhalb seiner Regelungskompetenz liegt. Die erhoffte Entlastung des Dokumentationsaufwands im Krankenhaus würde daher absehbar nicht eintreten.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer regt an:

1. § 371 Abs. 1 SGB V um eine Schnittstelle zur Übermittlung von Daten für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 299 zu ergänzen;

2. das Kompetenzzentrum für Interoperabilität zu beauftragen, die Spezifikationen hierfür nach § 373 im Benehmen mit GBA und IQTIG zu erstellen;

3. den Erfüllungsaufwand für Hersteller und Krankenhäuser auszuweisen.

Datenerhebung nach dem One-Stop-Shop-Verfahren

Artikel 1 Nummer 127 (§ 299 Absatz 1b Nummer 2 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß Gesetzesbegründung wird in § 299 Absatz 1b Nummer 2 SGB V-E das „One-Stop-Shop-Verfahren“ festgelegt, welches besagt, dass alle Daten in Qualitätssicherungsverfahren an eine verfahrensübergreifend zentrale Stelle zu übermitteln sind. Routinedaten der Krankenkassen bzw. Daten des Datenübermittlungen der Krankenhäuser an das IneK gemäß § 21 Absatz 3a KhEntgG sind zu bevorzugen. „Primärdaten“ sollen nur ausnahmsweise erhoben werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer begrüßt grundsätzlich Maßnahmen zur Vereinfachung der datengestützten Qualitätssicherung des GBA. Allerdings sind dabei folgende Einschränkungen und Herausforderungen zu berücksichtigen: Mit der verfahrensübergreifend zentralen Stelle, die vom GBA zu benennen ist, dürfte faktisch das IQTIG gemeint sein. Schon jetzt ist das IQTIG Datenannahmestelle für zu meldende Strukturdaten gemäß GBA-Richtlinien, z. B. PPP-RL, QSFFx-RL und QFR-RL sowie für die fallbezogenen so genannten Bundesverfahren der DeQS-RL.

Im Kapitel 4.4 Erfüllungsaufwand für Bund, Länder, Kommunen wird angegeben, dass es gegenwärtig 51 Datenannahmestellen „der Länder“ gebe. Der Personalaufwand würde sich nach Schätzung des Gesetzgebers bei einer Überführung auf eine zentrale bundesweite Datenannahmestelle halbieren. Die Bundesärztekammer weist darauf hin, dass die Einordnung unter „Länder“ nicht in jedem Fall zutreffend ist. So werden die Datenannahmestellen (DAS) für länderbezogene QS-Verfahren gemäß DeQS-RL nicht von den Bundesländern, sondern von den Landesarbeitsgemeinschaften (LAG), also den Selbstverwaltungsträgern auf Landesebene, getragen.

Die möglichen negativen Auswirkungen einer solchen Zentralisierung werden im Referentenentwurf nicht berücksichtigt. So verfügen die Datenannahmestellen (DAS) auf Landesebene über genaue Kenntnisse der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in ihrem Bereich und sind ihnen zu einem praxisnahen Support verpflichtet. Eine zentrale Datenannahmestelle dürfte kaum in der Lage sein, vergleichbare Detailkenntnisse über sämtliche Einrichtungen in Deutschland vorzuhalten. Ein entsprechend kumulierter Serviceaufwand ist bei der zentralen DAS einzuberechnen. Eine Aufteilung der Funktionen, d. h. technische Datenannahme zentral beim IQTIG und Support weiter dezentral in den LAG, dürfte den Aufwand eher steigern statt senken. Insgesamt ist deshalb fraglich, ob bei gleichbleibendem Serviceumfang tatsächlich eine Reduzierung des Gesamtaufwands erreicht werden kann.

Zur Verwendung von Routinedaten sind seit Jahren die methodischen Limitationen bekannt. Zum Zwecke der Abrechnung erhobene Daten eigenen sich häufig nicht, um Fragen der Versorgungsqualität zu beantworten. Auch entsteht hier bei der Interpretation der Daten, z. B. im Stellungnahmeverfahren der DeQS-RL, mitunter erheblicher Aufwand für die Beteiligten. Für den Bereich der Onkologie gibt es immerhin die Möglichkeit, die Daten klinischer Krebsregister für die gesetzliche Qualitätssicherung zu nutzen. Diese klinisch deutlich aussagekräftigere Dokumentation, die bei dem DeQS-Verfahren Prostata-CA ab 2027 zur Anwendung kommen wird, sollte so oft wie möglich genutzt werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Kein Änderungsvorschlag.