

Vorschläge aus Verbrauchersicht zum Abbau bürokratischer Hürden im Gesundheits-/Pflegesystem

6. Juli 2026

Prozesse digitalisieren und automatisieren

- **Elektronische „Kind-krank“-Bescheinigung einführen:** Mit einer elektronischen „Kind-krank“-Bescheinigung (Muster 21) vergleichbar zur elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (e-AU) müssen Arztpraxen die Bescheinigung nicht mehr ausdrucken und signieren, die Bescheinigung muss nicht mehr postalisch verschickt oder abgeholt werden und Eltern müssen sie anschließend nicht digitalisieren, um sie Arbeitgeber und Krankenkasse zukommen zu lassen.
- **Terminservicestellen an die Terminverwaltung in den Arztpraxen direkt anbinden:** Mittels einer verpflichtenden Schnittstelle im Praxis-/Terminverwaltungssystem der Arztpraxen werden freie Termine automatisch an die Terminservicestellen und die 116 117 gemeldet und synchronisiert. Für Arztpraxen entfällt Aufwand fürs Melden und Aktualisieren, für Patient:innen stehen mehr Termine über die 116 117 zur Verfügung.
- **Antragsverfahren der Krankenkassen** konsequent digitalisieren (für Versicherte optional) und doppelte Authentifizierung (erst digital/online, dann zusätzlich auf Papier) abstellen.
- **Pflicht zur automatischen Auslösung von Reha-Anträgen** für Leistungserbringer nach stationären oder ambulanten Operationen (zum Beispiel Sozialdienste der Krankenhäuser) bereits mit der Aufnahme, soweit Reha standardmäßig indiziert ist (zum Beispiel Hüft-, Knie-TEP, nach Herzinfarkt, Herzinsuffizienz etc.)¹
- **Richtlinien zur ärztlichen Verordnung von Hilfsmitteln** mittels Prüfauftrag überprüfen, ob in weiteren Fällen von Folgeverordnungen abgesehen werden kann.
- **Digitale Wiederholungsverordnungen für Dauermedikationen ermöglichen:** Bei langfristig stabil eingestellter Medikation sollten Folgerezepte für längere Zeiträume digital ausgestellt werden können.

Zuständigkeiten bündeln

- **One-stop-Shop für Korrektur von Fehlern in Abrechnungsdaten einführen:** Verbraucher:innen würden von einer zentralen Ansprechstelle für die Korrektur von fehlerhaften Abrechnungsdaten (zum Beispiel bei der Krankenkasse) enorm profitieren. Zudem könnte dort entsprechende Expertise gebündelt werden, um den Korrekturprozess effizienter zu gestalten.
- **Federführenden Leistungsträger bei unklaren Zuständigkeiten bestimmen und Anträge weiterleiten:** Versicherte, Pflegebedürftige und An- bzw. Zugehörige wissen häufig nicht, welcher Leistungsträger für bestimmte Leistungen zuständig ist. Nach dem Vorbild des § 14 SGB IX sollte ein zunächst angegangener Leistungsträger verpflichtet werden, Anträge an den zuständigen Träger weiterzuleiten und die Antragstellenden hierüber zu informieren. Dies würde Fehlanträge, Doppelanfragen und Verzögerungen reduzieren und den Zugang erleichtern.
- **Missbrauchsmeldungen automatisch nachverfolgen:** Kranken- und Pflegekassen müssen bei Hinweisen auf Missbrauch (zum Beispiel Abrechnung nicht erbrachter Leistungen oder Einholen von Vorausunterschriften) verbindlich tätig werden. Unklare Verantwortlichkeiten erzeugen

¹ beispielhaft siehe: <https://leitlinien.dgk.org/2023/kardiologische-rehabilitation-bei-patienten-mit-herzinsuffizienz/>

derzeit unkoordinierte Anfragen durch Betroffene und Mehraufwände bei verschiedenen Stellen im System. Diese Verantwortungsdiffusion könnte aufgelöst werden durch eine zentrale Anlaufstelle, die Meldungen bündelt, sowie klare Verpflichtungen zur Prüfung, Rückmeldung und Transparenz über den Bearbeitungsstand.

Einheitliche Standards und Prozesse in der ambulanten Pflege schaffen

- **Ambulante Verträge im WBVG spezialgesetzlich regeln:** Ambulante Pflegeverträge sollten mit spezialgesetzlichen Regelungen in das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) aufgenommen werden. Klare und einheitliche Vorgaben für die Vertragsgestaltung würden ein einheitliches und verbraucherfreundliches Schutzniveau sicherstellen, Rechtssicherheit und Transparenz für Verbraucher:innen wie Leistungserbringer schaffen und Angebote vergleichbar machen. Verträge müssen die vereinbarten Leistungen verständlich und konkret beschreiben sowie Angaben zu Umfang, Häufigkeit und den jeweils anfallenden Kosten enthalten. Darüber hinaus sind Kündigungsregelungen erforderlich, um die Pflegebedürftigen vor Versorgungslücken zu schützen.
- **Abtretungserklärungen und Vorkasse abschaffen:** Abtretungserklärungen und Vorkasseverfahren sind nicht nur aufwendig in der Abwicklung, sie belasten die Verbraucher:innen finanziell und laden zu Missverständnissen und Missbrauch ein. Versicherte verlieren häufig den Überblick und die Kontrolle über ihre Leistungsansprüche und müssen Erstattungen selbst nachverfolgen. Ein System ohne Abtretung und ohne Vorkasse – mit direkter Abrechnung zwischen Leistungserbringern und Kassen sowie transparenter Information der Versicherten – würde Prozesse vereinfachen, Fehleranfälligkeit reduzieren und die Inanspruchnahme notwendiger Leistungen deutlich erleichtern.

Bürokratische Hürden bei der Inanspruchnahme von Härtefallregelungen abbauen und Informationslage der Versicherten verbessern

- **Zahnersatz** (§ 55 SGB V, bes. Abs. 2 und 3): Krankenkassen gesetzlich verpflichtet, bei Genehmigung aktiv über Möglichkeiten zu informieren, wie die Eigenanteile reduziert werden können (Erhöhung des Festzuschusses) und die Versicherten bei Bedarf dabei zu unterstützen. Dafür entsprechenden Hinweis in Formular Heil- und Kostenplan aufnehmen.
- **Zuzahlungsbefreiungen:** Einkommensnachweis mittels vorliegenden Steuerbescheids ermöglichen (anstelle von Einzelnachweisen) und bestimmte Personengruppen von Zuzahlungen pauschal befreien (analog den schon bestehenden Regelungen für Zahnersatz (Grundsicherung, Hilfe zum Lebensunterhalt, Ausbildungsförderung) beziehungsweise für weitere Gruppen (Hilfe zur Pflege, Grundsicherung im Alter, Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz). Regelungen sind aktuell nicht konsistent.

- **Digitales Zuzahlungskonto bei Krankenkassen einrichten:** Leistungserbringer melden die Zuzahlungsbeträge automatisch an die Krankenkassen, diese stellen den aktualisierten Kontostand in die elektronische Patientenakte (ePA) ein oder informieren Versicherte auf Nachfrage beziehungsweise auf Wunsch regelmäßig (zum Beispiel monatlich).
- **Chroniker-Regelung:** Ärztliche Bescheinigungen gelten bei entsprechender Indikation und Plausibilität künftig unbegrenzt oder für mehrere Jahre (statt nur einem Jahr), da Zustandsverbesserung zum Beispiel bei Arthrose, Immunerkrankungen, Multiple Sklerose, Morbus Crohn sehr unwahrscheinlich bis ausgeschlossen ist.
- **Genehmigungsfiktionen ausweiten und vereinheitlichen:** Für Anträge auf Leistungen wie Wohnraumanpassungen, Rehabilitationsmaßnahmen oder Hilfsmittel sollten klare und einheitliche Fristen gelten. Erfolgt innerhalb dieser Fristen keine Entscheidung oder Mitteilung eines Prüfbedarfs durch den zuständigen Leistungsträger, sollte der Antrag als genehmigt gelten. Versicherte sind über diese Regelungen verständlich zu informieren.
- **Krankenfahrten unbürokratischer gestalten:** Für regelmäßig notwendige Krankenfahrten, insbesondere zur Dialyse oder Krebsbehandlung, sollte die ärztliche Verordnung grundsätzlich als Leistungsnachweis genügen. Zusätzliche Genehmigungsverfahren verursachen vermeidbaren Aufwand für Versicherte und Krankenkassen.
- **Genehmigungsverfahren bei Heilmitteln abbauen:** Versicherte erleben bei langfristig oder über den Regelfall hinaus verordneten Heilmitteln häufig zeitaufwändige Prüf- und Genehmigungsverfahren. Bei medizinisch begründeten Verordnungen sollte die ärztliche Entscheidung grundsätzlich ausreichend sein.

Transparenz und Verständlichkeit von Antragsverfahren stärken

- **Formulare, Bescheide und Antragsverfahren** der Krankenkassen mittels Prüfauftrag auf Laienverständlichkeit überprüfen
- **Bearbeitungsstände (zum Beispiel Antrag auf Reha-Maßnahme, Hilfsmittel, Pflegegrad)** transparent und nachvollziehbar gestalten, ähnlich der Paketverfolgung: Antrag eingegangen / Medizinischer Dienst beteiligt / Entscheidung in Bearbeitung / Bescheid versandt. Vermeidet mehrmaliges Anrufen/Nachfragen bei Krankenkassen.
- **Bundesweit und kostenträgerübergreifend einheitliche Formulare und Fristen** für Anträge (zum Beispiel Reha, Fahrtkostenübernahme, Hilfsmittel, Haushaltshilfe).
- **Mehrfacherfassungen durch einmalige Dateneingabe vermeiden:** Pflegebedürftige sowie An- und Zugehörige müssen häufig dieselben Informationen wiederholt an verschiedene Stellen übermitteln. Ein gesetzlich geregelter Datenaustausch zwischen den beteiligten Akteuren mit Zustimmung der Betroffenen beziehungsweise ihrer bevollmächtigten Personen sowie die einmalige Erfassung relevanter Informationen, etwa in einer digitalen Pflegeakte oder angebunden an die ePA, könnten Bürokratie deutlich abbauen.

- **Vorprüfung vor Widerspruchsverfahren bei Pflegegradbescheiden einführen:** Viele Versicherte erhalten erst im Widerspruchsverfahren den angemessenen Pflegegrad. Eine verpflichtende Vorprüfung vor Einleitung des Widerspruchsverfahrens könnte ermöglichen, Missverständnisse zu klären oder fehlende Unterlagen nachzureichen und so unnötigen Aufwand für Versicherte, Angehörige und Pflegekassen vermeiden.
- **Begleitende Beratung nach Antragstellung auf Pflegeleistungen anbieten:** Das Pflegegradverfahren ist für Pflegebedürftige sowie An- und Zugehörige häufig schwer verständlich. Nach Eingang eines Antrags sollte daher eine niedrigschwellige Pflegeberatung bzw. Pflegebegleitung angeboten werden, um über relevante Kriterien der Begutachtung, erforderliche Unterlagen und das weitere Verfahren zu informieren. Dies kann die Qualität der Anträge verbessern und Fehlentscheidungen vermeiden.
- **Bei Ablehnungen auf alternative Leistungsansprüche und Beratungsangebote hinweisen:** Versicherte wissen nach einer Leistungsablehnung häufig nicht, welche weiteren Ansprüche in Betracht kommen oder an welche Stellen sie sich wenden können. Krankenkassen und andere Leistungsträger sollten verpflichtet werden, in Ablehnungsbescheiden auf naheliegende alternative Anlaufstellen, Leistungen oder Beratungsangebote hinzuweisen. Dies würde Orientierung schaffen und unnötige Folgeanträge vermeiden.

Impressum

Herausgegeben von:

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.
Rudi-Dutschke-Straße 17, 10969 Berlin

T +49 30 25800-0
gesundheit@vzbv.de
vzbv.de

Für den Inhalt verantwortlich:

Team Gesundheit und Pflege

Der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. ist im Deutschen Lobbyregister und im europäischen Transparenzregister registriert. Sie erreichen die entsprechenden Einträge [hier](#) und [hier](#).