



Vorschläge für Maßnahmen zum Bürokratieabbau



Bürokratie abbauen, Versorgung verbessern



Bürokratie abbauen, Versorgung verbessern

Unnötige Bürokratie bindet Zeit und Ressourcen, die im Gesundheitswesen dringend für die Versorgung gebraucht werden. Jede nicht unbedingt erforderliche Dokumentations-, Nachweis- oder Antragspflicht geht zulasten der Zeit für Diagnostik, Therapie und Zuwendung und belastet zugleich die Motivation derjenigen, die täglich Verantwortung für Patientinnen und Patienten übernehmen.

Eine einfache Frage sollte deshalb künftig jede Regelung begleiten: Was würde in der Versorgung fehlen, wenn diese Dokumentation morgen wegfielen?

Besonders deutlich wird der Handlungsbedarf bei der Mehrfacherfassung von Daten. Informationen werden heute vielfach in der Praxis- oder Kliniksoftware, für Krankenkassen, Register, Qualitätssicherung und statistische Zwecke erhoben. Das Once-Only-Prinzip muss daher konsequent umgesetzt werden. Das heißt: Daten sollten nur einmal erfasst und anschließend über standardisierte Schnittstellen sicher weiterverarbeitet werden.

Ebenso wichtig: Viele Regelungen greifen ineinander, liegen aber in unterschiedlichen Zuständigkeiten. Erforderlich ist deshalb eine ressortübergreifend angelegte Strategie, die dauerhaft ausgelegt ist. Nur wenn Regelungen aufeinander abgestimmt und auf ein notwendiges Maß reduziert werden, lässt sich verhindern, dass sich innerhalb weniger Jahre wieder genauso viel – oder sogar noch mehr – Bürokratie ansammelt wie heute.

Die Bundesärztekammer legt mit diesem Papier konkrete Vorschläge vor, wie unnötiger Verwaltungsaufwand in Praxen und Kliniken reduziert und dadurch Zeit für gute Medizin zurückgewonnen werden kann.

Denn unnötige Bürokratie abzubauen, bedeutet letztlich: Die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Doppelanfragen vermeiden: Abgleich der Anfragen aus den unterschiedlichen Abteilungen, Kassen, Versicherungen und Diensten, Vereinfachung von Versicherungsanfragen jeglicher Art

Sowohl in Praxen als auch in Kliniken entsteht eine große bürokratische Belastung durch zeitintensive Beantwortung der Anfragen etwa von Krankenkassen, Rentenversicherungsträgern oder des Medizinischen Dienstes, obwohl diese Daten zum Sachverhalt den Anfragenden bereits bekannt sein sollten. So fragt beispielsweise der Medizinische Dienst bei der Ärztin oder beim Arzt die Wundbeschaffenheit bei Patientinnen und Patienten ab, obwohl der Pflegedienst die gleiche Anfrage bekommt und regelmäßig Wunddokumentationen übermittelt.

Oder es werden Anfragen zu Beginn oder zu Diagnosen einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit gestellt,

obwohl den Kostenträgern diese Angaben schon bekannt sind.

Zudem sollten bei der Abfrage von gleichen Sachverhalten identische digitale Antragsformulare der verschiedenen Kostenträger eingeführt und genutzt werden, um den zeitlichen Aufwand bei deren Bearbeitung durch Ärztinnen und Ärzte zu reduzieren.



Vorschlag für die Umsetzung:

Gesetzliche Anpassung

Effizienzsteigerung der Krankenhausprüfungen durch den Medizinischen Dienst

Die Prüfungen von Krankenhausabrechnungen durch den Medizinischen Dienst dienen der Sicherstellung einer ordnungsgemäßen und wirtschaftlichen Verwendung der Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die gegenwärtigen Prüfverfahren sind sowohl auf Seiten der Krankenhäuser als auch bei Krankenkassen und Medizinischen Diensten mit einem erheblichen administrativen Aufwand verbunden. So wird ein beträchtlicher Teil der eingesetzten personellen Ressourcen für die Bearbeitung von Einzelfällen mit geringem finanziellen bzw. grundsätzlichem Klärungsbedarf aufgewendet.

Es sollte daher geprüft werden, ob die Regelungen des § 275c SGB V stärker auf eine risikoorientierte und effiziente Ausgestaltung der Abrechnungsprüfungen ausgerichtet werden können. Ziel sollte es sein, Prüfkapazitäten auf Fälle mit tatsächlicher Relevanz für die Abrechnungsqualität und Wirtschaftlichkeit zu konzentrieren und zugleich unnötige Verwaltungsaufwände für alle Beteiligten zu reduzieren.



Vorschlag für die Umsetzung:

Gesetzliche Anpassung (§ 275c SGB V)

Einführung einer Bagatellgrenze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Die Prüfkosten für Einzelfallprüfungen liegen oftmals höher als die beantragten Rückforderungen. Ein wirtschaftliches Verwaltungshandeln ist dadurch nicht gegeben. Es entsteht Verwaltungsaufwand nicht nur in den Vertragsarztpraxen, sondern auch bei den KVen, Krankenkassen und Prüfungsstellen. Die Einführung einer Geringfügigkeitsgrenze, die mit 300 Euro etwa in Höhe der üblicherweise und dabei mindestens entstehenden Verfahrenskosten liegt, würde hier zu einer deutlichen Entlastung führen.

Die Bagatellgrenze sollte zunächst in einem niedrigen Bereich (300 Euro) ansetzen, sie sollte jedoch dann schrittweise weiter angehoben werden, um eine wirksame Entbürokratisierung zu bewirken. Auch der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert in einem Beschluss (Drucksache Ic – 36) das Bundesgesundheitsministerium (BMG) auf, sich für eine zeitnahe bundesweite Einführung einer gesetzlichen Bagatellgrenze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen

nach § 106 SGB V in Höhe von 300 Euro pro Praxis, Quartal und Krankenkasse einzusetzen. Im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) war eine entsprechende Geringfügigkeitsgrenze in Höhe von 300 Euro bereits geplant. Ausweislich der Haushaltsangaben im GVSG wurde damals davon ausgegangen, dass durch diese Maßnahme rund 70 Prozent der bislang durchgeführten Prüfverfahren zukünftig entfallen würden. Vor diesem Hintergrund wurde mit einer zusätzlichen finanziellen Belastung der GKV von drei Millionen Euro, dem gegenüber jedoch mit Einsparungen durch die Reduktion der Ausgaben für die Prüfverfahren von 11,5 Millionen Euro gerechnet. Das Gesetz fiel nach dem Bruch der Ampelregierung der Diskontinuität anheim.



Vorschlag für die Umsetzung:

Gesetzliche Anpassung (§ 106 SGB V)



Verschlinkung der gesetzlichen Qualitätssicherung

Die Vielzahl der auszufüllenden Datenfelder für die QS-Richtlinien des G-BA steht in keinem Verhältnis zu deren Bedeutung für die QS-Themen. Grundsätzlich sollten nur solche Datenfelder definiert werden, die mit Daten befüllt werden können, die ohnehin bei der Patientenbehandlung erhoben werden. Diese sollten dann automatisiert übertragen werden. Die einzelnen QS-Maßnahmen sollten einer jährlichen Evaluation unterzogen werden, ob diese aktuell noch notwendig sind.

Zu fordern ist eine gesetzliche Verankerung, dass der G-BA Bestimmungen in Richtlinien aufzuheben hat, wenn er im Rahmen seines Evaluationsauftrags gemäß § 136d SGB V zu Erkenntnissen kommt,

wonach eingeführte Maßnahmen der Qualitätssicherung absehbar zu keiner weiteren Verbesserung der Qualität beitragen, oder der eingesetzte Aufwand unverhältnismäßig hoch mit Blick auf das erwartbare Ausmaß weiterer Qualitätsverbesserungen ist. Ein solcher Prüfauftrag ist auch beim IQTIG über eine Ergänzung in § 137a SGB V zu verstetigen.



Vorschlag für die Umsetzung:

Gesetzliche Anpassung (§§ 136, 136d, 137a SGB V)

Interoperabilität von Klinikdaten verbessern

In Kliniken werden teilweise mehrfach in verschiedenen Abteilungen die gleichen Patientendaten erhoben. Dies führt zu zusätzlichem Aufwand. Zuletzt hat der 130. Deutsche Ärztetag 2026 festgestellt, dass die unzureichende Praxistauglichkeit, Stabilität und Interoperabilität vieler IT-Systeme und digitaler Anwendungen im Gesundheitswesen zunehmend zu einem Risiko für die Patientensicherheit werden.

Der Ärztetag fordert das Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen (KIG) der gematik sowie die Anbieter von Praxisinformationssystemen (PVS) und Krankenhausinformationssystemen (KIS) daher auf, die Digitalisierung des Gesundheitswesens im Interesse der Patientensicherheit konsequent an der Usability auszurichten. Dies betrifft glei-

chermaßen KIS, PVS und sektorenübergreifende Anwendungen der Telematikinfrastruktur (Drucksache Ic – 01). Das Gesetz für Daten und digitale Innovationen im Gesundheitswesen (GeDIG) ist in diesem Sinne begrüßenswert, geht mit dem Datenzugriff von Krankenkassen auf die elektronische Patientenakte (ePA) und sensible Patientendaten allerdings teilweise in eine falsche Richtung.



Vorschlag für die Umsetzung:

Gesetzliche Vorgaben zu einer verpflichtenden Interoperabilität weiterentwickeln/nachbessern

Reduktion von Pflichten und Nachweiserfordernissen zu Datenschutz und Cybersicherheit

Einige Vorschriften des SGB V enthalten unnötige Regelungen zur Datenübermittlung, die entbehrlich sind. Hier sollte eine Abstimmung und Reduktion von Regelungen zu Datenschutz und Cybersicherheit erfolgen.

So sind etwa Leistungserbringer nach § 73 Abs. 1b SGB V verpflichtet, Behandlungsdaten und Befunde mit Zustimmung der Versicherten zum Zwecke der bei der Hausärztin oder dem Hausarzt durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln. Solche Regelungen sind wegen der Opt-out-ePA nicht mehr erforderlich, weil die Bereitstellung der Daten über diese digitale Anwendung gewährleistet sein sollte. Zudem sind Übermittlungen solcher Daten bereits nach Regelungen des BDSG ohne Zustimmung erlaubt, wenn die Datenübermittlung – wie in der Regel – für die Behandlung erforderlich ist (§ 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b BDSG). Einer spezifischen und insoweit doppelten Regulierung für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bedarf es insoweit nicht.

Ebenfalls nicht mehr zeitgemäß und redundant ist das Einwilligungserfordernis gem. § 140a Abs. 5 SGB V für Datenverarbeitung im Rahmen von Verträgen der besonderen Versorgung (integrierte Versorgung). Eine Bereitstellung der Daten über die Opt-out-ePA wäre sinnvoll. Die Datenübermittlung wäre ungeachtet dessen bereits nach Regelungen des BDSG ohne Einwilligung möglich, wenn das für die Behandlung erforderlich ist (§ 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b BDSG). Die doppelte Regulierung löst unnötige Dokumentations- und Nachweispflichten aus.

Analoges gilt für das Einwilligungserfordernis gem. § 39 Abs. 1a S. 14 und 15 SGB V für die Datenverarbeitung im Rahmen des Entlassmanagements. Die vorherige Information des Versicherten über die Datenverarbeitung ist wegen der parallel bestehenden Informationspflichten nach Art. 13 DSGVO überflüssig und kann ebenfalls gestrichen werden.

Ebenfalls redundant für bestimmte Einrichtungen ist die durch § 390 SGB V im Zusammenhang mit Pflichten nach dem BSIG bestehende Doppelregulierung zur IT-Sicherheit (Cybersicherheit), soweit sie bereits dem BSIG unterfallen. Nach Schätzungen werden durch die jüngsten Änderungen des BSIG größere ambulante Leistungserbringer (bis zu 1 000 große MVZ) zusätzlich unter den Anwendungsbereich des BSIG fallen. Sofern eine größere Praxis oder MVZ als wichtige Einrichtungen gem. § 28 Abs. 2 BSIG den Anforderungen des BSIG unterfallen, müssten sie zugleich (und damit doppelt) die Anforderungen der IT-Sicherheitsrichtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gem. § 390 SGB V und Pflichten der §§ 30 ff. BSIG erfüllen und nachweisen (zur Nachweispflicht s. generell Art. 5 Abs. 2 DSGVO). Eine Folge ist demnach ein zusätzlicher Prüfungs- und Dokumentationsaufwand



Vorschlag für die Umsetzung:

Gesetzliche Anpassung (§§ 39, 73, 140a, 390 SGB V)

Telefonische Krankschreibung erhalten und keine Attestpflicht ab dem ersten Krankheitstag

Die telefonische Krankschreibung hat sich in der Praxis bewährt. Sie erspart beispielsweise Patientinnen und Patienten mit leichten Infekten den Weg in die Arztpraxis und verhindert damit, dass sie dort andere anstecken. Wissenschaftliche Untersuchungen, unter anderem des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi), haben gezeigt, dass die Telefon-AU nicht ursächlich für den gestiegenen Krankenstand ist. Ein genereller Wegfall dieser Möglichkeit ist deshalb aus ärztlicher Sicht nicht nachvollziehbar.

Besonders kritisch ist, wenn dies mit einer Attestpflicht ab dem ersten Krankheitstag zusammenfallen sollte. In der Kombination müssten künftig Patientinnen und Patienten mit einer leichten Erkrankung für ein Attest persönlich in die Arztpraxis kommen. Gerade in der Erkältungs- und Grippezeit würden sich die Wartezimmer weiter füllen und die Praxisteams, die schon jetzt an ihrer Kapazitätsgrenze arbeiten, zusätzlich belasten. Es stünde zu befürchten,

dass am Ende die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit akutem Behandlungsbedarf leidet, weil Termine durch Fälle blockiert werden, die keine schwere Symptomatik vorweisen. Das erscheint auch vor dem Hintergrund des von der Regierungskoalition angestrebten Primärversorgungssystems wenig durchdacht.

Darüber hinaus ist es ein Affront, dass die Ärzteschaft unter den Generalverdacht gestellt wird, falsche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auszustellen und ihr mit einer Verschärfung des Strafrechts gedroht wird.



Vorschlag für die Umsetzung:

Beibehaltung der bisherigen Regelungen in der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des G-BA



Erleichterung des Nachweises der Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung

Es bedarf einer Entlastung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten von Antragspflichten für die Übermittlung des Fortbildungsnachweises von den Landesärztekammern an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Eine antragslose Übermittlung durch die Landesärztekammern oder ein Abruf durch die KVen würde eine Entlastung darstellen. Diese kann nicht in jedem Fall gewährleistet werden, sodass alternativ der Nachweis durch Fortbildungszertifikate möglich bleiben sollte.

Hintergrund ist die gesetzliche Konzeption des Fortbildungsnachweises: § 95d SGB V ist so konzipiert, dass nach Absatz 1 die Fortbildungsverpflichtung die Vertragsärztinnen und -ärzte trifft. Nach Absatz 2 können diese die Erfüllung ihrer Fortbildungsverpflichtung durch ein Kammerzertifikat nachweisen.

Der Nachweis erfolgt nach dem Wortlaut also nicht durch die Landesärztekammern, sondern durch die Vertragsärztinnen und -ärzte, die der KV das Kammerzertifikat vorlegen. § 95d SGB V liegt die Vorstellung zugrunde, dass Vertragsärztinnen und -ärzte von der Landesärztekammer ein Zertifikat erhalten, das sie dann bei der KV einreichen. Diesen Prozess haben Landesärztekammern und KVen durch die digitale Übermittlung bereits ganz wesentlich verein-

facht. Datenschutzrechtlich muss gewährleistet sein, dass es eine gesetzliche Grundlage gibt, die die Datenübermittlung von Landesärztekammer und KV ermöglicht. Denn § 95d SGB V sieht an sich keine direkte Übermittlung zwischen Kammer und KV vor. Fehlt es an einer solchen Rechtsgrundlage, wäre eine Einwilligung erforderlich, die im Rahmen des Antrags auf Übermittlung erteilt werden kann, jedoch wiederum bürokratischen Aufwand erzeugt.

Es sollte daher die Konzeption des § 95d SGB V dahingehend geändert werden, dass die Vorschrift eine Befugnis enthält, dass die zuständige Heilberufskammer die erforderlichen personenbezogenen Daten an die zuständige KV übermitteln kann. Darüber hinaus wäre eine (bundesweite) Rechtsgrundlage für die automatisierte Datenübermittlung, beispielsweise nach dem Vorbild der Regelung des § 313 Abs. 5 SGB V, denkbar. Dieser ermöglicht in Bezug auf den Verzeichnisdienst die fortlaufende Übermittlung von Daten von den Kammern an bestimmte Stellen.



Vorschlag für die Umsetzung:

Gesetzliche Anpassung (§ 95d SGB V)

Abschaffung der doppelten Nachweispflicht des Berufshaftpflichtversicherungsschutzes für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und Beschränkung auf Medizinische Versorgungszentren

Bereits nach den Berufsordnungen der Landesärztekammern sind Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zu versichern. Dies geht auch mit einer Nachweispflicht „auf Verlangen“ gegenüber den Landesärztekammern einher (z. B. § 30 Nr. 4 S. 2 HeilBerG NRW). Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind keine Mitglieder der Landesärztekammern. Deshalb ist es sachgerecht, dass diese gegenüber dem Zulassungsausschuss nachweisen müssen, dass auch sie einen Haftpflichtversicherungsschutz haben. Der Bundesgesetzgeber hat sich aber nicht darauf beschränkt, sondern in § 95e SGB V vorgegeben, dass auch Vertragsärztinnen und -ärzte ei-

nen solchen Nachweis erbringen müssen. Das ist redundant. Es ist ausreichend und vermeidet Bürokratie, wenn jeweils nur eine Stelle zuständig ist. § 95e Abs. 1 SGB V sollte dahingehend geändert werden, dass er nur MVZ erfasst. Da die Regelung nunmehr nur für MVZ gelten soll, sind die Vorgaben zur Höhe des Mindestversicherungsschutzes in Abhängigkeit der Anzahl der Versorgungsaufträge neu zu regeln.



Vorschlag für die Umsetzung:

Gesetzliche Anpassung (§ 95e SGB V)

Bürokratiarmes Einweisungs- und Entlassmanagement

Bei der Aufnahme, Aufklärung und Entlassung von Patienten im Krankenhaus muss aufgrund gesetzlicher Vorschriften eine Vielzahl von Daten erhoben werden, teilweise handelt es sich um mehrere Seiten für jeden Vorgang, die ausgedruckt, erklärt, unterschrieben und dann wieder eingescannt werden müssen.

Das Einwilligungserfordernis gem. § 39 Abs. 1a S. 14 und 15 SGB V für Datenverarbeitung im Rahmen des Entlassmanagements ist nicht mehr zeitgemäß und redundant. Eine Bereitstellung der Daten über die Opt-out-ePA wäre sinnvoll. Die Datenübermittlung wäre ungeachtet dessen bereits nach Regelungen des BDSG ohne Einwilligung möglich, wenn das für die Behandlung erforderlich ist (§ 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b

BDSG). Für Einrichtungen, die nicht unter das BDSG fallen, gelten Regelungen der Landesdatenschutzgesetze oder spezieller Gesetze auf Landesebene. Die doppelte Regulierung löst unnötige Dokumentations- und Nachweispflichten aus.

Die vorherige Information des Versicherten über die Datenverarbeitung ist wegen der parallel bestehenden Informationspflichten nach Art. 13 DSGVO überflüssig und kann ebenfalls gestrichen werden.



Vorschlag für die Umsetzung:

Gesetzliche Anpassung (u. a. § 39 SGB V)

Vermeidung von Vollerhebungen im Rahmen der datengestützten Qualitätssicherung des G-BA

Die datengestützte Qualitätssicherung nach § 136 SGB V ist mit einem erheblichen Erhebungs-, Dokumentations- und Verarbeitungsaufwand für Krankenhäuser und Ärztinnen und Ärzte, aber auch für die Landesarbeitsgemeinschaften (LAG gemäß DeQS-RL des G-BA) und weitere Institutionen verbunden. Obwohl § 299 Abs. 1 S. 4 Nr. 1 SGB V die Datenerhebung zum Zwecke der Qualitätssicherung grundsätzlich als Stichprobe vorsieht, werden Qualitätssicherungsverfahren in der Praxis regelmäßig als Vollerhebungen durchgeführt. Dies wird insbesondere damit begründet, dass seltene Komplikationsereignisse erfasst und flächendeckend einrichtungsbezogene Qualitätsergebnisse veröffentlicht werden sollen.

Die bestehende Rechtslage enthält jedoch keine hinreichend konkreten Vorgaben zur Prüfung, ob die Ziele eines Qualitätssicherungsverfahrens auch durch die Nutzung von Stichproben erreicht werden können. Dadurch wird das gesetzlich vorgesehene

Regel-Ausnahme-Verhältnis zwischen Stichproben und Vollerhebungen faktisch umgekehrt. Auch wird gegenwärtig davon ausgegangen, dass es sich nur um Stichproben der Patientinnen und Patienten, nicht aber der Leistungserbringenden oder einer Kombination hiervon handeln kann. Weiterhin besteht gesetzlich kein Vorrang der Nutzung bereits vorhandener Daten vor zusätzlich zu erhebenden Daten.

Zur Reduktion bürokratischer Aufwände sollte der Vorrang der Nutzung bereits vorhandener Daten sowie der Vorrang von Stichproben gegenüber Vollerhebungen gesetzlich konkretisiert werden.



Vorschlag für die Umsetzung:

Gesetzliche Anpassung (§§ 136 und 299 SGB V)

Stärkere Nutzung von Routinedaten für die Qualitätssicherung

Im Sinne der Datensparsamkeit sollten die bereits begonnenen Anstrengungen fortgesetzt werden zu prüfen, in welchen Bereichen und für welche Fragestellungen der Qualitätssicherung Routinedaten anstelle von eigenen QS-Datenerhebungen aussagekräftig sind und genutzt werden können.



Vorschlag für die Umsetzung:

Weitere gesetzliche Anpassungen (z. B. § 299 SGB V)

Aufwand der Krankenhäuser für die jährliche Berichterstattung zur Qualität der Behandlung begrenzen

Ziel des Krankenhaustransparenzgesetzes (KHTG) war es, Patientinnen und Patienten mittels Aufbaus eines sog. Bundesklinikatlas über die Qualität der Krankenhausversorgung in Deutschland zu informieren. Mit dem Krankenhausreformsanpassungsgesetz (KHAG) ist diese Aufgabe für ein Transparenzverzeichnis wieder an den G-BA zurückgefallen, mit Blick auf Ziele und Methodik aber weitgehend bestehen geblieben.

Wesentliche Informationen werden bereits über die umfassenden jährlichen Qualitätsberichte (QB) der Krankenhäuser bereitgestellt. Es sollten Parallelstrukturen in der Berichterstattungspflicht der Krankenhäuser vermieden werden, die einen enormen Aufwand verursachen und keinen oder kaum Zusatznutzen für Patientinnen und Patienten haben.

Zu fordern ist eine möglichst aufwandsarme Umsetzung von § 135d SGB V durch den G-BA. Der weitere gesetzliche Auftrag an den G-BA, die Nutzung des

Transparenzverzeichnisses durch die Öffentlichkeit zu untersuchen, ist zeitnah zu befolgen. Bei Feststellung eines ungünstigen Verhältnisses aus Aufwand der Bereitstellung und Nutzung sind Konsequenzen bis hin zu einer möglichen kompletten Streichung von § 135d SGB V zu ziehen. Die vorgesehene Veröffentlichung von Daten über Leistungsgruppen, Fallzahlen von Leistungen, ärztliches und pflegerisches Personal sowie Komplikationsraten und Qualitätsaspekte des stationären Versorgungsgeschehens in einem Transparenzverzeichnis erfordert gleichzeitig eine Überprüfung der erhobenen Daten zur jährlichen Qualitätsberichterstattung der Krankenhäuser, ob perspektivisch einzelne Berichtspflichten entfallen können, um die Krankenhäuser von Bürokratie zu entlasten.



Vorschlag für die Umsetzung:

Gesetzliche Anpassung (§ 135d SGB V)

Übermittlung von Anfragen nur noch in elektronischer Form

Anfragen von Kostenträgern, Rentenversicherung, Pflegeheimen, Sozialämtern etc. sollten grundsätzlich in elektronischer Form zur Verfügung gestellt werden und ins Praxisverwaltungssystem (PVS) implementierbar sein.



Vorschlag für die Umsetzung:

Gesetzliche Vorgabe für Kostenträger, Versicherungen und PVS-Hersteller

Verpflichtung der Primärsystemhersteller zur benutzerfreundlichen Unterstützung ärztlicher Dokumentation von Widersprüchen der Versicherten im Rahmen der ePA

Ärztinnen und Ärzte werden mit dem Digital-Gesetz (DigiG) verpflichtet, zahlreiche Dokumententypen in die ePA einzustellen. Dabei haben Patientinnen und Patienten vielfältige Widerspruchsmöglichkeiten, die Ärztinnen und Ärzte dann nachvollziehbar dokumentieren müssen. Die Hersteller hierbei zu verwendender Primärsysteme sollten verpflichtet werden, entsprechende Funktionalitäten in ihren Modulen für die ePA benutzerfreundlich zur Verfügung zu stellen.



Vorschlag für die Umsetzung:

Gesetzliche Anpassungen (Rechtsverordnung, Rahmenverträge KBV, Festlegungen in Standards des Kompetenzzentrums für Interoperabilität, Vorgabe für die (Re-)Zertifizierung)

Gebühr für unbegründete Abrechnungsprüfungen

Bei unbegründeten Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen durch die Krankenkassen im vertragsärztlichen Bereich, die zu keiner Minderung des Abrechnungsbetrages führen, sollten die Krankenkassen den Betroffenen eine pauschale Aufwandsentschädigung von 300 Euro je Fall zahlen. (Beschluss I c – 37 des 126. Deutschen Ärztetages 2022).



Vorschlag für die Umsetzung:

Gesetzliche Anpassung (§ 106d SGB V)

Aufhebung der Notwendigkeit, die Berufsbezeichnung für Ärztinnen und Ärzte bei elektronischen Verordnungen anzugeben

Durch den verpflichtenden Einsatz des elektronischen Heilberufsweises (eHBA) zur qualifizierten elektronischen Signatur (QES) einer elektronischen Verordnung ist gewährleistet, dass nur Ärztinnen und Ärzte bzw. Zahnärztinnen und Zahnärzte eine solche rechtsgültig ausstellen können. Damit ist die Verschreibungsbefugnis hinreichend nachgewiesen.



Vorschlag für die Umsetzung:

Gesetzliche Anpassung (§ 2 Abs. 1 Nr. 1 AMVV)

Anzahl zusätzlicher Gerichtsgutachten reduzieren – Gutachten der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen verwertbar machen

Das Zivilprozessrecht erlaubt bisher nur, gerichtlich oder staatsanwaltschaftlich in anderen Verfahren eingeholte Gutachten als Gerichtsgutachten zu verwenden (§ 411a ZPO). Es stellt einen überflüssigen bürokratischen Aufwand dar, wenn in Arzthaftungssachen bereits ein hochqualitatives Gutachten aus einem Verfahren vor einer unabhängigen Schlichtungsstelle vorliegt, dieses aber nicht als Gerichtsgutachten Berücksichtigung finden kann. Daher sollte § 411a ZPO dahingehend ergänzt werden, dass auch von den un-

abhängigen Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern eingeholte Gutachten durch Beschluss des Gerichts verwertet werden können.



Vorschlag für die Umsetzung:

Gesetzliche Anpassung (§ 411a ZPO)

Keine unnötigen Atteste für erkrankte und genesene Kinder

Vor allem in Situationen hoher Infektionszahlen sind die Kinderarztpraxen mit der Versorgung der Patientinnen und Patienten extrem belastet. Schulen und Kindertageseinrichtungen sollten auf unnötige ärztliche Atteste verzichten und stattdessen vermehrt der elterlichen Sorge vertrauen.



Vorschlag für die Umsetzung:

Gesetzliche Anpassung (§ 45 SGB V)

Möglichkeit des elektronischen Zugangs zu aushangpflichtigen Gesetzen in der Arztpraxis für Mitarbeitende

Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber sind verpflichtet, ihre Mitarbeitenden über ihre Rechte und Pflichten zu informieren. MFA, angestellte Ärztinnen und Ärzte sowie andere Beschäftigte müssen jederzeit Zugang zu den aushangpflichtigen Gesetzen haben, die immer auf dem aktuellen Stand sein müssen. Je nach Arztpraxis kann sich die Zahl der aushangpflichtigen Gesetze unterscheiden; es handelt sich in der Regel um arbeitsrechtliche Gesetze und Gesetze aus anderen Rechtsgebieten, wie z. B. AMG, BioStoffV, IfSG, MPDG o. ä. Um den

Informationspflichten aktuell, transparent und niederschwellig nachkommen zu können, sollten moderne bzw. elektronische Darstellungsmedien ermöglicht werden.



Vorschlag für die Umsetzung:

Anpassung der gesetzlichen Regelungen für aushangpflichtige Gesetze.

Bundesweite Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte für Geflüchtete

Eine flächendeckende Ausstattung von Geflüchteten mit elektronischen Gesundheitskarten (eGK) könnte Bürokratie und den damit verbundenen Zeitaufwand sowie finanziellen Mehraufwand reduzieren. In den Bundesländern, wie z. B. Berlin oder Hamburg, erhalten Geflüchtete kurzfristig eine eGK, in anderen Bundesländern, wie z. B. Bayern, Hessen oder Baden-Württemberg, nicht. Dort bekommen Geflüchtete nach ihrer Ankunft im Regelfall zunächst sogenannte Berechtigungsscheine für den Arztbesuch. Die Übertragung der darin enthaltenen Daten in die EDV von Praxen und Kliniken ist enorm aufwändig und fehleranfällig.

Das Papierkrankenscheinsystem schafft in seiner Komplexität einen bürokratischen Aufwand für alle Beteiligten. Von der Beantragung eines Behandlungsscheins mit zum Teil langwierigen behördlichen Vorgängen bis zum Arzttermin und der im Nachgang zu erledigenden Abrechnung der erbrachten Leistung mit unklarem Anspruch durch §§ 4 und 6 AsylbLG

vergeht oftmals viel Zeit mit erheblichem Arbeitsaufwand für alle Beteiligten. Die Sozialbehörden würden entlastet, da der Entscheidungs- und Prüfaufwand wegfällt. Mit dem Verwaltungsaufwand sind die gesetzlichen Krankenkassen betraut. Wenn die Leistungsabrechnung über den regulären Weg der Krankenkasse erfolgt, fallen zusätzliche administrative Kosten für die Sozial- und Gesundheitsämter weg. Dies bedeutet weniger Ausgaben für Personal, Ausbildung, Software und Räumlichkeiten durch die individuelle Krankenscheinausgabe und den hohen Prüfungsaufwand. Es entsteht kein zusätzlicher Verwaltungsaufwand mehr für die Leistungserbringenden.



Vorschlag für die Umsetzung:

Bundesweite Einführung einer eGK für Geflüchtete



Genetischen Exzeptionalismus beenden – besonderes Schutzniveau auf prädiktive genetische Untersuchungen beschränken

Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) erschwert den Alltag der betroffenen Ärztinnen und Ärzte und Patientinnen und Patienten durch eine Vielzahl von Vorschriften insbesondere bezüglich diagnostischer genetischer Untersuchungen, ohne dass davon qualitative Effekte für die Versorgung ausgehen.

Bereits während des Gesetzgebungsverfahrens war wiederholt diskutiert worden, ob und inwieweit die Orientierung an der Untersuchungsmethode und damit ein „genetischer Exzeptionalismus“ anstelle von grundsätzlichen Regelungen für prädiktive medizinische Untersuchungen sinnvoll ist. Dabei ist insbesondere darauf zu achten, dass durch die gesetzlichen Regelungen nicht einer nur schwer begründbaren Ungleichbehandlung von Betroffenen Vorschub geleistet wird, beispielsweise wenn eine chronische Infektionskrankheit mit HIV oder Hepatitis nicht dem GenDG unterfällt, während das GenDG bei einer genetisch bedingten Erkrankung seine Schutzwirkung entfaltet.

Prädiktiven genetischen Untersuchungen kommt unzweifelhaft ein besonderes Schutzniveau zu. Diagnostische genetische Untersuchungen bedürfen demgegenüber keiner gesetzlichen Spezialregelung im GenDG; sie sind zunehmend eine medizinische Routineuntersuchung geworden. Die Regelung diagnostischer Untersuchungen im GenDG scheint nicht zuletzt aufgrund der ohne einen Zugewinn an

Qualität oder Sicherheit unnötigen Hürden für die Betroffenen fraglich; die mit den erhöhten Anforderungen insbesondere an die Aufklärung und Beratung sowie die Mitteilung der Untersuchungsergebnisse verbundene Bürokratie erscheint unnötig. Die Folgen der unzureichenden Differenzierung zwischen diagnostischen und prädiktiven Befunden im geltenden Recht sind gerade im digitalen Versorgungsalltag konkret spürbar: Behandlungsrelevante diagnostische genetische Befunde fehlen regelhaft in der ePA und Doppeluntersuchungen sind vorgezeichnet – mit Risiken für Patientensicherheit und Versorgungsqualität. Für einen angemessenen Schutz von diagnostischen genetischen Daten ist das Erfordernis einer Einwilligung (Opt-in) für eine Speicherung in der ePA nicht erforderlich. Hierbei sind – wie bei anderen Gesundheitsdaten – gesetzliche Grundlagen für die Datenverarbeitung unter Einräumung eines Widerspruchsrechts (Opt-out) ausreichend, wenn geeignete Garantien für die Grundrechte und die Interessen der betroffenen Person vorgesehen sind.



Vorschlag für die Umsetzung:

Beschränkung des Anwendungsbereiches des GenDG auf prädiktive genetische Untersuchungen

Abschaffung der familiengerichtlichen Genehmigung einer Operationsindikation bei Kindern und Jugendlichen mit Varianten der Geschlechtsentwicklung im Falle des Vorliegens einer befürwortenden Stellungnahme einer interdisziplinären Kommission

Die Bundesärztekammer begrüßt grundsätzlich die Intention der in § 1631e BGB dargelegten Regelungen zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung. Allerdings stellt die Frage nach der Operationsindikation bei Kindern und Jugendlichen mit Varianten der Geschlechtsentwicklung eine primär ärztliche Fragestellung dar. Notwendige interdisziplinäre und interprofessionelle Aspekte werden sinnvollerweise bereits im Rahmen der Indikationsstellung berücksichtigt und nicht erst bzw. erneut nachgelagert in einem familiengerichtlichen Verfahren.

Dies stellt darüber hinaus eine unnötige bürokratische Hürde dar, denn wenn der Eingriff (aufgrund der Vermutung) dem Wohl des Kindes am besten entspricht, muss die Genehmigung durch das Gericht erteilt werden (§ 1631e Abs. 3 S. 2 BGB). Das Gericht hat dann keinen Entscheidungsspielraum. Es erschließt sich nicht, warum eine lediglich formale Genehmigung durch ein Familiengericht erfolgen soll, die sich inhaltlich auf eine Stellungnahme einer interdisziplinären Kommission (§ 1631e Abs. 4 BGB) stützt. Dies erscheint weder sinnvoll noch notwendig.

Auch sind der Bundesärztekammer keine Fälle bekannt, in denen die gerichtliche Entscheidung nach § 1631e BGB von der befürwortenden Stellungnahme der Kommission nach § 1631e Abs. 3 BGB abweicht. Ferner stellt das Verfahren vor dem Familiengericht eine weitere, aus fachlicher Sicht unnötige Belastung der Betroffenen und ihrer Familien dar.

Aus Sicht der Bundesärztekammer bedarf es angesichts der im jeweiligen individuellen Fall unter Berücksichtigung des aktuellen Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft zu stellenden Indikation und der Voraussetzung einer befürwortenden Stellungnahme einer interdisziplinären Kommission keiner zusätzlichen familiengerichtlichen Genehmigung. Auf das Erfordernis einer gerichtlichen Genehmigung sollte verzichtet werden, wenn die befürwortende Stellungnahme einer interdisziplinären Kommission vorliegt. Die Eltern müssten dann die befürwortende Stellungnahme einer interdisziplinären Kommission bei der Einwilligung in den Eingriff vorlegen und dieser könnte ohne Beteiligung eines Gerichts durchgeführt werden. Legen sie keine vor, so bliebe es bei der Notwendigkeit einer Genehmigung.



Vorschlag für die Umsetzung:

Neufassung von § 1631e Abs. 3 BGB wie folgt: „(3) Die Einwilligung nach Absatz 2 Satz 1 bedarf der Genehmigung des Familiengerichts, es sei denn, der operative Eingriff ist zur Abwehr einer Gefahr für das Leben oder für die Gesundheit des Kindes erforderlich und kann nicht bis zur Erteilung der Genehmigung aufgeschoben werden oder es liegt eine befürwortende Stellungnahme einer interdisziplinären Kommission nach Absatz 4 vor.“

Impressum

Herausgeber:

Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern
Herbert-Lewin-Platz 1 | 10623 Berlin
Fon: +49 (0) 30/ 400 456–0
Fax: +49 (0) 30/ 400 456–388
E-Mail: info@baek.de
www.baek.de

Stand: August 2026

Layout und Umsetzung:

Deutscher Ärzteverlag GmbH, Dieselstraße 2, 50859 Köln

Bildnachweise:

Titelbild: © TEEREXZ/stock.adobe.com

S. 4: © aldra/iStock Getty-Images; S. 7: © PeopleImages/iStock Getty-Images; S. 14: © YK/stock.adobe.com

Alle Rechte, insbesondere das Recht zur Vervielfältigung, Mikroskopie und zur Einspeicherung in elektronische Datenbanken sowie zur Übersetzung in Fremdsprachen für alle Beiträge vorbehalten. Druck und Aufnahme in elektronische Datenbanken, auch auszugsweise – außer zur ausschließlich privaten nicht kommerziellen Verwendung –, nur mit Genehmigung der Bundesärztekammer.



Bundesärztekammer

Herbert-Lewin-Platz 1

10623 Berlin

www.bundesaerztekammer.de