

Vorschläge zur Reduzierung von Bürokratie im Gesundheitswesen, Stand: 23.10.2023

Vorschläge zur Reduzierung von Bürokratie im Gesundheitswesen

Inhaltsverzeichnis

Beitragserhebung	2
Institutioneller Datenaustausch	6
Kommunikation mit Versicherten/Arbeitgebern/Behörden	11
Kassenwechsel GKV – PKV	17
Innovationsfonds.....	17
Vergabewesen	18
Erhebung von Daten.....	19
Intensivpflege.....	21
Pflege	22
Heil- und Hilfsmittel/Medizinprodukte	25

Vorschläge zur Reduzierung von Bürokratie im Gesundheitswesen, Stand: 23.10.2023

Sachverhalt	Lösung
Beitragserhebung	
<p>Sonderbehandlung der Beiträge für freiwillig versicherte Beschäftigte</p> <p>Derzeit zählen Beiträge für Arbeitnehmer, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei sind und sich bei einer Krankenkasse freiwillig versichert haben, einschließlich der damit verbundenen Pflegeversicherungsbeiträge nicht zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag. Der Arbeitgeber ist daher nicht verpflichtet, diese Beiträge einzubehalten und an die Krankenkassen abzuführen. Seit Jahrzehnten ist es jedoch Praxis, dass ein Großteil der Arbeitgeber über diese gesetzliche Vorgabe hinaus diese Beiträge dennoch einbehalten und an die Krankenkasse zahlen. Diesem Umstand trägt auch das DEÜV-Verfahren Rechnung, nachdem die Beitragsgruppe 9 für die Krankenversicherung zu melden ist, wenn der Arbeitgeber die Beiträge einbehält.</p> <p>Die derzeitige Regelung führt dazu, dass Beschäftigte, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze in der GKV freiwillig versichert sind, im Falle einer Insolvenz des Arbeitgebers gegenüber versicherungspflichtigen Arbeitnehmern deutlich benachteiligt werden, und es durch die unterschiedlichen Verfahrensweisen zu hohen bürokratischen Aufwänden kommt. Obwohl diese Arbeitnehmer genauso wie die versicherungspflichtigen Arbeitnehmer eines insolventen Arbeitgebers häufig nicht mehr ihr Entgelt erhalten, haften sie</p>	<p>Einbeziehung in die Regelungen zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag</p> <p>Der Verwaltungsaufwand würde sich erheblich minimieren, wenn die Beiträge für freiwillig versicherte Arbeitnehmer künftig nur noch über den Arbeitgeber an die Krankenkasse gezahlt werden würde und der Arbeitgeber als Haftschuldner gegenüber der Krankenkasse gilt. Dies könnte gesetzgeberisch dadurch erreicht werden, dass sie in die Regelungen zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag einbezogen werden.</p> <p>Dadurch entfiel die aufwändige Unterscheidung zwischen Beschäftigten, die ihre Beiträge selbst zahlen und jenen, bei denen der Arbeitgeber dies übernimmt. Die Prozesse beim Beitragseinzug könnten einfacher und einheitlicher gestaltet werden. Dies gilt insbesondere, wenn es zu Beitragsrückständen oder gar Insolvenzen kommt.</p> <p>Die Regelung würde zum Abbau bürokratischer Sonderprozesse bei Arbeitgebern und Krankenkassen führen und die Nachteile freiwillig versicherter Beschäftigter gegenüber ihren pflichtversicherten Kolleginnen und Kollegen beseitigen.</p>

Vorschläge zur Reduzierung von Bürokratie im Gesundheitswesen, Stand: 23.10.2023

<p>persönlich für die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge, weil diese nicht als Gesamtsozialversicherungsbeiträge gelten. Dies gilt selbst dann, wenn der Arbeitgeber der Krankenkasse zuvor gemeldet hat, dass er die Arbeitnehmeranteile von Entgelt einbehält und alle Beiträge an die Krankenkassen zahlt. Obwohl diese Arbeitnehmer kein Entgelt mehr bekommen haben bzw. ihre Arbeitnehmeranteile vom Entgelt einbehalten wurden, haften sie nach aktueller Rechtslage bei Nichtzahlung durch den Arbeitgeber sogar für dessen Arbeitgeberanteile. Die Beiträge für die übrigen Zweige (insbesondere zur Renten- und Arbeitslosenversicherung) sind Gesamtsozialversicherungsbeiträge; für diese haftet der Arbeitgeber unabhängig vom Krankenversicherungsstatus des Arbeitnehmers immer alleine. Die aktuelle unterschiedliche Handhabung führt bei der versicherungsrechtlichen Beurteilung für Arbeitgeber und Krankenkassen zu Mehraufwand. Da der weit überwiegende Teil der Arbeitgeber diese Arbeitnehmergruppe als sogenannte Firmenzahler mit dem DEÜV-Verfahren anmeldet, dokumentieren sie damit, dass sie diese Beiträge zahlen und übernehmen wollen. Vor diesem Hintergrund ist die gesetzlich abweichende Haftungsfolge nicht mehr zeitgemäß.</p>	
<p>Wegfall der grds. semesterweisen Vorauszahlung der KV/PV-Beiträge</p> <p>Versicherungspflichtige Studierende sind grundsätzlich verpflichtet, ihre Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung bereits vor der Einschreibung oder Rückmeldung an der</p>	<p>Ziel muss der Abbau weiterer bürokratischer Hürden sein, um die akademische Ausbildung letztlich zu fördern, zu erleichtern und die Studierenden vor finanziellen Härten durch die semesterweise Vorauszahlung von Beiträgen zu schützen. Weiterhin ist die Benachteiligung im Vergleich zu den freiwilligen Mitgliedern (Schülerinnen und Schüler einer Fachschule oder Berufsfachschule oder</p>

Vorschläge zur Reduzierung von Bürokratie im Gesundheitswesen, Stand: 23.10.2023

<p>Hochschule für das Semester, für das die Einschreibung oder Rückmeldung erfolgen soll, im Voraus zu zahlen (§ 254 Satz 1 SGB V).</p> <p>Der GKV-SV hat hiervon eine abweichende Zahlungsweise vorgesehen (§ 10 Abs. 2 BVGsSz). Eine monatliche Zahlungsweise wird danach für zulässig erklärt, sofern die versicherungspflichtigen Studierenden die Krankenkasse zum Einzug der Beiträge im Rahmen eines SEPA-Lastschriftmandates ermächtigen oder nachweisen, dass der Bank ein Dauerauftrag zur monatlichen Überweisung der Beiträge an die Krankenkasse erteilt wurde.</p> <p>Nur eine sehr geringe Anzahl der Studierenden (ca. 6 Prozent) haben – aus verschiedenen Gründen – ihre Beiträge im Voraus für das gesamte Semester zu entrichten, weil der gesetzliche Grundsatz der semesterweisen Vorauszahlung gilt. Einer der Gründe ist, dass beispielsweise die Eltern die Beiträge entrichten.</p> <p>Kommen die Studierenden (oder deren Eltern) der Verpflichtung zur semesterweisen Vorauszahlung nicht rechtzeitig nach, müssen die Hochschulen die Einschreibung oder die Annahme der Rückmeldung verweigern. In diesem Zusammenhang hat die Krankenkasse der Hochschule den Verzug der Zahlung der Beiträge unverzüglich zu melden (§ 199a Absatz 5 Nummer 1 SGB V).</p>	<p>regelmäßig als Arbeitnehmer ihre Arbeitsleistung im Umherziehen anbieten (Wandergesellen)), nicht zu rechtfertigen und daher zu beenden. Durch die Aufhebung des § 254 Abs. 1 Satz 1 SGB V sowie die Anpassung des § 10 der BVSzGs wird Bürokratie abgebaut.</p>
---	---

Vorschläge zur Reduzierung von Bürokratie im Gesundheitswesen, Stand: 23.10.2023

<p>Die Verpflichtung, die Beiträge für das Semester im Voraus zu entrichten, bedeutet für die Studierenden eine weitaus größere Hürde. Zudem sind zu Beginn eines Semesters ebenfalls die Semesterbeiträge fällig. Die zusätzliche Anforderung, die an eine monatliche Beitragszahlung gestellt wird (Nachweis Dauerauftrag oder Lastschriftmandat) sowie deren semesterweise Überprüfung, ist in der Praxis jedoch mit einem erheblichen Mehraufwand inkl. Beratungsbedarf verbunden.</p> <p>Dagegen stellt der Grundsatz der semesterweisen Vorauszahlung, der für eine vergleichsweise kleine Personengruppe vorgehalten werden muss, eine äußerst verwaltungsintensive und nicht mehr zeitgemäße Verfahrensweise dar.</p>	
<p>Empfänger von Sozialhilfe Beitragstragung zur KV/PV</p> <p>Empfänger von Sozialhilfe sind in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung freiwillig versichert. Freiwillig versicherte Mitglieder tragen die Beiträge zur KV/PV allein. Aufgrund der Besonderheiten dieser Personengruppe wäre es sachdienlich, dass gesetzlich geregelt ist, dass der Sozialhilfeträger als Dritte die Beiträge zur KV/PV trägt, als Ausnahme von der Beitragstragung sonstiger freiwillig versicherter Mitglieder.</p>	<p>Diese Personengruppe ist unter Umständen zur Erledigung der eigenen Angelegenheiten, wie die Öffnung und zeitnahe Weitergabe von Beitragsbescheiden von Krankenkassen und Veranlassung von Überweisungen, außerstande. Um das Verfahren zu verschlanken, ist eine direkte Kommunikation mit den Sozialhilfeträgern notwendig. Durch die Änderung der Beitragstragung auf die Sozialhilfeträger könnte ein erhebliches Maß an Bürokratie abgebaut werden.</p>
<p>Definitorische Klarheit herstellen bei der Ermittlung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V</p> <p>Die individuelle Belastungsgrenze nach § 62 SGB V soll die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Versicherten und seiner</p>	<p>Es empfiehlt sich ein einheitlicher Rechtsbegriff für die Darstellung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Es wird sich für die „beitragspflichtigen Einnahmen“ und entsprechender Anpassung des § 62 SGB V ausgesprochen.</p>

Vorschläge zur Reduzierung von Bürokratie im Gesundheitswesen, Stand: 23.10.2023

<p>Angehörigen abbilden. Dafür hat der Gesetzgeber vorgegeben, die „Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt“ zu bestimmen. Dieser Begriff ist leider nicht umfassend legal definiert, so dass oft auf Rechtsprechung zurückgegriffen werden musste. Parallel gibt es in der Sozialversicherung den Begriff der „beitragspflichtigen Einnahmen“; die ihrerseits ebenfalls die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit abbilden sollen.</p> <p>Es existieren also zwei eigenständige Rechtsbegriffe mit derselben Zielsetzung: Dennoch sind die Einnahmearten in Teilen nicht deckungsgleich. Heißt, es gibt beitragspflichtige Einnahmen, die nicht auch Einnahmen zum Lebensunterhalt sind und umgekehrt. Diese führt zu ungleichen Beurteilungen (Entscheidung im Beitragsbereich vs. Leistungsbereich) und damit zu Rückfragen durch Versicherte.</p>	
Institutioneller Datenaustausch	
<p>Datenaustausch mit den Finanzämtern</p> <p>Bislang findet zwischen den Krankenkassen und den Finanzbehörden nur ein einseitiger Austausch statt: Krankenkassen melden einmal jährlich die von den Versicherten entrichteten Beiträge an die Finanzämter. Eine Meldung der Finanzämter an die Krankenkassen über die von ihnen ermittelten steuerpflichtigen Einnahmen, welche die Krankenkasse direkt zur Festsetzung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge nutzen könnten, gibt es in dem bestehenden Meldeverfahren nicht.</p>	<p>Durch die Einführung eines Datenabruftverfahrens zwischen Krankenkassen und Finanzbehörden können die mit dem bisherigen Prozedere einhergehenden erheblichen Bürokratieaufwände und Kosten sowie Beitragsrückstände erheblich reduziert werden, da den Krankenkassen die jeweiligen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder ohne Verzögerung vorliegen (§ 240 SGB V). Dies sollte auch auf Pflichtversicherte erweitert werden, denn es wird z.B. von einem pflichtversicherten Rentner, der nebenbei eine selbstständige Tätigkeit ausübt, auch jährlich der Steuerbescheid</p>

Vorschläge zur Reduzierung von Bürokratie im Gesundheitswesen, Stand: 23.10.2023

<p>Versicherte müssen heute ihrer Krankenkasse den Einkommenssteuerbescheid selbst in Papierform übersenden, um einen Nachweis für nicht durch Dritte gemeldete beitragspflichtige Einnahmen zu erbringen. Die Anforderung der benötigten Angaben ist mit einem hohen Verwaltungsaufwand für Versicherte und Krankenkassen verbunden. Sofern Versicherte ihren Mitwirkungspflichten nicht ausreichend nachkommen, muss die Krankenkasse Beiträge auf der Grundlage der Beitragsbemessungsgrenze festsetzen. Die Erhöhung der Beiträge führt zur Entstehung von Beitragsschulden gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung und zu einem hohen Bearbeitungsaufwand bei der Korrektur der Beiträge, wenn die Mitwirkung nachgeholt wird. Wird die Einreichungsfrist für den Einkommensteuerbescheid gänzlich überschritten, entstehen für den Versicherten erhebliche Beitragsschulden ohne Korrekturmöglichkeit. Mit der Einführung der Grundrente wird ein automatisierter und bürgerfreundlicher Datenaustausch zwischen Rentenversicherung und den Finanzbehörden eingeführt. Durch diesen Austausch soll das Verwaltungsverfahren verschlankt und die Digitalisierung vorangebracht werden. Vor dem Hintergrund, dass die im Rahmen dieses Datenaustauschs verwendeten Daten der Finanzämter häufig gleichzeitig Grundlage für die Beitragsbemessung zur Kranken- und Pflegeversicherung und für die Entscheidung über das Bestehen von Familienversicherung sind, erscheint es zielführend, auch das elektronische Meldeverfahren zwischen Krankenkassen und den Finanzämtern in die Rechtsänderung mit einzubeziehen.</p>	<p>benötigt. Ferner werden im Zusammenhang mit der Familienversicherung (Überprüfung Einkommensgrenze oder Mitversicherung von Kindern, wenn der mit dem Kind verwandte Ehegatte nicht gesetzlich versichert ist) Steuerbescheide benötigt. Die Finanzämter teilen den Krankenkassen die steuer- und damit beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten mit. Hierdurch würden die Bürger und auch die Krankenkassen von einem schlanken und effizienten Verwaltungsverfahren profitieren. Eine Erweiterung des elektronischen Meldeverfahrens zwischen den Krankenkassen und den Finanzämtern wäre als Ergänzung zu den bereits zwischen Arbeitgebern, anderen beitragszahlenden Stellen und den Sozialversicherungsträgern bestehenden Meldeverfahren zeitgemäß und würde das bisherige komplexe Verwaltungsverfahren bürgerfreundlich verschlanken und vereinfachen. Auch die Übermittlung des Steuerbescheides per Datenaustausch im Zusammenhang mit der Krankengeldberechnung bei Selbstständigen nach § 47 Abs. 4 SGB V würde das Verfahren erleichtern. Dadurch wird sichergestellt, dass die Finanzämter tatsächlich nur jene Daten übermitteln, die die Krankenkassen für ihre Aufgabenerfüllung benötigen.</p> <p>Im Referentenentwurf vom 23.10.2020 zum GVWG war eine fertig formulierte Vorschrift (§ 206a SGB V) bereits enthalten. Diese ist im weiteren Gesetzgebungsverfahren von der Regierung/BMG nicht weiterverfolgt worden.</p>
--	--

Vorschläge zur Reduzierung von Bürokratie im Gesundheitswesen, Stand: 23.10.2023

<p>Zahnärztliche Leistungen</p> <p>Im Rahmen der Entbürokratisierung sollten derzeit noch papiergebundene Verfahren digitalisiert werden. Hierdurch lassen sich perspektivisch Verwaltungsaufwände reduzieren.</p> <p>Zur Einführung des elektronischen Datenaustausches für die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen von Hochschulambulanzen gibt es bereits eine Initiative auf Ebene des GKV-SV im Kontakt mit dem BMG. Die Implementierung eines Datenaustauschverfahrens in der Abrechnungsprüfung gemäß § 106d Abs. 3 SGB V ist gesetzlicher Auftrag gem. § 106d Abs. 6 SGB V, der leider bisher nicht umgesetzt ist. Ein Datenaustauschverfahren für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen gem. § 106 SGB V könnte ergänzend aufgeführt werden.</p>	<p>Maßnahmen, um Verwaltungsaufwände im zahnärztlichen Bereich perspektivisch zu reduzieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einführung des elektronischen Datenaustausches für die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen von Hochschulambulanzen (derzeit erfolgt die Abrechnung noch komplett im Papierverfahren) => § 295 / § 301 SGB V • Implementierung eines Datenaustauschverfahrens in der Abrechnungsprüfung gemäß § 106d Abs. 3 SGB V (derzeit werden rechnerische Berichtigungsanträge von den Kassen in Papierform an die KVen gerichtet)
<p>Datenaustausch mit den Elterngeldstellen</p> <p>Bei den Krankenkassen gehen jährlich millionenfach Elterngeldbescheide postalisch ein. Diese sind notwendig für eine genaue sozialversicherungsrechtliche Beurteilung der Versicherten.</p>	<p>Zwischen den Elterngeldstellen und den gesetzlichen Krankenkassen wird ein digitaler Datenaustausch aufgebaut.</p>
<p>Datenaustausch zwischen Rentenversicherungsträger und GKV</p> <p>Um Ansprüche nach §§ 116 – Ansprüche gegen Schadenersatzpflichtige und 119 – Übergang von Beitragsansprüchen SGB X zu melden.</p>	<p>Zwischen den Rentenversicherungen und den gesetzlichen Krankenkassen wird ein digitaler Datenaustausch aufgebaut</p>

Vorschläge zur Reduzierung von Bürokratie im Gesundheitswesen, Stand: 23.10.2023

<p>Datenaustausch der gesetzlichen Krankenkassen untereinander</p> <p>Für die Bearbeitung z.B. von Unfällen werden zwischen den Krankenkassen Daten ausgetauscht. Das bezieht sich auf Leistungen, die bereits durch die Vorkasse regressiert wurden oder wer der Anspruchsgegner war.</p> <p>Im Zusammenhang mit einem Krankenkassenwechsel gibt es bereits erste Umsetzungen für einen digitalen Datenaustausch zwischen den gesetzlichen Krankenkassen. Über den Krankenkassenwechsel hinaus gibt es weitere Sachverhalte, die einen Ausbau befürworten lassen (Vorerkrankungsabfragen, anrechenbare KG-Zeiten im Rahmen der LU-Berechnung; Abrechnung übertragenes KiKG). Dieses Verfahren sollte digitalisiert werden.</p>	<p>Zwischen den gesetzlichen Krankenkassen wird ein digitaler Datenaustausch aufgebaut.</p>
<p>Fehlender digitaler Austausch von Daten zwischen Krankenkassen und behördlichen Institutionen und Leistungserbringern</p> <p>Derzeit bestehen eine analoge Kommunikation sowie Austausch zu verschiedenen behördlichen Sachverhalten sowie zu Leistungserbringern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haftpflichtversicherungen • Bundeswehrverwaltungen • Sozialhilfeträger • Versorgungsämter • Jobcenter • Arbeitgeber 	<p>Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datenaustausch zwischen Haftpflichtversicherungen und GKV • Datenaustausch mit den Bundeswehrverwaltungen um Leistungen nach dem § 70 Soldatenentschädigungsgesetz auszutauschen • Datenaustausch mit Sozialhilfeträgern zur Meldung und Abrechnung von Leistungen für Arbeits- und Erwerbslose, die nicht gesetzlich gegen Krankheit versichert sind. • Abrechnung mit Versorgungsämtern, in Bezug der Kostenübernahme von Schwangerschaftskonflikten nach § 34 SchKG

Vorschläge zur Reduzierung von Bürokratie im Gesundheitswesen, Stand: 23.10.2023

<ul style="list-style-type: none"> • Ärzten 	<ul style="list-style-type: none"> • Datenaustausch zur Abrechnung von Ersatzansprüchen gegen Jobcenter • Datenaustausch zur Abrechnung von Ersatzansprüchen gegen Arbeitgeber nach § 115 SGB X • Einführung neuer DA-Verfahren zwischen Arzt und KK bei <ul style="list-style-type: none"> ◦ Berichten für den Medizinischen Dienst (Muster 11) ◦ Wiedereingliederungsplänen (Muster 20) ◦ Arztanfragen (Muster 52) ◦ Anfragen zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeitszeiten (Muster 53)
<p>Datenaustausch mit Vertragsgutachtern</p> <p>Seit dem 01.07.2023 sind von den Zahnärzten die Leistungsanträge verpflichtend auf dem elektronischen Weg an die Krankenkassen zu übermitteln. Ist ein Leistungsantrag durch einen unabhängigen Gutachter (im zahnärztlichen Kontext überwiegend Vertragsgutachter = als Gutachter bestimmte Zahnärzte) zu überprüfen, muss durch die Krankenkasse der digital übersandte Leistungsantrag ausgedruckt und auf dem Postweg an den Vertragsgutachter übermittelt werden. Auf dem gleichen Weg erhält die Krankenkasse das Ergebnis mitgeteilt. Die leistungsrechtliche Entscheidung erhält der antragstellende Zahnarzt auf dem digitalen Weg. Es handelt sich hiermit um einen erheblichen Medienbruch in der Kommunikation mit Leistungserbringern, die seit spätestens 01.07.2023 die technischen Voraussetzungen für einen Datenaustausch erfüllen.</p>	<p>Die Umsetzung eines Datenaustausches zwischen den Vertragsgutachtern und den Krankenkassen sollte verpflichtend geregelt und umgesetzt werden. Damit werden Medienbrüche vermieden und Bearbeitungsaufwände auf beiden Seiten reduziert.</p> <p>Der Vorschlag wird ergänzt um die Forderung, dass Hochschulambulanzen am elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren im Dentalbereich teilzunehmen haben sowie um die Forderung nach der Einführung einer Malusregelung aller Leistungserbringer, welche nicht am elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahren teilnehmen.</p>

Vorschläge zur Reduzierung von Bürokratie im Gesundheitswesen, Stand: 23.10.2023

	Einführung eines elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens für die künstliche Befruchtung und für Apherese.
Kommunikation mit Versicherten/Arbeitgebern/Behörden	
Informationsübermittlung für Erhöhung des Zusatzbeitrages (Versichertenanschreiben) Bei Erhöhung des Zusatzbeitrags hat die Kasse ihre Mitglieder in einem gesonderten Schreiben auf das Kündigungsrecht, die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags, eine Übersicht beim GKV-SV über die Zusatzbeitragssätze aller Krankenkassen und – bei Überschreitung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes – auf die Möglichkeit in eine günstigere Kasse wechseln zu können, hinzuweisen. Diese Regelungen verursachen hohe bürokratische Aufwände mit entsprechenden Kosten. Vom 01.01. bis 30.06.2023 wurde die Informationspflicht per gesondertem Schreiben durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz ausgesetzt; sie ist jedoch seit 01.07.2023 wieder in Kraft.	Dem Informationsbedürfnis der Versicherten können die Krankenkassen auch durch digitale, individuelle, unmittelbare und direkt an die Versicherten gerichtete Kommunikationswege gerecht werden und damit den bürokratischen Aufwand und die damit verbundenen Kosten auf ein vertretbares Maß reduzieren. Es ist bereits heute Praxis, dass Krankenkassen ihre Mitglieder über elektronische Wege informieren. Durch die derzeit geplanten Digitalgesetze wird diese Entwicklung weiter vorangetrieben. Dem sollte auch bei der Übermittlung von Massen-Informationen Rechnung getragen werden.
Analoge Kommunikation zwischen Krankenkassen und Arbeitgebern Arbeitgeber kommunizieren mit den Einzugsstellen häufig per E-Mail, was datenschutzrechtlich nicht zulässig ist, wenn Sozialdaten enthalten sind. Kassen können darauf nicht antworten.	Es sollte eine Möglichkeit geschaffen werden, dass Arbeitgeber Einzugsstellen innerhalb des maschinellen Meldeaustauschs für DEÜV- oder Beitragsnachweisübermittlungen Anfragen senden können, auf die die Kassen ohne Medienbruch antworten können.

Vorschläge zur Reduzierung von Bürokratie im Gesundheitswesen, Stand: 23.10.2023

<p>Analoge Information der Versicherten über Früherkennungsprogramme</p> <p>Die regelmäßigen Einladungen zu organisierten Früherkennungsprogrammen müssen gem. § 25a Abs. 1 SGB V in Textform erstellt werden und gehen den Versicherten daher i.d.R. per Brief zu.</p>	<p>Die Ausschließlichkeit der Textform und der üblicherweise gewählte Übermittlungsweg per Brief ist nicht mehr zeitgemäß. Die derzeitige Regelung sollte daher weiter gefasst werden und mindestens die Öffnung für alternative Zugangskanäle enthalten. Geeignete Begründungsansätze sind: die Nutzung zeitgemäßer Medien, fortschreitende Digitalisierung und das zunehmende Erfordernis eines nachhaltigen Verwaltungshandelns. Sowohl die Rechtsgrundlage als auch die zugehörige G-BA Richtlinie müssten entsprechend angepasst werden.</p>
<p>Bürokratischer Prozess zwischen Meldeämtern und Krankenkassen für den Versand der eGK</p> <p>Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) und deren persönliche Identifikationsnummer (PIN) sind Zugangsvoraussetzung für die Nutzung der TI-Anwendungen der Telematikinfrastruktur (z.B. elektronische Patientenakte (ePA)). Um einen Missbrauch der eGK zu vermeiden und den Schutz der elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz) sicherzustellen, muss die eGK und/oder der PIN/PUK-Brief dem richtigen Adressaten zugehen. Um dies zu gewährleisten, sind die Krankenkassen formal seit dem 17.12.2022 gemäß § 217f Abs. 4b SGB V gesetzlich verpflichtet, vor der Ausstellung einer eGK und/oder PIN/PUK-Brief die Versandadresse mit dem Melderegister abzugleichen. Aufgrund von Verzögerungen bei der Anbindung der Meldeämter, ist der zuvor beschriebene Abgleich ab dem 01.01.2024 verpflichtend.</p>	<p>Es handelt es sich hierbei um einen Prozess, der die Bürokratisierung fördert, zudem können sich durch den Melderegisterabgleich potenziell erhebliche Verzögerungen beim eGK-Versand ergeben. Außerdem ist nach derzeitigem Stand davon auszugehen, dass eine Rückmeldung „Adresse nicht bekannt“ auch dann vorkommt, weil beispielsweise die Schreibweise einer Adresse in der Kasse nicht mit der Schreibweise in den Meldeämtern (die Schreibweisen der Adressen sind selbst unter den Meldeämtern nicht normiert) übereinstimmt. Die Folge wäre ein hoher manueller Aufwand, die eigentlich korrekte Adresse zu prüfen und eine entsprechende Klärung herbeizuführen. Sollte dies nicht gelingen, könnte nach dem Gesetz keine eGK an den Versicherten versendet werden. Es besteht die Befürchtung, dass die Umsetzung der Schnittstellen seitens der IT-Dienstleister sowie der Melderegister nicht fristgerecht und nur in unzureichender Form erfolgen.</p>

Vorschläge zur Reduzierung von Bürokratie im Gesundheitswesen, Stand: 23.10.2023

<p>Abrechnung von Schwangerschaftsabbrüchen in Papierform</p> <p>Gemäß § 21 Schwangerschaftskonfliktgesetz sind die Krankenkassen für die Durchführung des Verfahrens beim Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung zuständig.</p> <p>Das Verfahren beinhaltet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antrag prüfen • Kostenübernahmebescheinigung ausstellen • Rechnung prüfen und bezahlen • Rückforderung des Rechnungsbetrages vom zuständigen Bundesland. <p>Die Vorgaben hierzu erhalten die Kassen von den Bundesländern. Dazu werden in allen Bundesländern Verwaltungsvereinbarungen verhandelt, verschiedene Formularsätze vorgegeben, unterschiedliche Vorgaben zur Abrechnung gemacht. Dieses Verfahren läuft aufgrund dieser Vorgaben noch weitgehend in Papierform. 2022 wurden in Deutschland 103.927 Abbrüche durchgeführt, 96,2% davon nach der Beratungsregelung.</p>	<p>Folgende Maßnahmen sind geeignet, um den Prozess rund um die Abrechnung von Schwangerschaftsabbrüchen zu erleichtern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bundeseinheitliche Vorgaben für Antrag und Abrechnung. • Zentraler Onlinezugang zum Antrag. • Maschinelle Prüfung und Genehmigung des Antrages. • Direktabrechnung der Leistungserbringer mit dem zuständigen Bundesland (wird in Niedersachsen praktiziert, in NRW rechnet die Kassenärztliche Vereinigung mit dem Bundesland ab)
<p>Zuzahlungsbestätigung gemäß § 61 Satz 4 SGBV</p> <p>Leistungserbringer sind gesetzlich verpflichtet, geleistete Zuzahlungen zu quittieren (vgl. § 61 Satz 4 SGB V).</p> <p>Vorgaben für das Format bestehen nicht. Insbesondere handschriftlich ausgestellte Quittungen sind nur schwer maschinell zu lesen. Nicht auslesbare Quittungen müssen manuell nachbearbeitet werden.</p>	<p>Inhalt und Format von Quittungen sollten verbindlich vorgegeben werden, mit dem Ziel, einen hohen Grad an Maschinenlesbarkeit zu erreichen.</p>

Vorschläge zur Reduzierung von Bürokratie im Gesundheitswesen, Stand: 23.10.2023

<p>Vermerk der Zuzahlungsbefreiung</p> <p>Sind Versicherte von den Zuzahlungen zu befreien, muss die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber ausstellen (vgl. § 62 Absatz 3 SGB V).</p> <p>Diese Bescheinigung ist insbesondere dem ärztlichen Personal vorzulegen, damit Verordnungen zuzahlungsbewehrter Leistungen entsprechend als „gebührenfrei“ gekennzeichnet werden können.</p> <p>Die Ausstellung der Bescheinigung (Befreiungsausweis) ist für die Kassen mit Aufwand verbunden. Führen die Versicherten die Bescheinigung beim Arztbesuch nicht mit sich, kann regelhaft die Befreiung nicht belegt werden. Entsprechend wird die Verordnung als „gebührenpflichtig“ gekennzeichnet. In der Folge müssen die Versicherten Zuzahlungen leisten und sich diese dann von der Kasse nacherstatten lassen.</p>	<p>Der Zuzahlungsstatus der Versicherten sollte im Rahmen der geplanten Erweiterung des Versichertenstammdatendienstes implementiert werden. Damit könnte die Ausstellung eines extra-Befreiungsausweises für die Versicherten und die Krankenkasse und mögliche Zuzahlungen durch die Versicherten eingespart werden.</p>
<p>Zuzahlungsnachweise für Versicherte digital zur Verfügung stellen</p> <p>Quittungen, Rechnungen und Zahlungsnachweise werden bisher nur in Papierform zur Verfügung gestellt. Diese Nachweise müssen den Krankenkassen ebenfalls in Papierform zugesandt werden.</p>	<p>Mit Hilfe des zukünftig verpflichtenden TI-Messengers sollen die Zuzahlungsnachweise vom Leistungserbringer den Versicherten digital zur Verfügung gestellt werden. Die Versicherten können dann über den TI-Messenger die Daten digital an die Krankenkasse übermitteln.</p> <p>Eine Umsetzungsvariante wäre die Verpflichtung der Leistungserbringenden zur Nutzung de TI-M. Es sollten jedoch auch sonstige gesicherte, digitale Übermittlungswege ermöglicht werden (z.B. Einstellen der Belege für die Versicherten im geschützten Bereich der Krankenkassen-Apps).</p>

Vorschläge zur Reduzierung von Bürokratie im Gesundheitswesen, Stand: 23.10.2023

	<p>Schon vorhandene Möglichkeiten, um Krankenkassenzuzahlungsbelege digital einzureichen, bleiben erhalten.</p>
Elektronische Ersatzbescheinigung <p>Können Patient:innen in der Arztpraxis keine eGK vorweisen, müssen sie eine Ersatzbescheinigung vorlegen. Diese wird von der Krankenkasse ausgestellt und versandt. Die Praxen sind zudem verpflichtet, bei Vorlage der Bescheinigung die Identität der Patient:innen zu prüfen. Die zugrundeliegenden Prozesse der Krankenkassen und Arztpraxen sind bisher analog.</p>	<p>Mit dem neuen Absatz wird ein digitales Verfahren gesetzlich implementiert, das viele Erleichterungen für die Beteiligten mit sich bringt. Zum einen wird durch das digitale Verfahren ein großer bürokratischer Abbau in den Arztpraxen und bei der Krankenkasse erreicht. Zudem wird im Zusammenhang mit dem Verfahren die TI-Anwendung KiM genutzt, mit der sich durch bereits bestehende Verfahren (z.B. eAU) sowohl die Ärzte- als auch die Kassenseite auskennen. Der Implementierungsaufwand wird dadurch deutlich geringer ausfallen als bei der Einführung eines anderen Prozesses. Überdies wird den Versicherten direkt weitergeholfen und auch hier Aufwände (z.B. Anruf bei der KK, eGK in der Praxis nachreichen) deutlich reduziert. Ein weiterer Vorteil ist, dass durch das Verfahren eine deutlich höhere Datensicherheit im Sinne des Datenschutzes erreicht wird.</p> <p>Zusammengefasst zahlt das Verfahren für alle Beteiligten auf die Digitalisierung und den Bürokratieabbau im deutschen Gesundheitswesen ein. Mit der Einführung des § 291 Absatz 9 können dabei aktuell bestehende Problematiken aufgehoben und das Verfahren der eEB flächendecken eingeführt werden.</p> <p>§291 SGB V</p> <p>A) Vorschlag für neuen Absatz</p>

Vorschläge zur Reduzierung von Bürokratie im Gesundheitswesen, Stand: 23.10.2023

	<p>[...]</p> <p>(9) 1 Die Ersatzbescheinigung nach § 15 Absatz 6 Satz 4 kann auch auf elektronischem Wege zur Verfügung gestellt werden. 2 Die Leistungserbringer werden ermächtigt, die Ersatzbescheinigung nach § 15 Absatz 6 Satz 4 im Auftrag des Versicherten in einem sicheren digitalen Verfahren nach § 311 Absatz 6 SGB V bei der zuständigen Krankenkasse abzurufen. 3 Die Krankenkassen werden ermächtigt, die Ersatzbescheinigung nach § 15 Absatz 6 Satz 4 auf dem gleichen sicheren digitalen Weg nach § 311 Absatz 6 an die Leistungserbringer zu übermitteln. 4 Die Regelungen nach § 87 Absatz 1 Satz 2 haben auch für die Übermittlung der Ersatzbescheinigung auf elektronischem Weg nach § 311 Absatz 6 Bestand.</p>
Nachweis von erbrachten zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen Gemäß § 55 SGB V haben Versicherte Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse, wenn Zahnersatz in Anspruch genommen werden soll. Diese Beträge können sich aufgrund eigenen Bemühens zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen. Der Nachweis des eigenen Bemühens ist vom Versicherten zu erbringen und wird im Regelfall im sogenannten Bonusheft dokumentiert. Dieses ist vom Versicherten zusammen mit seinem Leistungsantrag einzureichen. Die Leistungsanträge für Zahnersatz sind seit spätestens 01.07.2023 vom Zahnarzt digital einzureichen. Versicherte haben daher keinen Antrag in der Hand, den sie zusammen mit dem Bonusheft einreichen würden. Für Versicherte besteht ebenso eine Unsicherheit, ob und wann der	Die elektronische Patientenakte soll nach den Plänen des BMG künftig im Opt-out-Verfahren umgesetzt werden. Der Gesetzgeber hat die gesetzlichen Grundlagen dafür geschaffen, dass das elektronische Zahnbonusheft ab 1. Januar 2022 Teil der elektronischen Patientenakte (ePA) der Versicherten ist. Dies bringt für Versicherte und Zahnarztpraxen einige Vorteile. Eine ePA ist daher Grundvoraussetzung für die Führung eines elektronischen Zahnbonusheftes. Es bietet die Möglichkeit, die gleichen Einträge wie bislang auch im papiergebundenen Bonusheft in elektronischer Form strukturiert und gültig für den Bonusanspruch abzubilden. Aktuell haben Krankenkassen keinen Zugriff auf das elektronische Bonusheft. Es ist daher eine Zugriffsregelung zu treffen. Vorteile entstehen für die Versicherten, da sofort der korrekte Bonus gewährt werden kann. Ebenso können

Vorschläge zur Reduzierung von Bürokratie im Gesundheitswesen, Stand: 23.10.2023

<p>digitale Antrag der Krankenkasse übermittelt wird/wurde. Die Krankenkasse entscheidet den Antrag auf Zahnersatz auf Basis vorliegender Informationen (z.B. vorliegender Abrechnungsdaten – siehe hierzu Vorschlag 71110 aus der Verbändeabfrage). Es kann daher passieren, dass ein geringerer Festzuschuss genehmigt wird, als dass der Versicherte einen Anspruch hat.</p>	<p>Verwaltungsaufwände bei den Krankenkassen minimiert werden. Für Personen, die vom Opt-Out Gebrauch machen, müsste eine papierene Alternative erhalten bleiben.</p>
Kassenwechsel GKV – PKV	
<p>Ausschluss der PKV–Versicherten ab dem 55. Lebensjahr Privat krankenversicherte Personen mit Anspruch auf Vollrente (oberhalb der Familienversicherungsgrenze) wird durch die Wahl einer Teilrente (unterhalb der Familienversicherungsgrenze) ein Zugang in die gesetzliche Krankenversicherung durch Beantragung der Familienversicherung über den gesetzlich versicherten Ehegatten eröffnet.</p>	<p>Die Aufnahme von zuletzt in der privaten Krankenversicherung versicherten Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben und ihren Rentenanspruch verringert haben, um über die beitragsfreie Familienversicherung in einer gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen zu werden, muss durch einen gesetzlich geregelten Ausschlussgrund verhindert werden.</p>
Innovationsfonds	
<p>Bürokratischer Aufwand im Rahmen des Innovationsfonds Der Innovationsfonds fördert seit 2016 die Erprobung neuer, innovativer Versorgungsformen. Die Förderung durch den Innovationsfonds konnte erfolgreich aufgebaut und etabliert werden. Auch die Bundesregierung stuft den Innovationsfonds als Impulsgeber und wichtiges Förderinstrument für die Weiterentwicklung der GKV–Versorgung ein und hat bereits im Koalitionsvertrag die Verfestigung des Innovationsfonds angekündigt. Diese soll im Gesetz zur Beschleunigung der</p>	<p>Es wäre wünschenswert, wenn der Innovationsausschuss und der Projektträger den bürokratischen Aufwand bei Antragsstellung, Änderungen im Projektverlauf, Rechenlegungs- und Berichtspflichten auf ein Minimum reduziert, um mehr Flexibilität bei der Projektumsetzung zu fördern und den Erkenntnisgewinn sowie die Einführung neuer Versorgungsideen und Forschungsergebnisse zu beschleunigen. Ferner ist die Flexibilisierung der Fördermittel, das heißt der variable Mitteleinsatz innerhalb der einzelnen Kostenkategorien, sowie die</p>

Vorschläge zur Reduzierung von Bürokratie im Gesundheitswesen, Stand: 23.10.2023

<p>Digitalisierung des Gesundheitswesens (kurz: Digital-Gesetz – DigiG) umgesetzt werden.</p> <p>Innovationsfonds-Projekte sind mit verschiedenen organisatorischen und regulativen "Förderprozessen" verbunden und durch starke Bürokratisierung sowie lange Entscheidungsprozesse geprägt. Diese lassen oftmals keine flexible Projektumsetzung zu und hindern die Erprobung innovativer Ansätze in der Versorgungsrealität. Die Evaluation von PROGNOS stellte ebenfalls fest, dass sich im Antragsprozess, wie auch bei laufender Förderung z.B. bei Änderungsanträgen, der zeitliche Aufwand für die Abwicklung der Förderung vom größten Teil der Befragten als sehr hoch eingeschätzt wurde.</p>	<p>Beschleunigung und Entbürokratisierung der Verfahren des Projektträgers wünschenswert. Betroffen sind hiervon die §§ 92a und b SGB V, die Geschäfts- und Verfahrensordnung des Innovationsausschusses sowie die Allgemeine Nebenbestimmungen (ANBest-IF) des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss für Förderungen aus dem Innovationsfonds.</p>
Vergabewesen	
<p>Zulässigkeit von automatisierten Entscheidungsfindungen im Vergabeverfahren</p> <p>Im Rahmen der Digitalisierung der Vergabeprozesse wäre es wichtig, Regelungen zur Zulässigkeit von automatisierten Entscheidungsfindungen im Vergabeverfahren zu schaffen.</p>	<p>Um die Entwicklung von automatisierten Beschaffungsprozessen in geeigneten Warengruppen zu fördern, wäre es wichtig, Klarheit darüber zu schaffen, dass Entscheidungen im Vergabeprozess durch automatische Einrichtungen getroffen werden können. Ähnliche Vorstöße zur Digitalisierung von Verwaltungsprozessen durch den Einsatz von automatischen Einrichtungen gibt es beispielsweise in § 35a VwVfG, § 31a SGB X und § 20 des Finanzverwaltungsgesetzes (FVG). Im Vergabeverfahrensrecht bestünde die Möglichkeit, den Einsatzrahmen sogar noch weiter zu fassen. Die Möglichkeiten der Digitalisierung sollte in allen Bereichen, also auch bei Vergabeverfahren vorangebracht werden.</p>

Vorschläge zur Reduzierung von Bürokratie im Gesundheitswesen, Stand: 23.10.2023

Erhebung von Daten	
<p>Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit</p> <p>Die Krankenkassen haben bei Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit oder für Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolges eine gutachtlische Stellungnahme des MD einzuholen. (§ 275 Abs. 1 Nr. 3 SGB V). Zum Zweck, ob eine solche Begutachtung erforderlich ist, dürfen die Krankenkassen Informationen der Versicherten und der Leistungserbringer erheben (§ 275 Abs. 1b SGB V). Wird der MD auf dieser Grundlage zur Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit beauftragt, ist es fachlich nicht möglich mit diesen stark eingegrenzten Informationsumfang der Krankenkasse ein anforderungsgerechtes Gutachten zu erstellen. Dies hat zur Folge, dass erneut Daten vom Versicherten und vom Leistungserbringer vom MD zu erheben sind. Teilweise werden bereits bei der Krankenkasse gemachte Angaben erneut erhoben, da sich die Verhältnisse zwischenzeitlich verändert haben können. Es kommt hier also zu mehrfachen Datenerhebungen beim Versicherten und beim Leistungserbringer. Problematisch ist in diesem Zusammenhang auch die Verzögerung im Begutachtungsprozess, die sich gerade in Fällen, in denen sich die Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit gutachterlich bestätigen lassen, negative Folgen für die Solidargemeinschaften und/oder die Arbeitgeber haben.</p>	<p>Die Erhebung der erforderlichen Daten für die Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeitsfällen erfolgt bei den Krankenkassen. Ein weiterer positiver Effekt wäre, dass die Krankenkassen fundierter die Erforderlichkeit einer MD-Begutachtung einschätzen können, so dass es zu einer Reduktion der Begutachtungsmengen kommt und dies die knappen Begutachtungsressourcen bei den MDn schont. Da es sich bei den Daten teilweise auch um sensible Daten handelt, könnten entsprechende Schutzmaßnahmen bei den Krankenkassen, wie z.B. Zugriffe nur dafür autorisierter Mitarbeitender, verkürzte Löschfristen etc., diesem Umstand gerecht werden.</p>
<p>Ambulante Psychotherapie Digitales Antrags- und Gutachterverfahren</p>	<p>Formulierungshilfe für ein digitales Antrags- und Gutachterverfahren: (wurde im August 2023 durch den GKV-SV konkretisiert und mit den Kassenverbänden konsentiert)</p>

Vorschläge zur Reduzierung von Bürokratie im Gesundheitswesen, Stand: 23.10.2023

	<p>1. Änderung der gesetzlichen Regelung von § 92 Abs. 6a Satz 6 SGB V erforderlich: Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren zu überprüfen, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a eingeführt hat.</p> <p>2. Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für ein digitales Antrags- und Gutachterverfahren, durch Einfügen eines neuen Satzes 16 in § 87 Absatz 1 SGB V: Einfügen von neuen Sätzen 13 bis 16:</p> <p>13 Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spaltenverband Bund der Krankenkassen regeln im Bundesmantelvertrag für Ärzte bis zum 31.12.2024 das Nähere zu einem elektronischen Antrags- und Gutachterverfahren für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen.</p> <p>14 Zur Durchführung des elektronischen Antrags- und Gutachterverfahrens sind die an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die jeweilige Krankenkasse sowie die oder der von der Krankenkasse ausgewählte Gutachterin oder Gutachter befugt, die hierfür erforderlichen versichertenbezogenen Angaben nach Maßgabe des Bundesmantelvertrags zu verarbeiten.</p> <p>15 Die Sätze 9 und 12 gelten entsprechend.</p>
	<p>Begründung:</p>

Vorschläge zur Reduzierung von Bürokratie im Gesundheitswesen, Stand: 23.10.2023

	<p>Die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie sind in der Psychotherapie-Richtlinie und der Psychotherapievereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä) geregelt. Bei der Beantragung einer ambulanten Psychotherapie wird durch die Krankenkasse geprüft, ob die Voraussetzungen für eine Psychotherapie erfüllt sind.</p> <p>Eine wesentliche Funktion des Antragsverfahrens und der mit der Genehmigung des Antrages durch die Krankenkassen einhergehenden vorgezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung ist die Schaffung eines sicheren Rahmens für die psychotherapeutische Behandlung. Die Genehmigung des Therapiekontingents ermöglicht eine Behandlungsplanung, die ein strukturiertes Vorgehen der Therapeutin oder des Therapeuten fördert und bei den Patient:innen ein Verständnis für die vorgesehene Behandlung schafft. Das Antragsverfahren soll daher unabhängig von der Einführung des Qualitätssicherungsverfahrens nach § 136a Absatz 2a SGB V beibehalten werden. Durch den Prozess des Antrags- und Genehmigungsverfahrens wird für Patientinnen und Patienten sowie Therapeutinnen und Therapeuten somit gleichermaßen ein sicherer Behandlungsrahmen geschaffen. Die Einführung eines elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahrens entbürokratisiert und beschleunigt den Prozess erheblich.</p>
Intensivpflege	
MD Begutachtungsprozess Außerklinische Intensivpflege Gemäß § 37c Abs. 2 Satz 6 SGB V soll ab Herbst 2023 die Feststellung, ob die Voraussetzungen der AKI vorliegen und ob die Versorgung am Leistungsort nach § 37c Abs. 2 Satz 1 SGB V	Hier wäre ein einheitlicher, mit dem MD Bund abgestimmter Prozess wünschenswert, sodass nicht auf jede Besonderheit der einzelnen MDen separat eingegangen werden müsste. Einheitliche Vorgehen würden eine

Vorschläge zur Reduzierung von Bürokratie im Gesundheitswesen, Stand: 23.10.2023

<p>sichergestellt ist, durch die Krankenkasse nach persönlicher Begutachtung der Versicherten am Leistungsort durch den Medizinischen Dienst erfolgen. Nach § 37c Abs. 2 Satz 7 SGB V hat die Krankenkasse ihre Feststellung jährlich zu überprüfen und hierzu eine persönliche Begutachtung durch den Medizinischen Dienst zu veranlassen.</p> <p>Hierzu entwickelt jeder einzelne MD derzeit eigene Prozesse und „Checklisten“ für den Begutachtungsauftrag (welche Angaben, Unterlagen etc. erforderlich sind).</p>	<p>enorme Entlastung für die Sachbearbeitenden der Krankenkassen bedeuten.</p>
Pflege	
<p>Entlastungsbetrag für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege</p> <p>Der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI ist als monatlicher Höchstanspruch von 125 Euro ausgestaltet. Ein nicht verbrauchter Betrag kann in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Diese Regelung ist wenig flexibel, umständlich und verwaltungsaufwändig.</p> <p>Nimmt beispielsweise ein Pflegebedürftiger Entlastungsleistungen für 500 Euro im Januar in Anspruch und hat er aus dem Vorjahr den Anspruch verbraucht, so kann ihm diese Leistung nicht sofort in voller Höhe erstattet werden. Hat er hingegen in einem Kalenderjahr bisher keine Leistungen bezogen und nimmt er im Oktober für 500 Euro Entlastungsleistungen in Anspruch so kann ihm der volle Betrag erstattet werden.</p>	<p>Der monatliche Anspruch nach § 45b SGB XI sollte in einen einfach nutzbaren jährlichen Entlastungsbetrag in Höhe von 1.500 Euro pro Kalenderjahr umgestaltet werden. Bei der dann vorhandenen Flexibilität ist eine komplizierte Übertragbarkeit von eventuellen Restansprüchen auf das folgende Kalenderhalbjahr nicht mehr erforderlich.</p>

Vorschläge zur Reduzierung von Bürokratie im Gesundheitswesen, Stand: 23.10.2023

<p>Die Praxis zeigt, dass dies den Pflegebedürftigen nur aufwändig vermittelbar und für die Betroffenen in der Regel nur schwer nachvollziehbar ist.</p>	
<p>Pflegeversicherung SGB XI</p> <p>Vergütungsverhandlungen mit Pflegeeinrichtungen (§ 85 bzw. § 89 SGB XI) vereinfachen</p> <p>Aufgrund zahlreicher gesetzlicher Vorgaben sind die Vergütungsverhandlungen mittlerweile inhaltlich hochkomplex geworden, so bestehen in der stationären Pflege parallele Vergütungsregelungen nach §§ 85, 43b, 82b SGB XI. Zudem werden diese z.T. zu unterschiedlichen Zeitpunkten verhandelt. Jede einzelne Regelung bei der Vergütungsfindung ist zwar begründet, im Zusammenspiel der Regelungen sind diese zwischenzeitlich aber hochkomplex und führen bei allen an der Vergütungsverhandlung Beteiligten zu kaum noch nachvollziehbaren Aufwänden. D.h. die zuständigen Landesverbände/Landesvertretungen müssen mehrmals im Jahr mit einer einzelnen Einrichtung in Verhandlung treten. Durch die Einführung der Tariftreue-Regelung wurde dieser Trend noch verstärkt. Derzeit existieren bundesweit ca. 17.000 ambulante und 12.000 stationäre Einrichtungen.</p>	<p>Die Vergütungsverhandlungen mit den Pflegeeinrichtungen sind daher neu auszurichten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die gesonderten Vergütungsregelungen nach §§ 85, 43b, 82b SGB XI in der stationären Pflege sind zwar weiterhin gesondert darzustellen, sollten aber verpflichtend zu einem Zeitpunkt mit der Einrichtung verhandelt werden. • Verbände der Leistungserbringer verhandeln mit Verhandlungs- und Abschlussvollmacht. Aktuell haben die Verbände der Leistungserbringern "nur" eine Verhandlungsvollmacht. Dies führt dazu, dass ein einzelner Leistungserbringer, für den das Verhandlungsergebnis mit dem zuständigen Verband aus seiner Sicht nicht ausreichend erscheint, ohne Begründung zu Einzelverhandlungen aufrufen kann. Im Ergebnis müssen diese Einrichtungen dann doppelt verhandelt werden. • Einzelverhandlungen werden mit einer Mindestlaufzeit von 12 Monaten abgeschlossen. • Perspektive: Landesweit werden verbindliche prozentuale Erhöhungssätze für alle Pflegeeinrichtungen ausgehandelt. Orientiert werden kann sich an den Verhandlungen im Krankenhausbereich (Landesbasisfallwert) oder den bundesweiten Honorarverhandlungen bei den Ärzten. Alternativ können auch Korridore festgelegt werden, in die die Pflegeeinrichtungen

Vorschläge zur Reduzierung von Bürokratie im Gesundheitswesen, Stand: 23.10.2023

	<p>„eingruppiert“ werden. Die Korridore könnten unter Berücksichtigung der Tariftreue–Regelungen entwickelt werden.</p>
<p>Berichtspflichten im SGB XI</p> <p>Seit mehreren Jahren werden im Rahmen der Gesetzgebung für die Pflege SGB XI und für die Häusliche Krankenpflege und Außerklinische Intensivpflege SGB V für neue Regelungen zunehmend detaillierte Berichtspflichten gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit eingeführt. Die Berichtspflichten sind stets zusätzlich zu den gesetzlich geregelten Statistiken umzusetzen. In der Gesamtschau ist festzustellen, dass Pflegekassen zunehmend damit beschäftigt werden, das Ministerium detailliert zu informieren und damit zunehmend Personal und Strukturen für Verwaltungsaufgaben, bei einer gleichzeitigen Absenkung der Verwaltungskostenpauschale, gebunden werden. Zudem ist oftmals der Sinn der Berichtspflichten nicht erkennbar bzw. steht der Aufwand in keinem Verhältnis zum Erkenntnisgewinn.</p>	<p>Die bestehenden Berichtspflichten (ca. 20 im Bereich SGB XI) sind im Sinne einer Entbürokratisierung zu streichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • § 18d SGB XI (PUEG) – Die Berichtspflicht bezieht sich auf die Pflegebegutachtung. Abgefragt werden u.a. umfangreiche Daten über die rehabilitativen Bedarfe in der Pflegebegutachtung, insbesondere über die Zahl der Anträge, Bearbeitungsdauer, Gründe für die Nichteinhaltung von Fristen zur Bearbeitungsdauer, Anzahl der Widersprüche und Entscheidungsgründe • § 85 Abs. 10 SGB XI (GVWG) – Berichtspflicht des GKV-Spitzenverband an das Bundesministerium für Gesundheit erstmals zum 30. Juni 2021 und anschließend vierteljährlich über die Zahl des durch den Vergütungszuschlag nach § 84 Absatz 9 Satz 1 finanzierten Pflegehilfskraftpersonals, die Personalstruktur, den Stellenzuwachs und die Ausgabenentwicklung. • § 84 Abs. 7 SGB XI (GVWG) – Berichtspflicht zum Nachweisverfahren über die bei der Pflegevergütung zu Grunde gelegten Bezahlung von Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen, formuliert im Genehmigungsschreiben des Bundesministeriums für Gesundheit Richtlinie an den GKV-Spitzenverband • § 37 Abs. 2b Satz 3 i. V. m. § 37b Abs. 4 SGB V (HPG) – Die Berichtspflicht umfasst die häusliche Krankenpflege und die ambulante Palliativversorgung. • § 132g Abs. 5 SGB V (Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) – Die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Vorschläge zur Reduzierung von Bürokratie im Gesundheitswesen, Stand: 23.10.2023

	wurde ferner mit dem HPG eingeführt. Der GKV-SV hat hierzu ebenfalls – wie zur SAPV – über die Entwicklungen alle drei Jahre dem BMG gegenüber zu berichten.
Heil- und Hilfsmittel/Medizinprodukte	
Medizinprodukte Es bedarf zwingend rechtlicher Änderungen in der MPBetreibV, mit denen die Krankenkassen von unnötigen, nicht umsetzbaren Betreiberpflichten entbunden werden, insbesondere, soweit sie sich auf den Einsatz von Produkten in Gesundheitseinrichtungen beziehen oder im Verhältnis zum Risikopotenzial der Hilfsmittel unangemessen sind: <ul style="list-style-type: none"> • Umgehende Einstellung der Forderung messtechnischer Kontrollen für Blutdruckmessgeräte. • Umgehende Einstellung der (von Leistungserbringern überhaupt nicht leistbaren) Forderung nach sicherheitstechnischen Kontrollen für Schlafapnoetherapiegeräte • Abschaffung sicherheitstechnischen Kontrollen für CPAP-Geräte durch LE ist nicht nachvollziehbar 	Es bedarf der Abschaffung unnötiger Kontrollanforderungen in der MPBetreibV.
Überwachungstätigkeit Rechtliche Klarstellung, wonach die Überwachungstätigkeit lediglich einmalig im Gültigkeitszeitraum stattfinden muss, sich auf die fachlichen Anforderungen beschränkt und grundsätzlich nach Aktenlage erfolgt. (§ 126 Abs. 2 SGB V)	Es bedarf einer einheitlichen, EU-konformen Regelung. (§ 126 Abs. 2 SGB V)

Vorschläge zur Reduzierung von Bürokratie im Gesundheitswesen, Stand: 23.10.2023

Einheitliche Anwendung des ermäßigten MwSt-Satzes für alle Hilfsmittel: Uneinheitliche Mehrwertsteuersätze erschweren das Abrechnungsverfahren und die Festsetzung der korrekten Bruttopreise.	Aktuell gibt es z.T. unterschiedliche Auskünfte von Hauptzollämtern zu dem anzuwendenden MwSt-Satz für dieselben Hilfsmittel. Die Klärung der „wirklich korrekten“ Angabe verursacht in diesen Fällen erheblichen Verwaltungsaufwand.
Hilfsmittel Leistungserbringer haben aktuell ein zeitlich uneingeschränktes Recht auf Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen (§ 127 Abs. 1 SGB V). Obwohl weder für die Leistungserbringer, noch die Krankenkassen ein Kontrahierungszwang besteht, führt dies zu Verwaltungsmehraufwand bei den Krankenkassen, ohne dass ein inhaltlicher Mehrwert für die Versicherten und deren Versorgungsqualität erzielt wird.	Nach öffentlicher Bekanntgabe der Vertragsverhandlungsabsichten einer Krankenkasse (§ 127 Abs.1 S. 6 SGB V) sollte eine zeitliche Begrenzung für die Leistungserbringer zur Abgabe ihrer Verhandlungsangebote gesetzlich geregelt werden. Die Dauer kann eine Anlehnung an das Vergaberecht sein oder nach Bedarf der jeweiligen Krankenkasse auch länger angesetzt werden. Bestehen für einen Produktbereich bereits Verträge nach § 127 Abs.1 SGB V, sollte es den Krankenkassen freistehen, an Vertragsabschlüssen interessierte Leistungserbringer entweder auf das Beitrittsrecht nach § 127 Abs. 2 SGB V zu verweisen oder weitere Verträge nach § 127 Abs. 1 SGB V zu schließen. Ein zeitlich unbegrenztes Verhandlungsrecht auf Seiten der Leistungserbringer führt bei den Krankenkassen zu Verwaltungsmehraufwand (auch ohne, dass ein Kontrahierungszwang besteht).
Hilfsmittel § 33 Abs. 6 SGB V: Versicherte haben ein uneingeschränktes Wahlrecht unter allen Vertragspartnern ihrer Krankenkassen. Vertragsärzte oder Krankenkassen dürfen keinerlei Einfluss auf die Auswahl eines Vertragspartners nehmen.	Der § 33 Abs. 6 SGB V sollte dahingehend geändert werden, dass die Krankenkasse den Vertragspartner aussuchen darf, wenn die Versicherten auf ihr Wahlrecht verzichten. An diesen Verzicht sollten keine hohen Anforderungen gestellt werden (z. B. keine Schriftform erforderlich).

Vorschläge zur Reduzierung von Bürokratie im Gesundheitswesen, Stand: 23.10.2023

<p>In der Praxis haben Versicherte häufig keine Präferenz für einen bestimmten Vertragspartner und wollen nur schnellstmöglich ihr Hilfsmittel bekommen. Die Krankenkasse muss den Versicherten dennoch eine vollständige Übersicht der Vertragspartner zukommen lassen, selbst wenn die Versicherten aktiv und ausdrücklich auf ihr Wahlrecht verzichten.</p>	<p>Die aktuelle Rechtslage führt zu Verzögerungen im Versorgungsablauf und verursacht Verwaltungsmehraufwand ohne sachlichen Mehrnutzen für die Versicherten, wenn diese ihr Wahlrecht unter den Vertragspartnern nicht ausüben wollen. Dem mündigen Bürger (oder Versicherten) muss auch ein Verzicht auf sein Recht ermöglicht werden.</p>
--	--