

24.11.25

Unterrichtung durch die Bundesregierung

Stellungnahme der Bundesregierung zu der Entschlieung des Bundesrates zum Bürokratieabbau in der gesetzlichen Krankenversicherung

Bundesministerium
für Gesundheit
Parlamentarischer Staatssekretär

Berlin, 21. November 2025

An den
Präsidenten des Bundesrates
Herrn Bürgermeister
Dr. Andreas Bovenschulte

Sehr geehrter Herr Bundesratspräsident,

beigefügt übersende ich Ihnen die Stellungnahme der Bundesregierung zur Entschlieung des Bundesrates zum „Bürokratieabbau in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (BR-Drs. 331/24 (B)).

Mit freundlichen Gren
Tino Sorge

* siehe Drucksache 331/24 (Beschluss)

**Stellungnahme der Bundesregierung zur Entschließung des Bundesrates
„Bürokratieabbau in der Gesetzlichen Krankenversicherung“
vom 27. September 2024 (Bundesratsdrucksache 331/24 (Beschluss))**

1. Zur Forderung nach einer Verschlankung durch Digitalisierung (Nummer 1 der Entschließung des Bundesrates)

a) Elektronische Unterschriften Verträge Hilfsmittel

Die Bundesregierung stimmt zu, dass Medienbrüche zusätzlichen organisatorischen und bürokratischen Aufwand in der Versorgung verursachen und vermieden werden sollten. Nach Kenntnis des Bundesministeriums für Gesundheit erfolgen Datenerhebung, -übertragung sowie die entsprechenden Abrechnungsprozesse in vielen Fällen bereits ausschließlich elektronisch. Etwa durch das flächendeckend genutzte elektronische Kostenvoranschlagsverfahren sowie die Verpflichtung in § 302 Absatz 1 SGB V die abrechnungsrelevanten Daten im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Zu Medienbrüchen kommt es jedoch teilweise im Zusammenhang mit den Dokumentationspflichten nach § 127 Absatz 5 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).

Hiernach haben Leistungserbringer die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung zu beraten, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und 5 SGB V für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Die Leistungserbringer sind nach § 127 Absatz 5 Satz 2 SGB V verpflichtet, die Beratung zu dokumentieren und durch Unterschrift der Versicherten bestätigen zu lassen. Die Dokumentation kann schriftlich oder elektronisch erfolgen. Das Nähere ist in den Verträgen nach § 127 Absatz 1 und 3 SGB V zu regeln (§ 127 Absatz 5 Satz 3 SGB V). Die Klarstellung, dass auch eine Dokumentation in elektronischer Form zulässig ist, wurde mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) in § 127 Absatz 5 Satz 2 SGB V aufgenommen. Ausweislich der Gesetzesbegründung zum TSVG verfolgte der Gesetzgeber damit die Intention, dass die eigenhändige Unterschrift des Versicherten auch direkt elektronisch erfasst werden kann, beispielsweise durch ein Unterschriftenpad oder Signaturtablett (BT-Drs. 19/6337, S. 128). In der Praxis wird eine solche elektronische Unterschrift der Versicherten jedoch nicht von allen Krankenkassen anerkannt beziehungsweise verlangen einige Krankenkassen eine qualifizierte elektronische Signatur. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) prüft, inwieweit weiterer gesetzlicher Klarstellungsbedarf besteht, um die in den Gesetzesmaterialien zum TSVG zum Ausdruck gekommene Intention des Gesetzgebers auch unmittelbar aus dem Wortlaut der Regelung entnehmen zu können. Eine Pflicht, die Beratung ausschließlich elektronisch zu dokumentieren, hätte damals vor allem

kleinere Leistungserbringer vor unüberwindbare finanzielle und organisatorische Hürden stellen und Beratungen in der Häuslichkeit der Versicherten erschweren können. Das BMG wird prüfen, ob vor dem Hintergrund der fortschreitenden Digitalisierung nunmehr auch im Hilfsmittelbereich eine solche Verpflichtung zur elektronischen Dokumentation der Beratung möglich ist.

b) Bescheinigungen für Zuzahlungsbefreiungen

Die Angabe, ob der jeweilige Versicherte die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V erreicht hat und der Versicherte in der Folge von weiteren Zuzahlungen befreit ist, ist gemäß § 291a Absatz 2 Nummer 8 SGB V als Information zum „Zuzahlungsstatus des Versicherten“ durch die Krankenkasse des Versicherten auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) bereitzustellen und im Rahmen des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM) bei einem Online-Abgleich der auf der eGK gespeicherten Daten mit den der Krankenkasse vorliegenden aktuellen Daten jeweils zu aktualisieren. Insoweit ist die geforderte Bereitstellung digitaler Angaben zur Zuzahlungsbefreiung im Rahmen des VSDM bereits gesetzlich geregelt.

Allerdings wird die Angabe zum Zuzahlungsstatus des Versicherten im Rahmen des VSDM derzeit standardmäßig noch mit „0“, also „nicht von der Zuzahlung befreit“, angegeben und auch bei einer vorliegenden Zuzahlungsbefreiung von den Krankenkassen (noch) nicht aktualisiert. Zur Feststellung einer vorliegenden Zuzahlungsbefreiung müssen Leistungserbringer daher weiterhin noch auf einen vom Versicherten mitzuführenden Papiernachweis zurückgreifen.

Um die mit der digitalen Bereitstellung aktueller Daten zum Zuzahlungsstatus erzielbaren Entlastungen zu erreichen, werden derzeit mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Gründe eruiert, warum die gesetzliche Verpflichtung bisher nicht umgesetzt wurde. In Abhängigkeit vom Ergebnis der Eruierung wird die gesetzliche Aufnahme einer sanktionsbewehrten Umsetzungsfrist geprüft.

c) Digitaler Versand der Informationsschreiben über die Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes

Die Bundesregierung teilt die Einschätzung, dass sich durch einen digitalen Versand von Informationsschreiben über die Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes Bürokratieaufwand einsparen lässt und prüft derzeit – unter Berücksichtigung des Regelungsziels –, unter welchen Voraussetzungen eine digitale Information der Versicherten ermöglicht werden kann.

d) Digitale Ausgestaltung der Kommunikationswege bei Einholung von Gutachten zu Leistungsanträgen von Zahnärzten

Das im Bundesmantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z) vorgesehene Gutachterverfahren ist aktuell ein papiergebundenes Verfahren, das mit einem verwaltungstechnisch großen Aufwand verbunden ist. Ein digitaler Austausch der erforderlichen Unterlagen zwischen den vertragszahnärztlichen

Gutachterinnen und Gutachtern und den Krankenkassen könnte zu einem effizienteren und schnelleren Verfahrensablauf beitragen. Das Bundesministerium für Gesundheit prüft in diesem Zusammenhang die Festlegung eines Stichtages, ab dem die Dienste der Telematikinfrastruktur für die Datenübermittlung in dem genannten Gutachterverfahren verpflichtend zu nutzen sind. Ebenfalls wird die Einbindung der zahnmedizinischen Hochschulambulanzen in das digitale Gutachterverfahren geprüft.

2. Zur Forderung der Vereinfachung der Prüfung von Datenmeldungen für den Risikostrukturausgleich (Nummer 2 der EntschlieÙung des Bundesrates)

Für die am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen sind für die Berichtsjahre 2008 bis 2020 mehr als 500 Prüfverfahren (davon mehr als 300 statistische Auffälligkeitsprüfungen und mehr als 200 Verdachtsprüfungen) begonnen worden. Zwei Drittel der Verfahren konnten eingestellt oder abgeschlossen werden, so dass sich derzeit ein Drittel in der Durchführung befindet. Bei den abgeschlossenen Prüfverfahren handelte es sich vorwiegend um sogenannte verdachts- oder anlassbezogene Prüfungen nach § 273 Absatz 5 SGB V. Mit den abgeschlossenen Verfahren wurden Korrekturbeträge von insgesamt rund 486 Millionen Euro ermittelt, um die die Zuweisungen für die betroffenen Krankenkassen gekürzt wurden, und die im jeweiligen Jahresausgleich wieder an alle Krankenkassen ausgeschüttet wurden.

Soweit die EntschlieÙung des Bundesrates zu Ziffer 2 darauf abzielt, die Prüfverfahren nach § 273 SGB V hinsichtlich des damit für alle Beteiligten verbundenen personellen und zeitlichen Aufwands auf den Prüfstand zu stellen, ist darauf hinzuweisen, dass gemäß dem vom Bundesrat angesprochenen „Eckpunktepapier zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen“ vom 30. September 2023 seitens des BMG fortlaufend geprüft wird, an welchen Stellen im Gesundheitswesen Bürokratie abgebaut werden kann. Dabei werden auch die Erkenntnisse aus dem am 15. Mai veröffentlichten „Gutachten zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs im korrigierten Jahresausgleich 2021“ berücksichtigt. In diesem Gutachten empfiehlt der Wissenschaftliche Beirat u. a., ein Aussetzen bzw. eine Abschaffung des Ausschlusses der Hierarchisierten Morbiditätsgruppen bei der Durchführung des Jahresausgleichs (sog. Manipulationsbremse) zu prüfen sowie die kassenübergreifende Auffälligkeitsprüfung für die Berichtsjahre 2020 bis 2022 aufgrund von durch die COVID-19 Pandemie bedingten Diskontinuitäten der Datenmeldungen im Risikostrukturausgleich (RSA-Datenmeldungen) auszusetzen. Zu den Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats und zu den Abläufen der Prüfungen nach § 273 SGB V steht das BMG im engen Austausch mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), um bestehenden gesetzgeberischen Anpassungsbedarf zu identifizieren.

Zu den in der Entschließung des Bundesrats geforderten Anpassungen an den Prüfungen wird im Einzelnen wie folgt Stellung genommen:

a) Berücksichtigung erfolgter Vermögensabschöpfungen bei den Prüfungen für vergangene Jahre
Die Berücksichtigung stattgefundener Vermögensabschöpfungen bei Krankenkassen bei der Durchführung bzw. bei den Ergebnissen von Prüfungen nach § 273 SGB V ist weder gesetzlich vorgesehen noch erscheinen diesbezügliche Überlegungen sachgerecht. Es hat sich stattdessen gezeigt, dass jene Krankenkassen, die von hohen Korrekturbeträgen aufgrund einer Prüfung nach § 273 SGB V betroffen sein könnten, zu diesem Zweck zumindest teilweise Rückstellungen in ihren Rechnungsergebnissen 2021 vorgenommen und damit ihre Finanzreserven zum Jahresende 2021 als Stichtag für die Ermittlung der Vermögensabführung bereits reduziert haben.

b) Neukonzeption der Prüfungen für zukünftige Jahre

Die Prüfverfahren wurden mit der im Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) vorgenommenen Neufassung des § 273 SGB V grundsätzlich umgestaltet. Zur Umsetzung dieser Neuregelung steht das BMG mit dem BAS im regelmäßigen Austausch, um zu prüfen, ob und ggf. welcher weitere gesetzgeberische Anpassungsbedarf bei den Regelungen besteht. So haben sich die regulären Einzelfallprüfungen auf Grundlage von statistischen Auffälligkeiten nach § 273 Absatz 4 SGB V wegen intensiver Sachverhaltsermittlungen als sehr komplex und aufwändig erwiesen, wohingegen die anlass- oder verdachtsbezogenen Einzelfallprüfungen nach § 273 Absatz 5 SGB V ein effektives Verfahren darstellen, um Rechtsverstöße festzustellen und im Ergebnis Korrekturbeträge zu ermitteln.

c) Beweislastumkehr

Vor Inkrafttreten der Neufassung des § 273 SGB V im GKV-FKG haben die Krankenkassen oftmals den Abschluss der Prüfverfahren verhindert, indem sie dem BAS zur Aufklärung des Sachverhalts beitragende Rückmeldungen nicht gegeben haben. Daher wurden in § 273 Absatz 4 SGB V Nachweispflichten der betroffenen Krankenkassen und, wenn diesen nicht nachgekommen wird, die gesetzliche Vermutung eines Rechtsverstoßes festgelegt. Da dies die in den Ausführungen zu Buchstabe b genannten Schwierigkeiten bei der Sachverhaltsermittlung nicht verringert hat, wird auch diese Regelung im Hinblick auf einen möglichen notwendigen Anpassungsbedarf zurzeit überprüft.

d) Vermeidung von Doppelprüfungen durch Beschränkung der Prüfungen auf die Verträge, die nicht bereits durch Länderaufsichten genehmigt wurden

Das BAS hat einen Prüfauftrag hinsichtlich des in § 267 Absatz 1 Satz 2 SGB V gesetzlich normierten Einwirkungsverbots der Krankenkassen auf Leistungsdaten. Die Einhaltung des Einwirkungsverbots wird vom BAS im Rahmen von Einzelfallprüfungen der RSA-Datenmeldungen geprüft. Gegenstand der Prüfungen sind auch Verträge oder einzelne Vertragsbestandteile, nach denen Ärzte von Krankenkassen für ein bestimmtes Kodierverhalten eine Zusatzvergütung erhalten, ohne dass erkennbare Zusatzleistungen erbracht wurden. Das BAS achtet bei den Prüfungen darauf, dass im Sinne eines fairen Wettbewerbs die unter Landes- und Bundesaufsicht stehenden Krankenkassen gleichbehandelt werden.

Für die in § 273 Absatz 7 Satz 2 SGB V angesprochenen Vereinbarungen und Verträge bestand und besteht eine Vorlage- aber keine Genehmigungspflicht. Dementsprechend stellt § 273 Absatz 7 Satz 2 SGB V auch klar, dass die bisherige Nichtbeanstandung von diesen Vereinbarungen und Verträgen durch die zuständige Aufsichtsbehörde keinen Vertrauensschutz vermittelt. Eine Bevorzugung oder Privilegierung von Verträgen, die durch Länderaufsichten nicht beanstandet wurden, ist nicht zuletzt aus Gleichbehandlungsgründen nicht zulässig.

3. Zur Forderung nach Abschaffung redundanter Verfahren

a) Von Beginn an keine über Beitragsbemessungsgrenze hinausgehende Beiträge

Die Beitragsberechnungsregel des § 22 Absatz 2 der Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) stellt im Fall mehrerer Zahlungspflichtiger sicher, dass alle Zahlungspflichtigen anteilig bis zur Beitragsbemessungsgrenze an der Zahlung und damit der Aufbringung der Beiträge beteiligt werden. Insoweit entfaltet § 22 Absatz 2 SGB IV auch Schutzwirkung zugunsten der Erst-Arbeitgeber Mehrfachbeschäftigter.

Die vom Bundesrat beschriebene Problematik leitet sich her aus der parallelen Beitragszahlung zur Rentenversicherung in Fällen des Nebeneinanders von Versicherungspflicht auf Antrag und Versicherungspflicht aufgrund Ausübung einer abhängigen Beschäftigung. Erstgenannte Beitragspflicht betrifft vorrangig Sachverhalte, in denen die Antragspflichtversicherung auf eine selbstständige Tätigkeit zurückgeht. In diesen Fällen führt erst die Aufgabe der selbstständigen Tätigkeit zum Wegfall der Antragspflichtversicherung. Dementsprechend kann bei Hinzutritt einer versicherungspflichtigen Beschäftigung die Situation entstehen, dass die beitragspflichtigen Einnahmen insgesamt die Beitragsbemessungsgrenze überschreiten. In diesen Fällen kommt § 22 Absatz 2 SGB IV zur Anwendung.

Da es sich bei dem betroffenen Personenkreis in aller Regel um Selbstständige handeln dürfte, ist die beitragspflichtige Einnahme in den Fällen der Antragspflichtversicherung das zuletzt nachgewiesene Jahresarbeitseinkommen bzw. die Bezugsgröße. Aus der Beschäftigung sind die

Arbeitsentgelte die beitragspflichtige Einnahme. Sowohl das Arbeitsentgelt als auch die beitragspflichtige Einnahme aus der selbstständigen Tätigkeit können unterjährig schwanken. Daher lässt sich auch die Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenze erst nachträglich feststellen. Für die Erstattung der in diesen Fällen zu Unrecht gezahlten Rentenversicherungsbeiträge sind die Rentenversicherungsträger zuständig. Daher ist unklar, welche Entlastungen für die gesetzliche Krankenversicherung aus einer Verfahrensänderung erwachsen könnten. Selbst wenn unterstellt wird, dass ein monatliches Meldeverfahren implementiert werden könnte, würde dies ggf. einen hohen Aufwand auslösen, der zu prüfen wäre.

Der zusätzliche Aufwand dürfte jedenfalls nicht im Verhältnis zu der zu erwartenden Entlastung für die Sozialversicherung stehen. Das begründet sich aus den geringen Fallzahlen. Von den ca. 20 000 Selbstständigen mit einer Antragspflichtversicherung im Jahr 2024 wären nur diejenigen entlastet, die insgesamt aus ihrer selbstständigen Tätigkeit und der Beschäftigung die Beitragsbemessungsgrenze überschreiten, die derzeit bei monatlich 8 050 Euro liegt. Für eine geringe Fallzahl ein gesondertes Meldeverfahren zu implementieren erscheint nicht zielführend.

b) Streichung von § 83a SGB X (zusätzliche Meldepflichten bei Sozialdatenschutzverletzungen)

Die Streichung des § 83a des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch ist in Artikel 10 Nummer 6 des Entwurfs eines Gesetzes zur Anpassung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (SGB VI-Anpassungsgesetz, BR-Drs. 423/25, S. 21) bereits vorgesehen.