

**Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung
gemäß § 46 Abs. 1 GO LT
mit Antwort der Landesregierung**

Anfrage der Abgeordneten Jan Bauer und Eike Holsten (CDU)

Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung
namens der Landesregierung

Umsetzung der Handlungsempfehlungen des Nationalen Normenkontrollrates in Niedersachsen - Bürokratieabbau in Arzt-, Psychotherapeuten- und Zahnarztpraxen

Anfrage der Abgeordneten Jan Bauer und Eike Holsten (CDU), eingegangen am 29.10.2025 -
Drs. 19/8898,
an die Staatskanzlei übersandt am 05.11.2025

Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung
namens der Landesregierung vom 01.12.2025

Vorbemerkung der Abgeordneten

Im Jahr 2015 veröffentlichte der Nationale Normenkontrollrat (NKR) in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt und verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens den Bericht „Mehr Zeit für Behandlung - Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Arzt- und Zahnarztpraxen“. Die Untersuchung belegte eine Bürokratiebelastung: jährlich rund 4,33 Milliarden Euro, davon rund 3,33 Milliarden Euro allein durch Regelungen der gemeinsamen Selbstverwaltung. Auf dieser Basis wurden 20 Handlungsempfehlungen entwickelt, u. a. zur Digitalisierung von Verwaltungsprozessen, zur Vereinfachung von Formularen und Anträgen sowie zur Entlastung bei Dokumentationspflichten.¹

In der Unterrichtung der Landesregierung vom 05.09.2024 zum Entschließungsantrag der CDU-Landtagsfraktion „Bürokratieabbau in Zahnarztpraxen“ (Drucksache 19/4569) wurde festgestellt, dass drei Handlungsempfehlungen (Nummer 4, 5 und 7) landesseitig von Bedeutung seien: Erleichterung der Registrierung des Betriebs von Röntgeneinrichtungen, Reduktion der Präsenzanforderungen zum Nachweis der erforderlichen Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz sowie Praxisbegehung nach dem Medizinproduktegesetz und Infektionsschutzgesetz.²

Obwohl die bisherigen Beratungen auf Zahnarztpraxen konzentriert waren, bestehen auch für Arzt- und Psychotherapeutenpraxen noch Fragen bei der Umsetzung. Dies betrifft sowohl bestehende Praxen als auch die ambulante Versorgung im ländlichen Raum.

1. Welche der 20 Handlungsempfehlungen des NKR wurden in Niedersachsen gegebenenfalls bislang vollständig oder teilweise umgesetzt?

a) Welche betreffen Maßnahmen auf Landesebene?

Die Handlungsempfehlung 4 ist derzeit in Bearbeitung.

Die Handlungsempfehlung 5 wurde bereits umgesetzt.

¹ https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Buerokratiekosten/Publikationen/Downloads-Buerokratiekosten/zeit-fuer-behandlung.pdf?__blob=publicationFile

² https://www.landtag-niedersachsen.de/parlamentsdokumente/niederschriften_ausschuesse/19_wp/afsffgui/041_AfSAGuG_05.09.2024.pdf

Bei der Handlungsempfehlung 7 liegt die Gesetzgebungskompetenz für das Infektionsschutzgesetz (IfSG) und das Medizinprodukte-Durchführungsgesetz (MPDG) beim Bund. Entsprechende Formulierungen bezüglich einer Koordinierung von Praxisbegehungen nach IfSG und MPDG wurden bisher nicht in die Gesetze aufgenommen.

Die Zuständigkeit der unteren Gesundheitsbehörden für die infektionshygienische Überwachung von Zahnarztpraxen ergibt sich aus dem IfSG. Für Zahnarztpraxen, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden, ergibt sich die Zuständigkeit zudem aus der Niedersächsischen Verordnung über Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (NMedHygVO). Gemäß § 1 des Niedersächsischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) arbeiten die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes mit anderen Trägern, Einrichtungen und Vereinigungen zusammen. In der Praxis findet in vielen Regionen bereits eine Zusammenarbeit der unteren Gesundheitsbehörden mit den für die Aufsicht nach dem Medizinproduktegesetz zuständigen Gewerbeaufsichtsämtern statt. Eine darüber hinausgehende Regelung zur gemeinsamen Durchführung von Begehungen besteht derzeit nicht. Des Weiteren wird auf die Antwort der Landesregierung auf die Frage 4 c) verwiesen.

b) Welche betreffen Maßnahmen in Verantwortung von Bund oder gemeinsamer Selbstverwaltung?

Handlungsempfehlung 2: Die Gesetzgebungskompetenz für das MPDG und die Medizinbetrieberverordnung (MPBetreibV) liegt ausschließlich beim Bund.

Handlungsempfehlung 6: Die Gesetzgebungskompetenz für das MPDG und die MPBetreibV liegt ausschließlich beim Bund.

Handlungsempfehlung 20: Die Gesetzgebungskompetenz für das Betäubungsmittelgesetz und die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung liegt ausschließlich beim Bund. Mit der bereits beschlossenen und zeitnah zu erwartenden Umsetzung des E-Rezeptes auch für Betäubungsmittel wird die Handlungsempfehlung 20 obsolet.

Die Umsetzung der Handlungsempfehlungen im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen auf Bundesebene durch gesetzliche Regelungen im SGB V, Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sowie vertraglichen Vereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung im Rahmen der Gesamtverträge (§ 82 Abs. 1 SGB V). Dies betrifft die nachfolgenden Ziffern:

- Nummer 1 - Elektronisches Antrags- und Genehmigungsverfahren - Behandlungsplan
- Nummer 3 - Vereinfachung von Archivierungspflichten zur Erfüllung der Aufbewahrungsfristen
- Nummer 8 - Anfragen von Krankenkassen und Medizinischem Dienst der Krankenversicherung auf vereinbarten Vordrucken
- Nummer 9 - Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit
- Nummer 10 - Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement
- Nummer 11 - Heilmittelverordnung
- Nummer 12 - Verordnung Krankenförderung
- Nummer 13 - Genehmigungsverfahren Psychotherapie
- Nummer 14 - Bescheinigung zum Erreichen der Belastungsgrenze (Chroniker-Richtlinie)
- Nummer 16 - Verordnung von medizinischer Rehabilitation
- Nummer 17 - Verzicht auf Genehmigung zur Teilnahme an der Blankoformularbedruckung
- Nummer 18 - Erläuterungstexte für die vereinbarten Vordrucke in der Praxissoftware
- Nummer 19 - Praxis der Ex-ante-Abschätzung im Gemeinsamen Bundesausschuss

2. Wie erfolgt gegebenenfalls die Nachverfolgung (Monitoring) der Umsetzung der Handlungsempfehlungen in Niedersachsen?

Ein systematisches, umfassendes und institutionalisiertes Monitoring der Umsetzung der Handlungsempfehlungen ist in Niedersachsen derzeit nicht geplant. Allerdings verfolgt z. B. die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) die Umsetzung kontinuierlich durch eventuelle Anpassungen und Veränderungen in der praktischen Anwendung.

3. Findet gegebenenfalls ein strukturierter Austausch mit dem NKR oder dem Bundesministerium für Gesundheit statt? Falls nicht, warum nicht?

Ein strukturierter Austausch mit dem NKR oder dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) findet durch die Landesregierung in diesem Zusammenhang nicht statt, da die Regelungskompetenz der überwiegenden Handlungsempfehlungen beim Bund liegt.

Die KVN teilt mit, dass ein Austausch auf Bundesebene primär zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), als Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen, und dem BMG stattfindet. Weiterhin gibt es auch einen Austausch zwischen der KBV und dem NKR.

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN) berichtet, dass auch hinsichtlich des vertragszahnärztlichen Bereichs ein strukturierter Austausch zwischen NKR, dem BMG und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) als Dachverband der 17 Kassenzahnärztlichen Vereinigungen stattfindet.

4. Wie bewertet die Landesregierung die Umsetzung der in der Unterrichtung vom 05.09.2024 als landesseitig relevant bezeichneten Handlungsempfehlungen Nr. 4, 5 und 7 des NKR mit Bezug zu Zahnarztpraxen:

- a) **Empfehlung Nr. 4: Erleichterung der Registrierung und Überwachung von Röntgeneinrichtungen - welche Maßnahmen wurden in Niedersachsen unternommen, um die Melde- und Genehmigungsverfahren für Röntgeneinrichtungen in Zahnarztpraxen zu vereinfachen (z. B. durch Digitalisierung oder ein One-Stop-Shop-Verfahren)?**

Die Umsetzung der Handlungsempfehlung ist derzeit in Arbeit. Im Rahmen des Onlinezugangsgesetzes (OZG) wurden mit einem „Einer für Alle“-Ansatz insgesamt 14 Online-Dienste im Bereich Strahlenschutz vom Land Schleswig-Holstein entwickelt. Diese Online-Dienste umfassen Genehmigungs- und Anzeigeverfahren in Medizin und Technik, Meldungen zur Strahlenschutzorganisation, die Beantragung der Fachkunde im Strahlenschutz und die Anerkennung von Kursen im Strahlenschutz. Das Land Niedersachsen hat zur Umsetzung des OZG die Nachnutzung der Online-Dienste des Landes Schleswig-Holstein statt einer Eigenentwicklung vorgesehen. Derzeit erfolgen Vorbereitungen, um die Nachnutzung der Online-Dienste in Niedersachsen zu ermöglichen.

- b) **Empfehlung Nr. 5: Reduktion der Präsenzanforderungen für den Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz - inwieweit unterstützt die Landesregierung die verstärkte Anerkennung von Online- oder Hybridformaten bei Strahlenschutzfortbildungen für das zahnärztliche Personal?**

Die Handlungsempfehlung wurde umgesetzt.

Die Richtlinie Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz bei dem Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin oder Zahnmedizin vom 22.12.2005 (GMBI. 2006, S. 414), geändert am 27.06.2012 (GMBI. 2012, S. 724), korrigiert am 28.11.2012 (GMBI. 2012, S. 1204), steht der Anerkennung von Online-Kursen nicht entgegen. Das Bundesministerium für Umwelt, Klimaschutz, Naturschutz und nukleare Sicherheit hat im Jahr 2022 ein Rundschreiben mit einem Merkblatt zur Anerkennung von Kursen im Strahlenschutz veröffentlicht (GMBI 2022, S. 1010), das derzeit in der Fassung vom 20.03.2023 im Vollzug des Landes Niedersachsen zur Anwendung kommt. Es sind für Kurse im

Strahlenschutz Phasen des asynchronen Lernens (E-Learning und sonstige Medien zum Selbststudium) und des synchronen Lernens (virtuelle Präsenzphasen, physische Präsenzphasen, Hybrid-Veranstaltungen) vorgesehen.

Die Anforderungen an den Fachkundeerwerb werden derzeit in Bund-Länder-Arbeitsgruppen überarbeitet. Das o. g. Merkblatt soll in die Rahmenrichtlinie über die erforderliche Fachkunde und die erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz nach § 74 Strahlenschutzgesetz übernommen werden. Das Land Niedersachsen setzt sich dafür ein, dass die Online- und Hybridformate weiterhin einen hohen Stellenwert behalten.

- c) Empfehlung Nr. 7: Praxisbegehungen nach MPG und IfSG - welche Schritte wurden unternommen, um landesweit einheitliche, transparente und praxisnahe Kriterien für Praxisbegehungen zu schaffen? Wird geprüft, ob diese Begehungen künftig von fachkundigen Sachverständigen der Zahnärztekammer Niedersachsen im Auftrag der Behörde durchgeführt werden können?**

Die Überwachung medizinproduktrechtlicher Vorgaben erfolgt gemäß § 77 MPDG i. V. m. der MPBetreibV auf Grundlage eines bundeseinheitlichen Ansatzes, der auf einem etablierten Qualitätssicherungssystem basiert (vgl. § 5 MPRVwV). Dieses beinhaltet diverse Verfahrensanweisungen und spezifische Formblätter, die bei den Praxisbegehungen berücksichtigt werden. Diese Dokumente sind auf der Webseite der Zentralstelle der Länder für Gesundheitsschutz bei Arzneimitteln und Medizinprodukten (ZLG) veröffentlicht und für alle interessierten Personen öffentlich zugänglich. Anlassunabhängige Überwachungen werden stets im Vorfeld von den Staatlichen Gewerbeaufsichtsamtern angekündigt. Der Ablauf und die Inhalte der Begehungen sind für Zahnarztpraxen somit vollständig transparent.

Die Landesregierung plant weiterhin nicht, die Praxisbegehungen auf fachkundige Sachverständige der Zahnärztekammer Niedersachsen zu übertragen, da die Einhaltung des Medizinproduktrechts primär eine staatliche Vollzugsaufgabe ist. Gleiches gilt für die infektionshygienische Überwachung von Zahnarztpraxen

Des Weiteren wird auf die Antwort der Landesregierung auf Frage 1 verwiesen.

- 5. Welchen Kenntnisstand hat die Landesregierung zur Umsetzung weiterer Handlungsempfehlungen des NKR, die Zahnarztpraxen betreffen, aber nicht als landesseitig zuständig eingeordnet wurden?**

- a) Empfehlung Nr. 1: Elektronisches Antrags- und Genehmigungsverfahren für zahnärztliche Behandlungspläne.**

Die Handlungsempfehlung ist durch die gemeinsame Selbstverwaltung auf Bundesebene umgesetzt. Ergänzende Informationen dazu liegen der Landesregierung nicht vor.

- b) Empfehlung Nr. 2: Einführung einer Negativdokumentation bei der Aufbereitung von Medizinprodukten.**

Die Verordnung über das Betreiben und Benutzen von Medizinprodukten vom 14.02.2025 (MPBetreibV, zuletzt geändert am 31.10.2025 - BGBl. 2025 I Nr. 263) legt in § 8 Abs. 1 fest, dass die Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Benutzung kommenden Produkten unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers mit geeigneten validierten Verfahren so durchzuführen ist, dass der Erfolg dieser Verfahren nachvollziehbar gewährleistet ist.

Detaillierte Anforderungen zur Dokumentation enthält die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) sowie des Bundesinstituts für Arzneimittel, auf die in § 8 Abs. 2 MPBetreibV verwiesen wird.

Die Aufbereitung von Medizinprodukten endet mit einer dokumentierten Freigabeentscheidung. Die Dokumentation muss u. a. für jede Charge die Übereinstimmung der Prozessparameter mit denen der Validierungsberichte sowie die Durchführung erforderlicher Routineprüfungen belegen. Das Verfahren zum Nachweis dieser Anforderungen ist nicht festgelegt; es kann entweder durch Papierdokumente oder eine geeignete Software erfolgen.

Die Anforderungen an die Dokumentation im Zusammenhang mit der Aufbereitung von Medizinprodukten haben sich auch nach der Evaluierung und Neufassung der MPBetreibV durch das BMG nicht verändert.

c) Empfehlung Nr. 3: Vereinfachung der Archivierungspflichten zur Erfüllung der Aufbewahrungsfristen.

Der Landesregierung liegen hierzu keine Kenntnisse vor.

Der Verband der Ersatzkassen (vdek) teilt jedoch mit, dass es bei dieser Handlungsempfehlung insbesondere um zahnärztliche Planungsmodelle und deren künftige elektronische Archivierung anstelle körperlicher Aufbewahrung gehe. Der Bundesmantelvertrag - Zahnärzte (BMV-Z) als bundesweite Vertragsgrundlage der Selbstverwaltungskörperschaften wurde zum 01.07.2018 grundlegend neu gefasst. In § 8 Abs. 2 heißt es dazu: „Soweit die zahnärztlichen Aufzeichnungen oder sonstigen Behandlungsunterlagen elektronisch dokumentiert worden sind, hat der Vertragszahnarzt insbesondere dafür Sorge zu tragen, dass sie innerhalb der Aufbewahrungsfrist in geeigneter Form verfügbar gemacht werden können.“

d) Empfehlung Nr. 6: Nachweis der Wirksamkeit von Medizinprodukten.

Entsprechend der MPBetreibV dürfen Medizinprodukte nur gemäß ihrer Zweckbestimmung betrieben und benutzt werden. Dies gilt auch für Geräte und Produkte, die im Rahmen der Aufbereitungsprozesse für Medizinprodukte (z. B. zur Reinigung, Desinfektion, Sterilisation, Verpackung) verwendet werden. Mit der in der MPBetreibV geforderten Validierung der Aufbereitungsprozesse wird nicht das Ziel verfolgt, die grundsätzliche Wirksamkeit oder Eignung der verwendeten CE-gekennzeichneten Geräte und Produkte „erneut“ nachzuweisen oder zu prüfen. Vielmehr soll der Nachweis erbracht werden, dass der Aufbereitungsprozess unter den Betriebsbedingungen am Aufstellungsort (also in der Zahnarztpraxis) und für die jeweils definierten Produkte, Verpackungsarten und Beladungsanforderungen reproduzierbar die beabsichtigte Wirkung erzielt und als Ergebnis saubere, desinfizierte bzw. sterile Produkte hervorbringt.

Die Anforderungen an die erforderliche Validierung der Aufbereitungsprozesse haben sich auch nach der Evaluierung und Neufassung der MPBetreibV durch das BMG nicht verändert.

6. Welche Rückmeldungen haben die Zahnärztekammer und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen zur derzeitigen bürokratischen Belastung in der Praxis an die Landesregierung übermittelt?

Das Thema wird zwischen dem Vorstand der KZVN und dem Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung regelmäßig besprochen.

Es wird auf die Antwort der Landesregierung in der Drucksache 19/2684 auf eine Kleine Anfrage verwiesen.

7. Welchen Kenntnisstand hat die Landesregierung hinsichtlich eines Umsetzungsstands folgender Handlungsempfehlungen für Arzt- und Psychotherapeutenpraxen?

Im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung ermächtigt der Bundesgesetzgeber im Regelfall die gemeinsame Selbstverwaltung, etwas zu regeln. Die konkrete Ausgestaltung von Beschlüssen des G-BA oder in den jeweiligen Bundesmantelverträgen nach § 82 Abs. 1 SGB V (Vereinbarung zwischen der Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Sicherstellung der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung der Versicherten einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen) liegt in deren Händen.

Zum Stand der Umsetzung der Handlungsempfehlungen für Arzt- und Psychotherapeutenpraxen liegen der Landesregierung die nachfolgend übermittelten Sachstände der einzelnen Selbstverwaltungskörperschaften vor:

a) Empfehlung Nr. 8: Standardisierung von Anfragen von Krankenkassen und Medizinischem Dienst (MDK) auf vereinbarten Vordrucken.

Die AOK Niedersachsen (AOKN) berichtet, dass eine regelmäßige Überprüfung der Vordrucke stattfindet. Zuletzt wurde im November 2024 das Muster 52 überprüft. Für die überprüften, standardisierten Vordrucke sei eine digitale Übermittlung der Informationen durchaus denkbar, sofern sie strukturiert in der AOKN eingehen würden. Eine Zeitschiene für die Annahme von sonstigen Vordrucken als „strukturierte“ Daten (also analog der eAU) existiert nach Auskunft der AOKN noch nicht.

Der Vdek berichtet, die vertragsärztlichen Vordrucke seien im Laufe der Jahre umfassend angepasst und vielfach auch auf eine digitale Nutzung umgestellt worden. Grundsätzlich seien die vereinbarten Anfragevordrucke einheitlich.

Laut Auskunft des MD legten bundesweit gültige Vordruckvereinbarungen (Anlage 2 BMV-Ä) fest, dass Krankenkassen und MD für ihre Anfragen an Vertragsärztinnen und -ärzte standardisierte Formulare nutzen müssten. Beispielsweise würden ausführliche Befundberichte an den MD mit dem Muster 11 angefordert, das bereits ein Abrechnungskennzeichen (EBM 01621) für die Vergütung enthalte. Dies sei umgesetzt und in Arztpraxen etabliert. Allerdings entspreche die Praxis noch nicht immer ideal dem Sollzustand. Bestehe die Notwendigkeit, auf den Formularen zusätzliche oder abweichende Fragen zu stellen, könnten für Ärztinnen und Ärzte nach wie vor Mehrarbeiten entstehen. Der MD profitiere von einheitlichen Vordrucken, da sie relevante Informationen strukturiert lieferten und den Rücklauf beschleunigten. In Niedersachsen nutze der MD die bundesweit abgestimmten Formulare; eigene Formulare auf Landesebene gebe es nicht.

Nach Auskunft der KVN ist die Standardisierung, Vereinfachung und Digitalisierung des Datenaustauschs zwischen den Akteuren (Arztpraxen, Krankenkassen) ein fortlaufender Prozess, der u. a. über die Telematikinfrastruktur (TI) und die Elektronische Patientenakte (ePA) weiter vorangetrieben werden solle. Hier sei jedoch noch erhebliches Potenzial für Bürokratieabbau vorhanden.

b) Empfehlung Nr. 9: Umstellung der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit auf die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU).

Die AOKN berichtet, dass sie die Annahme und Verarbeitung der eAUs fristgerecht zum 01.10.2021 (eAU1-Krankenversicherung) umgesetzt habe, ebenso die Weiterleitung der AU-Daten auf Anfrage der Arbeitgeberinnen und -geber zum 01.01.2023 (eAU2-Arbeitgeber). Die Verarbeitungsquote der eAU1-Krankenversicherung liege seit einigen Monaten bei durchschnittlich ca. 95 %. Weiterhin erreichten die AOKN ca. 5 % der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen in Papierform. Die Quote der eAU2-Arbeitgeber-Abfragen liege durchschnittlich bei ca. 85 %.

Nach Auskunft des MD sei die Empfehlung umgesetzt. Das bisherige papierhafte Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungsverfahren wurde bundesweit auf ein digitales Verfahren umgestellt. Seit Juli 2022 übermittelten Arztpraxen die Arbeitsunfähigkeitsdaten elektronisch an die Krankenkassen.³ Seit Januar 2023 seien die Krankenkassen verpflichtet, den Arbeitgebern diese AU-Daten elektronisch zum Abruf bereitzustellen. Damit sei die eAU flächendeckend Realität; in Niedersachsen arbeiteten alle Vertragsärztinnen und -ärzte mit diesem System.

Die Übermittlung von Arztpraxen an die Krankenkasse ist nach Auskunft der KVN seit dem 01.07.2022 verpflichtend; der Abruf durch Arbeitgeberinnen und -geber bei der Krankenkasse sei seit dem 01.01.2023 verpflichtend. Weiterhin erhielten jedoch die Patientinnen und Patienten auf Wunsch einen Papierausdruck für sich als Information darüber, wie lange sie krankgeschrieben sind. Diese weiterhin gegebene Notwendigkeit, in vielen Ausstellungsfällen sowohl digital als auch analog aktiv werden zu müssen, führt laut KVN zu einer zeitintensiven Doppelbelastung in Arztpraxen. Zur Entlastung der Arztpraxen sollte daher zeitnah eine vollständige Digitalisierung des Ausstellungsprozesses ohne Medienbrüche umgesetzt werden.

Nach Auskunft der KZVN ist die Empfehlung zum 01.07.2022 umgesetzt.

³ bundesamtsozialesicherung.de.; letzter Abruf 24.11.2025

c) Empfehlung Nr. 10: Vereinfachung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements durch praxisbezogene statt personenbezogene Dokumentationsanforderungen.

Die Handlungsempfehlung Nr. 10 sieht laut AOKN einen Vereinfachungsvorschlag hinsichtlich der Formulierung der Qualitätsmanagement-Richtlinie vor. Der G-BA solle auf Bundesebene demnach bei der Formulierung der neuen Qualitätsmanagement-Richtlinie klarstellen, dass in einer Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) ein gemeinsames Qualitätsmanagement betrieben werde, wobei strukturelle Besonderheiten von fachübergreifenden MVZ Berücksichtigung finden könnten.

In der aktuellen Fassung der Qualitätsmanagement-Richtlinie (Stand 20.02.2024) werde im Abschnitt II Vertragsärztliche Versorgung unter § 1 konkretisiert, dass bei Kooperationsformen im vertragsärztlichen Bereich, wie z. B. einem MVZ, der Bezugspunkt des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nicht die einzelnen Vertragsärztinnen und -ärzte innerhalb einer Kooperationsform seien, sondern die Einrichtung als solche. Die Qualitätsmanagement-Richtlinie verweise somit auf eine praxisbezogene Dokumentationsanforderung.

Die Empfehlung ist nach Angaben des MD weitgehend umgesetzt. Bereits vor einigen Jahren sei klargestellt worden, dass das Qualitätsmanagement (QM) in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen auf die Einrichtung als Ganzes abziele, nicht auf jede einzelne Person. Der G-BA habe dazu eine QM-Richtlinie beschlossen, welche Grundanforderungen festlege. Praxisintern genüge es, ein gemeinsames QM-Handbuch und -Prozesse vorzuhalten, an denen alle Teammitglieder mitwirkten. Eine separate personenbezogene Dokumentation für jede Ärztin bzw. jeden Arzt oder jede Psychotherapeutin bzw. jeden Psychotherapeuten sei nicht erforderlich. Diese Orientierung an praxisbezogenem QM sei im Zuge der NKR-Empfehlungen bestätigt worden und erleichtere den bürokratischen Aufwand deutlich. QM-Prüfungen seien bei Vertragsärztinnen und -ärzten Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder.

Nach Mitteilung der KVN wurden die QM-Vorgaben in Richtung eines einrichtungsinternen, praktikableren Qualitätsmanagements verschoben, um den Fokus nicht auf unnötige personenbezogene Dokumentationen zu legen.

Die KZVN verweist auf die Zuständigkeit der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN).

d) Empfehlung Nr. 11: Entbürokratisierung der Heilmittelverordnung durch klare Vorgaben und digitale Integration.

Die AOKN berichtet, dass bereits am 01.01.2021 eine grundlegend überarbeitete Heilmittel-Richtlinie in Kraft getreten sei. In diesem Zusammenhang sei es zu umfassenden Änderungen gekommen, um die Verordnung von Heilmitteln zu vereinfachen, geltende Regelungen zu bündeln und Bürokratie abzubauen.

Der MD berichtet, dass die Handlungsempfehlung teilweise umgesetzt wurde. Der erste Teil - klare Vorgaben - sei durch die neue Heilmittel-Richtlinie (HM-RL) des G-BA erreicht. Seit 2021 würden vereinfachte Regelungen gelten: Heilmittel (Physio-, Ergo-, Logotherapie etc.) könnten nun mit weniger bürokratischem Aufwand verordnet werden. Der zweite Aspekt, digitale Integration, sei angestoßen: Mit dem Digitale-Gesundheitswesen-Gesetz wurde die verpflichtende elektronische Heilmittelverordnung (eHMG) auf den 01.01.2027 terminiert. Ab diesem Zeitpunkt sollten alle Heilmittelrezepte elektronisch ausgestellt und über die Telematikinfrastruktur übermittelt werden können. Schon jetzt werde in Modellprojekten erprobt, wie Therapeutinnen und Therapeuten Verordnungen digital empfangen und bearbeiten könnten.

Laut KVN solle die Heilmittelverordnung im Zuge der Digitalisierung elektronisch erfolgen, um die Fehleranfälligkeit zu reduzieren. Die Umsetzung sei im Prozess. Ab 01.01.2027 solle die digitale Heilmittelverordnung (eVO) verpflichtend erfolgen.

e) Empfehlung Nr. 12: Reduktion des Aufwands bei der Verordnung von Krankenbeförderungen durch einheitliche, vereinfachte Formulare.

Nach Auskunft der AOKN hätten sich seit Veröffentlichung des Abschlussberichtes im August 2015 die gesetzlichen Grundlagen für Krankenbeförderungen und somit auch das entsprechende Formular

(Muster 4) weiterentwickelt. Insbesondere sei aus Sicht der AOKN die Umstellung der Pflegestufen in Pflegegrade im Jahr 2017 sowie die zum 01.01.2019 gesetzliche normierte Genehmigungsfiktion für den Anspruch auf Fahrkosten zu nennen. Resultierend aus diesen gesetzlichen Änderungen wurde auch das sogenannte Muster 4 angepasst, immer mit dem Ziel, eine Vereinfachung zu erreichen. Zum 01.07.2020 seien weitere Anpassungen vollzogen worden, um den Abrechnungsprozess für Leistungserbringer nachvollziehbarer zu gestalten.

Laut MD ist diese Handlungsempfehlung weitgehend umgesetzt. Der G-BA habe ein bundeseinheitliches Formular (Muster 4) für Krankenförderungen festgelegt, das allen Vertragsärztinnen und -ärzten vorliege. Entscheidender sei die Vereinfachung der Genehmigungsverfahren: Durch Gesetzesänderungen 2018/2019 (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, TSVG) wurde die sogenannte Genehmigungsfiktion erweitert. Seit 01.01.2019 benötigten bestimmte Patientinnen und Patienten keine vorherige Genehmigung ihrer Krankenkassen für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung - etwa Patienten mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 oder mit Schwerbehindertenausweis (Merkzeichen aG, Bl, H) für Fahrten mit Taxi/Mietwagen. Damit entfalle für Praxen die aufwändige Einholung von Leistungszusagen der Krankenkasse in vielen Fällen.

Die KVN berichtet, dass die Formulare vereinfacht wurden und in einigen Bereichen der Aufwand reduziert werden konnte. Weiterhin müsse die Prozessdigitalisierung erfolgen.

Zahnärzte dürften laut KZVN seit dem 05.05.2016 Krankenförderung verordnen. Seit dem 01.01.2019 entfalle unter bestimmten Voraussetzungen die vorherige Genehmigung.

f) Empfehlung Nr. 13: Vereinfachung der Genehmigungsverfahren in der Psychotherapie, insbesondere durch Wegfall des Gutachterverfahrens bei Kurzzeittherapien.

Laut AOKN wurde die Handlungsempfehlung 13 zum Genehmigungsverfahren Psychotherapie aus dem Jahr 2015 wie folgt umgesetzt. Der G-BA habe mit Wirkung zum 01.04.2017 die Psychotherapie-Richtlinie umfassend geändert. Gleichzeitig wurde auch die Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 des Bundesmantelvertrags Ärzte) überarbeitet.

Seitdem seien die psychotherapeutischen Kurzzeittherapien 1 und 2 nur noch antragspflichtig, jedoch nicht mehr gutachterpflichtig. Das bedeute, dass grundsätzlich kein Gutachterverfahren mehr durchgeführt werde. Anträge auf Kurzzeittherapie würden in der Regel von den Krankenkassen genehmigt, sofern die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt seien. In begründeten Ausnahmefällen (z. B. Verdacht auf fehlende Indikation oder mangelnde Wirtschaftlichkeit) könne die Krankenkassen jedoch weiterhin eine Begutachtung veranlassen. Die AOKN mache hiervon nur in sehr seltenen Einzelfällen Gebrauch.

Das Formular PTV 7 sei das sogenannte Anerkennungsbescheid-Formular gewesen, mit dem die Krankenkassen die Psychotherapeutinnen und -therapeuten darüber informiert habe, ob eine beantragte Psychotherapie genehmigt worden sei. Es wurde in drei Durchschlägen ausgestellt:

- PTV 7a: an den behandelnden Therapeuten,
- PTV 7b: an die Kassenärztliche Vereinigung (KV),
- PTV 7c: verblieb bei der Krankenkasse.

Bereits zum 01.10.2016 sei die Pflicht für die Psychotherapeutinnen und -therapeuten entfallen, den Durchschlag PTV 7b an die zuständige KV zu senden, da die KV die Angaben zu den genehmigten Therapiestunden über die Abrechnungsdaten erhalten habe. Damit wurde ein Teil des Formulars PTV 7 faktisch abgeschafft. Die restliche Funktion des Formulars (Mitteilung der Genehmigung an den Therapeuten) bliebe zunächst zwar noch bestehen, würde jedoch wenig später durch eine Neuregelung in der Psychotherapie-Vereinbarung dahin gehend ersetzt, dass die Krankenkassen die Versicherten und die antragstellenden Therapeuten über die Leistungspflicht für die beantragte Psychotherapie formlos informieren.

Die Handlungsempfehlung sei laut MD umgesetzt. Der Gesetzgeber habe den G-BA beauftragt, das Antrags- und Gutachterverfahren in der ambulanten Psychotherapie zu vereinfachen. Dies sei mit der Psychotherapie-Richtlinienreform zum 01.04.2017 erreicht worden: Kurzzeittherapien (bis zu

24 Sitzungen, aufgeteilt in zwei Abschnitte) seien seither zwar antrags-, aber nicht mehr gutachterpflichtig. Das bedeute, Psychotherapeutinnen und -therapeuten stellen bei der Krankenkasse einen Kurzzeittherapie-Antrag, müssten aber keinen ausführlichen Bericht mehr an einen externen Gutachter senden; die Kasse prüfe lediglich formal und entscheidet innerhalb von drei Wochen. Nur für Langzeittherapien (mehr als 24 Sitzungen) bliebe das Gutachterverfahren bestehen. Diese Änderung habe den Bürokratieaufwand für einen großen Teil der Psychotherapiefälle erheblich reduziert. Darüber hinaus sei bereits zum 23.11.2019 das Gutachterverfahren für Gruppentherapien komplett abgeschafft worden, was eine weitere Entlastung darstelle.

Nach Informationen der KVN wurde das Antrags- und Gutachterverfahren mit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie vereinfacht. Das Gutachterverfahren für Kurzzeittherapien (KZT) sei nicht mehr regelhaft erforderlich, und auch die Akutbehandlung sei antragsfrei.

g) Empfehlung Nr. 14: Vereinfachung der Bescheinigung zum Erreichen der Belastungsgrenze nach der Chroniker-Richtlinie.

Der MD berichtet, dass die Empfehlung im Wesentlichen bereits seit längerer Zeit standardisiert sei. Zur Entlastung chronisch kranker Patienten von Zuzahlungen müssten Ärztinnen und Ärzte einmal jährlich bescheinigen, dass eine „schwerwiegende chronische Erkrankung“ vorliege (§ 62 SGB V, Chroniker-Regelung). Hierfür existiere das bundeseinheitliche Formular 55, und die Leistung werde mit einer eigenen EBM-Gebührenordnungsposition vergütet (GOP 01610). Diese Bescheinigung sei somit klar normiert und abrechenbar - ein wichtiger Bürokratieabbau-Schritt, der bereits vor 2015 umgesetzt war. Die Empfehlung des NKR zielte darauf ab, verbleibende Hürden zu reduzieren, etwa Doppelatteste zu vermeiden. In der Praxis genüge die einmalige jährliche Ausstellung des Formulars 55 durch den Haus- oder Facharzt; weitere Nachweise müssten Patientinnen und Patienten nicht erbringen. In der Praxis sei der MD nicht beteiligt. Die Prüfung der chronischen Erkrankung obliege dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin.

Die KVN teilt mit, dass die Bescheinigung zur Erreichung der Belastungsgrenze nach der Chroniker-Richtlinie durch die Einführung des Musters 55 vereinfacht wurde.

h) Empfehlung Nr. 15: Verschlankung von Normerprobungsverfahren bei neuen Regelungen.

Die AOKN teilt mit, dass die Handlungsempfehlung Nr. 15 die Einführung eines Normerprobungsverfahrens für den Bereich des Bundesmantelvertrages vorsehe. Konkret werde auf die rechtssichere Umsetzung von Pilotversuchen abgezielt, um eine Verschlankung und Steigerung der Praxistauglichkeit neuer Verfahren zu gewährleisten. Beispielhaft werde die Umsetzung neuer Vordrucke hervorgehoben. Die aktuelle Fassung des Bundesmantelvertrages (Stand 01.04.2025) enthält kein formelles Normerprobungsverfahren.

Der vdek verweist ebenfalls auf den Bundesmantelvertrag, der keine Regelungen für ein regionales Normerprobungsverfahren enthalte. Es gebe jedoch bei der KV Westfalen-Lippe ein „Formularlabor“, das quasi historisch gewachsen sei und beabsichtigte Anpassungen mit Praktikern berate und teste. Erkenntnisse würden von den Vertragspartnern auf Bundesebene berücksichtigt.

Der MD verweist ebenfalls auf die unveränderte Zuständigkeit der Bundesebene. Diese Empfehlung richte sich an Bundesgesetzgeber und Gremien der Selbstverwaltung auf Bundesebene, etwa den G-BA, um bei der Erprobung neuer Versorgungsregelungen den Verwaltungsaufwand zu minimieren.

i) Empfehlung Nr. 16: Zusammenführung und Vereinfachung der Formulare zur Verordnung medizinischer Rehabilitation.

Zum damaligen Vereinfachungsvorschlag bestätigt die AOKN, dass der Vordruck Muster 60 seit April 2016 abgeschafft worden sei und das Verordnungsverfahren nun über das Muster 61 Teil A bzw. Teil B-E durch sämtliche niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten erfolge. Eine digitale Verarbeitung der Verordnungsvordrucke sei bereits mit einem Software-Update (Change Request) in Planung.

Der MD berichtet, dass diese Handlungsempfehlung vollständig umgesetzt sei. Früher mussten Arztpraxen eine besondere Erlaubnis einholen, um Formulare mittels Praxissoftware selbst auszudru-

cken („Blankoformularbedruckung“). Dies sei bürokratisch gewesen und sei im Zuge des Bürokratieabbaus abgeschafft worden. Heute dürften alle Vertragsärztinnen und -ärzte ohne separate Genehmigung ihre Formulare (Rezepte, Überweisungen, AU-Bescheinigungen etc.) auf Blankopapier mit entsprechend zertifizierter Software ausdrucken. Die Einführung dieser Erleichterung resultiere u. a. aus dem NKR-Projekt und war bis 2017 weitgehend vollzogen. Zwar sei der MD nicht unmittelbar betroffen, jedoch handele es sich um eine Erleichterung in den Praxen. Indirekt profitierten aber alle Beteiligten (auch Krankenkassen und MD), da die Formulare durch softwaregestützten Druck klar lesbar und vollständig seien.

Nach Auskunft der KVN wurden die Formulare für die Verordnung medizinischer Rehabilitation vereinfacht, um den Zugang für Patientinnen und Patienten zu erleichtern. Seit dem 1. Juli 2022 gelte ein einheitliches Formular, das jedoch zusätzliche Angaben von Ärztinnen und Ärzten verlange, wie mindestens eine rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose und bei Patientinnen und Patienten über 70 Jahren eine geriatritypische Multimorbidität. Der Aufwand für die Arztpraxen habe sich dadurch erhöht, während der Prozess für die Patientinnen und Patienten vereinfacht werden solle.

j) Empfehlung Nr. 17: Verzicht auf die Genehmigungspflicht zur Teilnahme an der Blankoformularbedruckung in Praxen.

Die AOKN berichtet, dass laut KVN seit dem 01.01.2017 die Blankoformularbedruckung nicht mehr beantragt und von der KVN genehmigt werden müsse. Die grundsätzlichen Vorschriften zur Blankoformularbedruckung fänden sich im Bundesmantelvertrag (§§ 34 und 42 BMV-Ä). Die Einzelheiten seien in der Anlage 2a des BMV-Ä (Vordruckvereinbarung für BFB) niedergelegt. Die Teilnahme an dem Blankoformularbedruckungsverfahren sei freiwillig.

Laut MD sei die Empfehlung vollständig umgesetzt. Ergänzend verweist der MD auf die Ausführungen zu lit. i).

Laut KVN ist die Blankoformularbedruckung der Regelstandard zur Bedruckung von Vordrucken in der Praxis. Die KVN weist daraufhin, dass die Genehmigungspflicht zur Teilnahme zum 31.12.2016 abgeschafft wurde, was den Praxen die Vorratshaltung von Vordrucken erspare.

k) Empfehlung Nr. 18: Integration von Erläuterungstexten zu den vereinbarten Vordrucken in der Praxissoftware zur Fehlervermeidung.

Der MD berichtet, dass die Handlungsempfehlung umgesetzt sei. Moderne Praxisverwaltungssysteme enthielten für die gängigen Vordrucke (Rezepte, Überweisungen, Verordnungen usw.) integrierte Ausfüllhilfen, Plausibilitätsprüfungen und Erläuterungen. Beispielsweise seien beim Ausstellen einer Heilmittelverordnung sämtliche vorgesehenen Felder mit Dropdown-Menüs oder Hinweistexten hinterlegt, um Fehlangaben zu vermeiden. Seit der Einführung der neuen Formulare (z. B. 2020 bei Heilmitteln) sei die Zertifizierung der Praxissoftware an solche Funktionen geknüpft. Für Ärztinnen und Ärzte bedeute dies, dass weniger Formulare unvollständig oder fehlerhaft bei den Krankenkassen eingingen und dass die Rückläufe wegen Korrekturen abgenommen hätten. Für den MD bedeute dies, je weniger formale Fehler bei Verordnungen auftreten würden, desto seltener müssten Leistungen im Nachgang überprüft oder korrigiert werden. So reduzierten z. B. korrekt ausgefüllte Hilfsmittelanträge die Notwendigkeit von MD-Begutachtungen wegen Unklarheiten.

Laut KVN sei die Empfehlung individuell je nach Anbietendem der Praxissoftware umgesetzt. Die Ausfüllhilfen würden u. a. durch die KBV zur Verfügung gestellt.

Die KZVN verweist auf die Erläuterungen und Ausfüllhinweise zu den Formularen nach Anlage 14b zum BMV-Z. Wenn diese in das Praxisverwaltungssystem integriert werden sollen, müsste das durch die KZBV auf Bundesebene veranlasst werden.

l) Empfehlung Nr. 19: Stärkere Berücksichtigung von Bürokratiekosten in der Praxis der Ex-ante-Abschätzung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Der MD teilt mit, dass bereits seit 01.09.2012 der G-BA gesetzlich verpflichtet sei, bei jedem seiner Beschlüsse die voraussichtlichen Bürokratiekosten für Leistungserbringende, Patientinnen und Patienten sowie Verwaltung abzuschätzen und in den Beschlussgründen transparent darzustellen. Diese Praxis wurde nach den Erfahrungen hoher Bürokratielasten (u. a. im Gesundheitswesen) eingeführt und stellt sicher, dass neue Richtlinien auf mögliche Mehrbelastungen geprüft werden, bevor sie in

Kraft treten. Der NKR hat 2015 diese Vorgehensweise begrüßt und eine konsequentere Anwendung empfohlen - was im Großen und Ganzen erfolgt sei. Heute enthalten G-BA-Beschlüsse regelmäßig einen Abschnitt zur „Ermittlung des Erfüllungsaufwands“.

8. Welche Rückmeldungen liegen der Landesregierung gegebenenfalls von Ärztekammern, der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen oder der Psychotherapeutenkammer zu bestehenden bürokratischen Belastungen und konkreten Verbesserungsvorschlägen vor?

Die Ärztekammer Niedersachsen, der Niedersächsische Pflegerat und die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft haben dem Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung am 07.07.2023 ein Papier „Maßnahmen zur Entbürokratisierung in der ambulanten und stationären Versorgung - Vorschläge aus Niedersachsen“ vorgelegt. Diese Vorschläge wurden mit der Bitte um Prüfung, inwieweit die Vorschläge in die laufenden Rechtsetzungsverfahren übernommen werden können, an das BMG weitergeleitet.

Die KVN hat einen Forderungskatalog zum Bürokratieabbau in Arztpraxen erstellt.

9. Inwiefern bringt sich die Landesregierung gegebenenfalls in die Umsetzung der vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes angekündigten Maßnahmen zum Bürokratieabbau ein?

Die Landesregierung verfolgt seit Jahren das Ziel, die Dokumentations- und Nachweispflichten zu reduzieren, um medizinisches und pflegerisches Personal zu entlasten. Bereits im September 2023 wurden in Niedersachsen Vorschläge sowie konkrete Forderungen zum Bürokratieabbau vorgestellt und dem damaligen Bundesgesundheitsminister übermittelt. Über die GMK und im Bundesrat unterstützt die Landesregierung regelmäßig Anträge zum Bürokratieabbau.

10. Plant die Landesregierung gegebenenfalls Initiativen auf Bundesratsebene oder in der Gesundheitsministerkonferenz, um sich für eine zügige Umsetzung der Handlungsempfehlungen des NKR einzusetzen?

Die Landesregierung plant aktuell keine Initiativen auf Bundesratsebene oder in der Gesundheitsministerkonferenz.

Im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung sind bereits viele Handlungsempfehlungen des NKR umgesetzt. Ungeachtet dessen ist der Bundesgesetzgeber aufgefordert, Maßnahmen zum Bürokratieabbau zu initiieren.