

N i e d e r s c h r i f t
über die 41. - öffentliche - Sitzung
des Ausschusses für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung
am 5. September 2024
Hannover, Landtagsgebäude

Tagesordnung:

Seite:

1. **Unterrichtung durch die Landesregierung über den Aktionsplan Inklusion 2024-2027**
Unterrichtung 7
Aussprache 13
2. **Bürokratieabbau in Zahnarztpraxen**
Antrag der Fraktion der CDU - [Drs. 19/4569](#)
hier: Unterrichtung durch die Landesregierung
Unterrichtung 17
Aussprache 23
3. **Fortschreibung des Niedersächsischen Krankenhausplans und Vorlage des Investitionsprogramms**
Unterrichtung durch die Landesregierung - [Drs. 19/5101](#)
Beschluss..... 27

4. Jugendschutz stärken: kein Lachgas an Kinder und Jugendliche. Maßnahmen zur Prävention und Aufklärung ergreifen	
Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - Drs. 19/4582	
<i>Fortsetzung der Beratung</i>	29
<i>Beschluss</i>	29
5. Mehr Unterstützung für Pflegebedürftige - Investitionsförderung des Landes einführen	
Antrag der Fraktion der CDU - Drs. 19/4564	
<i>(abgesetzt)</i>	31
6. Einfach, effizient und erfolgreich: Die Digitalisierung der Verfahren im Sozial- und Gesundheitswesen ist machbar!	
Antrag der Fraktion der CDU - Drs. 19/5075	
<i>Einbringung des Antrags</i>	33
<i>Aussprache</i>	34
7. Entwurf eines Gesetzes zu dem Abkommen über die Errichtung und Finanzierung der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf	
Gesetzentwurf der Landesregierung - Drs. 19/5141	
<i>Einbringung des Gesetzentwurfs</i>	35
<i>Beratung</i>	35
8. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Nichtraucher- schutz- gesetzes	
Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - Drs. 19/5082	
<i>Verfahrensfragen</i>	37
9. Stärkung deeskalierender Ansätze in der psychiatrischen Behandlung	
Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - Drs. 19/5083	
<i>Verfahrensfragen</i>	39
10. Ein interdisziplinäres Versorgungsangebot für schwer betroffene Menschen mit Fatigue-Syndrom etablieren	
Antrag der Fraktion der SPD, der Fraktion der CDU und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - Drs. 19/5086	
<i>Verfahrensfragen</i>	41

11. Rechte und Schutz von Kindern stärken: Pubertätsblocker und Werbung für Geschlechtsumwandlungen untersagen

Antrag der Fraktion der AfD - [Drs. 19/5077](#) neu

Verfahrensfragen..... 43

Anwesend:

Ausschussmitglieder:

1. Abg. Oliver Lottke (SPD), Vorsitzender
2. Abg. Karin Emken (SPD) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
3. Abg. Marten Gäde (SPD)
4. Abg. René Kopka (i. V. d. Abg. Andrea Prell) (SPD) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
5. Abg. Julia Retzlaff (SPD) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
6. Abg. Claudia Schüßler (SPD)
7. Abg. Jan Bauer (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
8. Abg. Eike Holsten (CDU)
9. Abg. Volker Meyer (CDU)
10. Abg. Sophie Ramdor (CDU) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
11. Abg. Thomas Uhlen (CDU)
12. Abg. Dr.in Tanja Meyer (GRÜNE) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
13. Abg. Nicolas Breer (i. V. d. Abg. Swantje Schendel) (GRÜNE) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)
14. Abg. Delia Klages (AfD) (per Videokonferenztechnik zugeschaltet)

Vom Gesetzgebungs- und Beratungsdienst:

Oberregierungsrätin Dr. Wetz (zu TOP 7 und 8).

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsrätin Kretschmer.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Pohl, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 10.15 Uhr bis 11.46 Uhr.

Außerhalb der Tagesordnung:

Billigung von Niederschriften

Der **Ausschuss** billigt die Niederschriften über die 39. und 40. Sitzung.

Tagesordnungspunkt 1:

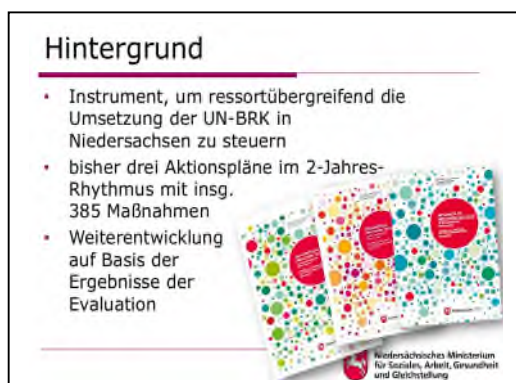
Unterrichtung durch die Landesregierung über den Aktionsplan Inklusion 2024-2027

Zu diesem Tagesordnungspunkt liegt die Druckausfertigung des „Aktionsplans Inklusion 2024-2027 für ein barrierefreies Niedersachsen - Schritte zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention“ vor. Im Nachgang zu dieser Sitzung wird per Mail die digitale Fassung des Aktionsplans an die Ausschussmitglieder verteilt, die auch auf der Internetseite des MS verfügbar ist.

*Die Präsentation in Großformat ist dieser Niederschrift als **Anlage 1** beigelegt.*

Unterrichtung

Frau **Melching** (MS): Zunächst werde ich den Hintergrund des neuen Aktionsplans Inklusion für die Jahre 2024 bis 2027 und anschließend kurz das Konzept zur Fortschreibung des Aktionsplans erläutern. Anschließend werde ich einen zusammenfassenden Überblick über die Maßnahmen geben, aber dabei nicht alle 97 Maßnahmen vorstellen, weil dies den Rahmen sprengen würde. Detaillierte Informationen zu diesen 97 Maßnahmen sind im Aktionsplan Inklusion zu finden. Abschließend werde ich im Ausblick auf die Zukunft des Aktionsplans eingehen.



Der Aktionsplan Inklusion ist für die Landesregierung im Wesentlichen ein Instrument, um die UN-Behindertenrechtskonvention in Niedersachsen ressort- und themenübergreifend umzusetzen. Die UN-BRK ist seit 15 Jahren in Deutschland in Kraft und verpflichtet alle staatlichen Stellen zum Handeln. Sie fordert, dass Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen gleichberechtigt teilhaben können müssen. Dieser Verpflichtung kommen wir in Niedersachsen mit den Aktionsplänen nach. Bisher haben wir in den Jahren 2017

bis 2022 im Zweijahresrhythmus drei Aktionspläne mit insgesamt 385 Maßnahmen veröffentlicht.

In der wissenschaftlichen Evaluation im Jahr 2022 wurde untersucht, ob die Aktionspläne in der vorliegenden Form geeignet sind, die UN-BRK umzusetzen. Im Zuge dieser Evaluation hat das Ministerium zahlreiche Handlungsempfehlungen bekommen, wie der Aktionsplan noch verbessert werden kann. Diese sind dann auch in das Fortschreibungskonzept eingeflossen.



Eine konkrete Handlungsempfehlung aus der Evaluation war zum Beispiel, vor der Erarbeitung des neuen Aktionsplans gemeinsam mit Menschen mit Behinderungen ein Konzept zu erstellen. Das haben wir getan: Wir haben gemeinsam mit den Mitgliedern des Landesbeirats für Menschen mit Behinderungen ein dreistufiges Fortschreibungskonzept entwickelt, das unter dem Motto „Teil Sein“ steht. Denn Menschen mit Behinderungen sind nicht nur ein wichtiger Teil von Niedersachsen, sondern sollen selbstverständlich auf jeder Stufe des Aktionsplans partizipieren können.

Eine weitere Neuerung, die wir aufgrund der Evaluation vorgenommen haben, ist die Anpassung der Laufzeit des Aktionsplans an die Dauer der Legislaturperiode. Das bedeutet, dass der jetzige Aktionsplan der erste ist, der nicht innerhalb von zwei Jahren umgesetzt wird, sondern bis zum Jahr 2027.



Wir haben von einer Künstlerin ein schönes Erklärbild - eine sogenannte Sketchnote - anfertigen lassen, das den Weg zum Aktionsplan zeigt. Der grüne Weg schlängelt sich von links oben nach rechts unten und ist in drei Stufen gegliedert. In der ersten Stufe ging es um die Erarbeitung von übergeordneten Zielen. Dazu gab es im Mai und Juni 2023 verschiedene Workshops, an denen die fachlich Verantwortlichen der Ministerien und die Mitglieder des Landesbeirats für Menschen mit Behinderungen teilgenommen haben. Darin wurden gemeinsam Ziele entwickelt, die die Schwerpunkte der Teilhabepolitik der Landesregierung für die nächsten Jahre abbilden. Im Herbst 2023 haben die Staatssekretärinnen und Staatssekretäre über diese Ziele entschieden. Diese waren dann im weiteren Prozess die Richtschnur für die Erarbeitung von konkreten bzw. „smarten“ Maßnahmen des Aktionsplans. Alle Maßnahmen sollen „smart“ sein - „smart“ im Sinne von spezifisch, messbar, akzeptiert, realistisch und terminiert.

In der Mitte des Bildes gliedert sich der Weg auf. Dort werden die verschiedenen Partizipationsformate dargestellt, die das Ministerium zum Aktionsplan angeboten hat, um mitmachen zu können. Es gab zum Beispiel am 6. Dezember 2023 in Hannover eine Inklusionskonferenz mit rund 300 Teilnehmenden. Die Teilnehmenden konnten sich an Workshops beteiligen, die Ziele wurden vorgestellt, und es wurden Ideen und Vorschläge für den neuen Aktionsplan gesammelt.

In der Mitte des Bildes gliedert sich der Weg auf. Dort werden die verschiedenen Partizipationsformate dargestellt, die das Ministerium zum Aktionsplan angeboten hat, um mitmachen zu können. Es gab zum Beispiel am 6. Dezember 2023 in Hannover eine Inklusionskonferenz mit rund 300 Teilnehmenden. Die Teilnehmenden konnten sich an Workshops beteiligen, die Ziele wurden vorgestellt, und es wurden Ideen und Vorschläge für den neuen Aktionsplan gesammelt.

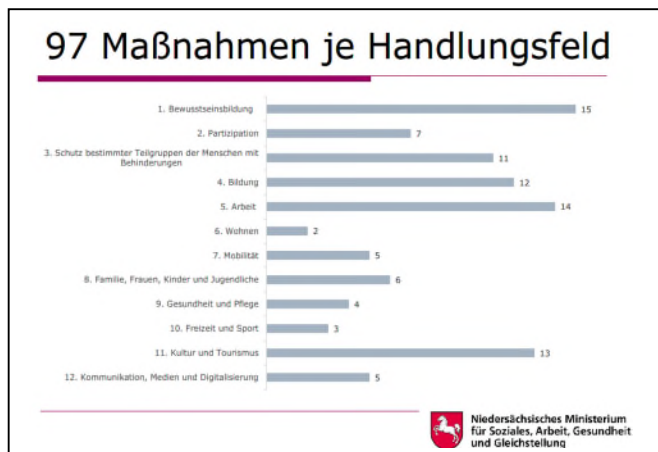
Dadurch kamen 154 Vorschläge zusammen, die im Nachgang der Konferenz von den fachlich Verantwortlichen aus den Ressorts geprüft wurden. Nicht wenige der Vorschläge sind dann in den Aktionsplan eingeflossen, wie gleich zu sehen sein wird.

Als weiteres Partizipationsformat gab es die digitale Ideenbox. Dabei handelt es sich um ein niedrigschwelliges Online-Formular auf der Internetseite des Sozialministeriums. Darüber sind 146 Vorschläge eingegangen, die alle geprüft wurden. Alle Einsendenden haben eine Rückmeldung zu ihrem Vorschlag erhalten. Sehr wichtig war auch, dass der Landesbeirat für Menschen mit Behinderungen gemeinsam mit der Landesbeauftragten 91 bereits sehr konkrete Maßnahmenvorschläge eingereicht hat, von denen sehr viele in den Aktionsplan eingeflossen sind.

Auf diese Weise wurde am Ende der zweiten Stufe ein vorläufiger Maßnahmenplan mit Zielen und Maßnahmen erstellt, der in der dritten Stufe im Mai dieses Jahres mit dem Begleitgremium beraten wurde. Dem Begleitgremium gehören zu einer Hälfte Vertretungen aus den Ministerien und zur anderen Hälfte Mitglieder des Landesbeirats an. Natürlich ist auch die Landesbeauftragte für Menschen mit Behinderungen, Frau Grote, dabei gewesen.

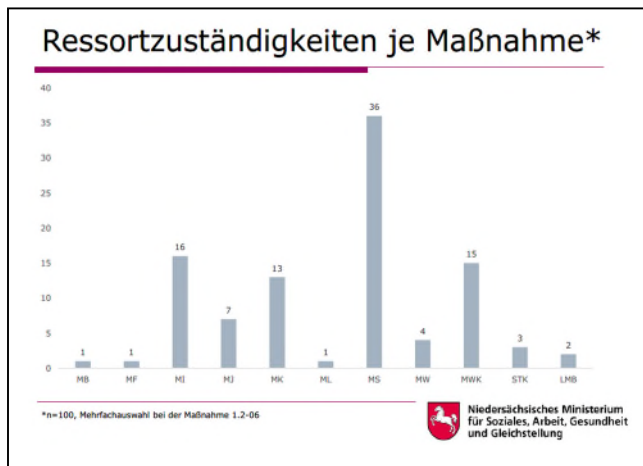
In diesem Rahmen haben wir die Maßnahmen im Detail beraten, und es gab vereinzelte Nachbesserungen. Darauf folgte die Ressortbeteiligung. Am 6. August 2024 hat das Kabinett den neuen Aktionsplan für die Jahre 2024 bis 2027 beschlossen.

Derzeit sind wir in der letzten Phase der Veröffentlichung des Aktionsplans, die am 2. Dezember 2024 mit einer Online-Veranstaltung endet. Diese Veranstaltung planen und bereiten wir gemeinsam mit dem Minister und Frau Grote vor. Bei dieser Veranstaltung werden wir die Inhalte des Aktionsplans der breiten Öffentlichkeit vorstellen.



Zu den insgesamt 97 Maßnahmen, die sich auf die Handlungsfelder des Aktionsplans verteilen, gehören 15 Maßnahmen im Handlungsfeld „Bewusstseinsbildung“. Dabei geht es im Wesentlichen darum, die Rechte von Menschen mit Behinderungen zu stärken und Vorurteile abzubauen. Weitere Schwerpunkte sind das Handlungsfeld 5 „Arbeit“ mit 14 Maßnahmen, aber auch das Handlungsfeld 11 „Kultur und Tourismus“ mit

13 Maßnahmen und das Handlungsfeld „Bildung“ mit 12 Maßnahmen. Ein neuer Schwerpunkt ist das Handlungsfeld 3 „Schutz bestimmter Teilgruppen der Menschen mit Behinderungen“. Wir haben es im Zuge der Evaluation neu aufgenommen, um Menschen mit Behinderungen in vulnerablen Lebenslagen besser zu berücksichtigen. Das war eine Kritik, die im Rahmen der Evaluation geäußert wurde.

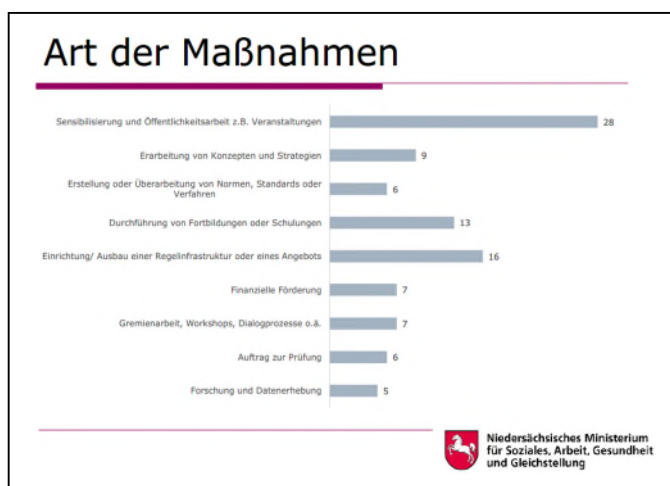


Wie die Verteilung der Maßnahmen auf die unterschiedlichen Ressorts zeigt, ist der „Aktionsplan Inklusion“ ein ressortübergreifendes Projekt. Denn Inklusion und Barrierefreiheit sind Querschnittsaufgaben, die in allen Politikfeldern und Ressorts mitgedacht werden müssen.

Für ungefähr jede dritte Maßnahmen trägt das Sozialministerium die Verantwortung. Es sind aber auch sehr viele Politikbereiche abgebildet. Das Sozial-

ministerium hat natürlich auch die Federführung bei dem Querschnittsthema Inklusion. 16 Maßnahmen sind im Ressort des Innenministeriums, 15 Maßnahmen im Ressort des Wissenschaftsministeriums und 13 Maßnahmen im Ressort des Kultusministeriums angesiedelt. Mich freut sehr, dass das Innenministerium und das Wissenschaftsministerium ihre Anteile im Vergleich zu den vorherigen drei Aktionsplänen deutlich steigern konnten.

An dieser Stelle möchte ich auf zwei Besonderheiten hinweisen: Die Grundgesamtheit ist in diesem Diagramm nicht 97, sondern 100; denn an der Maßnahme „Teilnahme von Behörden des Landes Niedersachsen an der bundesweiten Aktion ‚Schichtwechsel‘“ im Handlungsfeld 1 nehmen vier Ressorts teil. Außerdem trägt die Landesbeauftragte für Menschen mit Behinderungen, die organisatorisch dem Sozialministerium zugeordnet ist, die Verantwortung für zwei Maßnahmen des Aktionsplans. Deshalb ist sie in diesem Diagramm mit der Abkürzung „LMB“ extra abgebildet.



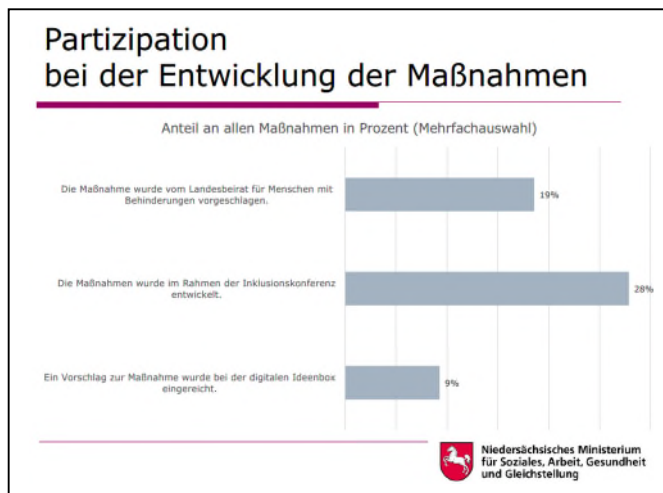
Die Maßnahmen des Aktionsplans decken ein sehr breites Spektrum ab. Die meisten Maßnahmen sind Sensibilisierungsmaßnahmen, die sich an die Öffentlichkeit richten. Beispielsweise wird das Sozialministerium im nächsten Jahr eine Veranstaltung zum Thema Ableismus durchführen und einen Fachtag zum Thema Gewaltschutz organisieren. Zudem ist eine Informationskampagne zum Budget für Arbeit geplant.

An zweiter Stelle folgen 16 Maßnahmen zur Einrichtung bzw. zum Ausbau einer Regelinfrastruktur oder eines Angebots. Ein Beispiel ist eine Maßnahme aus dem Bereich des MWK zum Ausbau der Angebote für Menschen mit Hörbehinderungen in Landestheatern und Landesmuseen.

An dritter Stelle rangieren die Maßnahmen zur Durchführung von Fortbildungen und Schulungen. Diese richten sich zum einen natürlich an die Landesbeschäftigten. Beispielsweise sind Schulungen für die Mitarbeitenden in der Landesaufnahmebehörde Niedersachsen geplant.

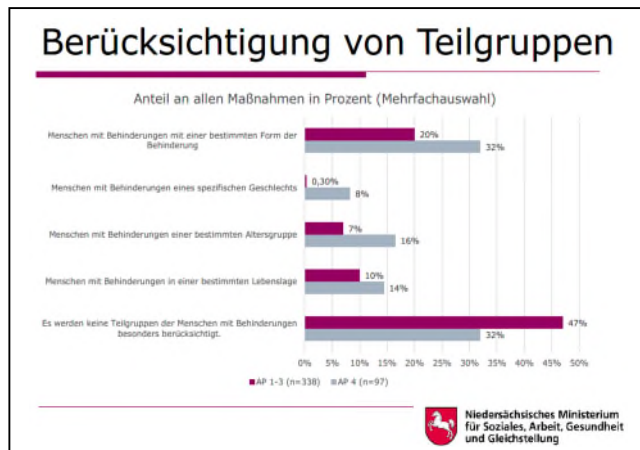
Zum anderen geht es aber auch um Empowerment-Schulungen für Menschen mit Behinderungen. Die Landesbeauftragte plant zum Beispiel eine Maßnahme zur Schulung von Frauenbeauftragten in Werkstätten für behinderte Menschen.

Daneben haben wir neun Maßnahmen, bei denen es um die Erstellung von Konzepten oder Strategien geht. Das MK will beispielsweise ein Konzept zur inklusiven beruflichen Orientierung erstellen. Das Justizministerium plant ein Behandlungskonzept für mehrfach psychisch erkrankte Gefangene in der Justizvollzugsanstalt Sehnde. Ferner gibt es auch Maßnahmen, bei denen es um finanzielle Förderung, Gremienarbeit, Prüfaufträge oder Datenerhebung geht. Mit diesen insgesamt 97 Maßnahmen geht also eine hohe Bandbreite an Aktivitäten einher.



Diese Folie zeigt, welchen Einfluss die verschiedenen Partizipationsformate auf die Maßnahmen im Aktionsplan hatten. 28 % der Maßnahmen haben aufgrund eines Vorschlags aus der Inklusivkonferenz Eingang in den Aktionsplan gefunden. Bei 19 % der Maßnahmen gab es einen Vorschlag aus dem Landesbeirat für Menschen mit Behinderungen, und 9 % der Maßnahmen sind im Rahmen der digitalen Ideenbox eingereicht worden. Die Prozentangaben beziehen sich teilweise auf mehrere Maßnahmen.

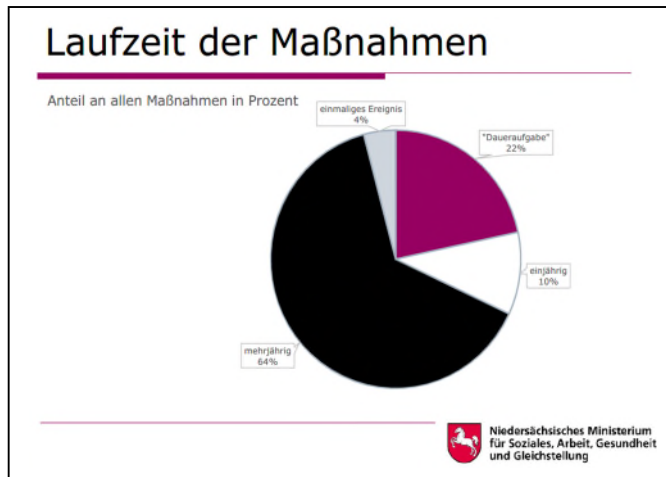
Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass knapp die Hälfte der Maßnahmen von den angebotenen Partizipationsformaten beeinflusst wurde.



Ich habe vorhin bereits angedeutet, dass im Zuge der Evaluation empfohlen wurde, bestimmte Menschen mit Behinderungen besser zu berücksichtigen. Deshalb haben wir beispielsweise das neue Handlungsfeld aufgenommen und entsprechende Ziele formuliert. Der lila Balken in dem Schaubild zur Berücksichtigung von Teilgruppen der Menschen mit Behinderungen bezieht sich auf die Daten aus der Online-Erhebung, die im Rahmen der wissen-

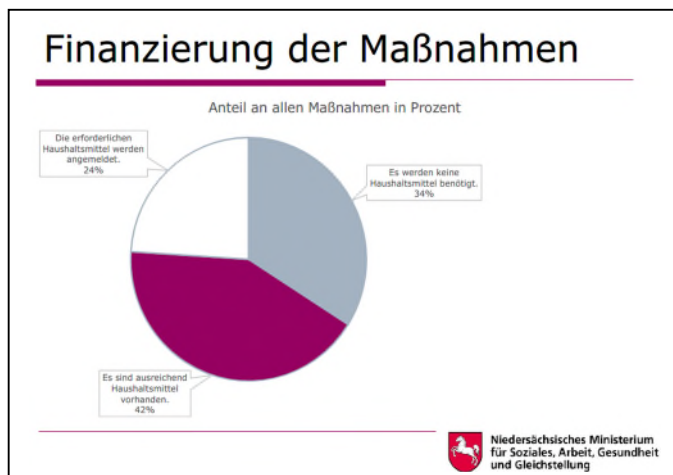
schaftlichen Evaluation der Prognos AG und des Deutschen Instituts für Menschenrechte durchgeführt wurde. Der graue Balken bildet die Daten aus dem aktuellen vierten Aktionsplan ab. Ich freue mich sehr, dass wir unsere Werte deutlich verbessern konnten. Menschen mit Behinderungen mit einer bestimmten Form der Behinderung werden bei 32 % der Maßnahmen besonders berücksichtigt. Frauen und Mädchen mit Behinderungen werden bei 8 % der Maßnahmen berücksichtigt. Menschen mit Behinderungen einer bestimmten Altersgruppe sind mit 16 % be-

rücksichtigt. Auch Menschen mit Behinderungen in einer bestimmten Lebenslage, beispielsweise Menschen mit Behinderungen in besonderen sozialen Schwierigkeiten oder geflüchtete Menschen mit Behinderungen, werden berücksichtigt. Insgesamt konnten wir dadurch den Anteil von Maßnahmen, bei denen Teilgruppen der Menschen mit Behinderungen keine besondere Berücksichtigung erfahren, auf 32 % reduzieren. Das ist deutlich besser als bei den vorherigen drei Aktionsplänen.



Wir haben bei den Maßnahmen zum ersten Mal ein konkretes Start- und Enddatum erhoben, also auch, wie lange die Maßnahmen von den Ressorts umgesetzt werden. 64 % der Maßnahmen haben eine Umsetzungsdauer von über einem Jahr. Weitere 22 % der Maßnahmen sind sogenannte Daueraufgaben. Das sind Maßnahmen, die ohne ein konkretes Enddatum fortlaufend umgesetzt werden. 10 % der Maßnahmen werden innerhalb von 12 Monaten

umgesetzt. Nur 4 % der Maßnahmen sind ein einmaliges Ereignis, zum Beispiel die Durchführung eines Workshops oder Ähnliches. Es wird deutlich, dass es eine gute Entscheidung war, die Laufzeit des Aktionsplans an die Dauer der Legislaturperiode anzupassen und von dem gewohnten Zweijahresrhythmus abzuweichen, da die Maßnahmen offenbar einen gewissen Umfang haben.

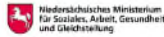


Infolge der Evaluation haben wir zum ersten Mal Angaben zur Finanzierung der Maßnahmen in die Maßnahmentabellen aufgenommen. Bei 42 % der Maßnahmen sind ausreichend Haushaltsmittel vorhanden. Bei weiteren 24 % der Maßnahmen werden noch Haushaltsmittel angemeldet. 34 % der Maßnahmen benötigen keine Haushaltsmittel. Das heißt, dass zwei Drittel der Maßnahmen kostenwirksame Maßnahmen sind und aus den Haushaltsmitteln

der Einzelpläne erwirtschaftet werden müssen. Dementsprechend stehen sie unter einem Finanzierungsvorbehalt.

Ausblick

- Umsetzung der Maßnahmen durch die fachlich Verantwortlichen aus den Ressorts bis 2027
- Umsetzungsfortschritt wird regelmäßig gemessen und in Form von Berichten veröffentlicht
- Austausch in der AG Inklusion und im sog. Begleitgremium



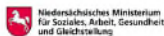
In den kommenden Jahren werden die 97 Maßnahmen des Aktionsplans von den fachlich zuständigen Ressorts in dem vorgegebenen Zeitrahmen und mit den eingeplanten Mitteln umgesetzt, gegebenenfalls unter Hinzuziehung weiterer Partnerinnen und Partner. Das ist bis 2027 vorgesehen.

Der Umsetzungsfortschritt der Maßnahmen wird vom Sozialministerium in regelmäßigen Abständen - alle 12 Monate - gemessen. Dazu wird eine

Abfrage bei den Ressorts durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Abfrage werden in Form von barrierefreien Berichten auf der Internetseite des Sozialministeriums veröffentlicht. Zuvor wird es im Rahmen der ressortübergreifenden AG Inklusion und auch im Rahmen des Begleitgremiums auf jeden Fall einen Austausch über den Umsetzungsfortschritt der Maßnahmen geben, da Menschen mit Behinderungen ja auch bei der Umsetzung des Aktionsplans beteiligt werden sollen.

Ausblick

- Einsatz von Multiplikator*innen mit Behinderungen
- Digitalisierung geplant: Erstellung einer Online-Datenbank
- langfristig: dynamische Fortschreibung mit stärkerer Schwerpunktsetzung



Werfen wir einen Blick in die weitere Zukunft: Eine Maßnahme im Aktionsplan beinhaltet, dass wir zukünftig auch abseits der etablierten Gremien und Interessenvertretungen der Menschen mit Behinderungen bestimmte Teilgruppen der Menschen mit Behinderungen noch besser in die Erarbeitung des Aktionsplans einbeziehen wollen. Zu diesem Zweck ist geplant, dass wir sogenannte Multiplikatorinnen und Multiplikatoren mit Behinderungen ausbilden. Dazu werden wir gemeinsam mit der Landesbeauftragten für Menschen mit

Behinderungen ein Ausbildungskonzept entwerfen und im nächsten Schritt in die Ausbildung gehen.

Der Aktionsplan soll auch digital erlebbar werden. Da der gedruckte Aktionsplan mit seinen 170 Seiten und auch der Aktionsplan im PDF-Format, durch den man durchscrollen muss, nicht sehr einfach zu handhaben sind, plant das Ministerium, eine Online-Datenbank auf seiner Internetseite einzurichten. Damit werden sowohl die Nutzung durch die interessierte Öffentlichkeit als auch die Bearbeitung durch die beteiligten Stellen in der Landesregierung deutlich einfacher. Wenn der Aktionsplan digital vorliegt, kann er langfristig vielleicht auch komplett aus der starren Laufzeit herausgelöst und damit noch dynamischer fortlaufend fortgeschrieben werden, vielleicht dann auch mit einer stärkeren Schwerpunktsetzung.

Aussprache

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Vielen Dank für Ihren Vortrag, der alle meine Fragen eigentlich schon beantwortet hat. Eine Anmerkung habe ich aber noch: Vorab konnte ich das Für und Wider der veränderten Laufzeit nicht beurteilen. Nach Ihren Ausführungen erscheint sie sinnvoll. Man kann gut erkennen, dass das Ministerium die Zeit genutzt hat, um diesen Partizipationsprozess voranzutreiben. Durch die - auch digitale - Einbeziehung der unterschiedlichen Akteure hat

man das berücksichtigt, was den Menschen mit Behinderungen für die Umsetzung wichtig ist. Es ist erfreulich, dass es gelungen ist, aus der allgemeinen Aktion in eine bessere Spezifizierung zu kommen, sodass man bestimmte Gruppen zukünftig stärker berücksichtigen kann. Wir sind auf einem guten Weg, auch wenn es langsam vorangeht und es ein fortlaufender Prozess ist.

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Auch ich bedanke mich für Ihre Präsentation. Ich muss zugeben, dass ich immer erst mal skeptisch werde, wenn ich so viel Hochglanzpapier auf den Tischen liegen sehe, weil man damit immer auch verbindet, dass Papier durchaus geduldig ist. Sie haben eben ja auch angedeutet, dass die konkrete Umsetzung der Maßnahmen in gewisser Weise in die Zeit geschoben wird. Dadurch kann manchmal aber die demokratische Kontrolle erschwert werden, wenn die Laufzeit - so wie hier bis 2027 - verlängert wird. Meine Befürchtung ist, dass das vorliegende Papier nicht das letzte ist, auch wenn Sie gesagt haben, dass demnächst mehr digitalisiert und online verfügbar sein wird, gerade in Bezug auf die Erstellung von Konzepten, Leitfäden oder Kampagnen zur Sensibilisierung. Die haben sicherlich alle ihre Berechtigung, aber es wird erst mal viel Text produziert, der dann auch konkret umgesetzt werden muss. Die Erstellung eines Leitfadens allein hilft den Menschen nicht, mehr Inklusion zu ermöglichen. Das wird sich erst im Laufe der Zeit zeigen. Die Annahme der Workshops ist sicherlich nicht ganz einfach, da viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Behörden zurzeit unter Unterbesetzung leiden. Es ist sicherlich auch schwierig, dafür zu sensibilisieren und dort die notwendigen Ressourcen bereitzustellen.

Bei der Lektüre des Aktionsplans habe ich einen direkten Verweis auf die Umsetzung des Onlinezugangsgesetzes (OZG) vermisst. Es wird viel über mögliche Konzepte zur Vereinfachung geschrieben, auch zu Übersetzungen von einzelnen Dokumenten in Leichte Sprache. Zu der grundsätzlichen Herangehensweise, teilhabeorientiert und barrierefrei neue Angebote zu machen - über die Beantragung des Schwerbehindertenausweises hinaus -, habe ich noch eine Nachfrage: Inwiefern hat der Aktionsplan Inklusion beim Innenministerium, aber auch beim Sozialministerium in Bezug auf die Federführung im Gesundheitsbereich im Themenfeld des OZG eine Rolle gespielt? Oder hat das Onlinezugangsgesetz keine Berücksichtigung gefunden?

Abg. **Nicolas Breer** (GRÜNE): Auch von mir herzlichen Dank für die Unterrichtung. Ich habe eine Frage zu der erwähnten Ausbildung von Multiplikatoren. Ich finde, dass das ein ganz wichtiger Punkt ist, weil man darüber ganz viele Menschen erreichen kann. Meine Frage: Werden Menschen mit Behinderungen zu Multiplikatoren ausgebildet, oder werden auch Menschen ohne Behinderungen eingebunden? Welche Idee steht dahinter?

Frau **Melching** (MS): Es sollen tatsächlich nur Menschen mit Behinderungen zu Multiplikator*innen ausgebildet werden. Der Hintergrund ist, dass wir festgestellt haben, dass es abseits der Interessenverbände, die zum Beispiel im Landesbeirat für Menschen mit Behinderungen vertreten sind, anderen Gruppen, die dort nicht Mitglied sind, schwerfällt, ihre Interessen für den Aktionsplan zu formulieren. Daher will das Ministerium gezielt auch auf diese Gruppen zugehen und sie zu sogenannten Multiplikator*innen ausbilden, damit sie besser über die Prozesse rund um den Aktionsplan Bescheid wissen und somit bei der nächsten Fortschreibung des Aktionsplans ihre Interessen formulieren können. Dieses Wissen sollen sie auch in ihre Gruppen tragen. Das ist die Idee, die dahintersteht und auch eine konkrete Handlungsempfehlung der Evaluation gewesen ist.

Zu der Frage zum Onlinezugangsgesetz: Am Anfang der Erarbeitung des Aktionsplans haben wir die Vereinbarung getroffen, dass wir keine Maßnahmen in den Aktionsplan aufnehmen, zu denen es ohnehin bereits eine gesetzliche Verpflichtung gibt. Insofern spielt das Onlinezugangsgesetz bei den Maßnahmen des Aktionsplans keine große Rolle; denn diese gesetzliche Verpflichtung gilt für die Landesregierung ohnehin. Die 97 Maßnahmen im Aktionsplan sind also neue Maßnahmen, die bereits vorhandene Aktivitäten ergänzen.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Weitere Wortmeldungen gibt es nicht. Herzlichen Dank für die Unterrichtung!

Tagesordnungspunkt 2:

Bürokratieabbau in Zahnarztpraxen

Antrag der Fraktion der CDU - [Drs. 19/4569](#)

hier: Unterrichtung durch die Landesregierung

zuletzt behandelt: 39. Sitzung am 08.08.2024

Unterrichtung

MR'in **Dr. Reinelt** (MS): Die Unterrichtung zum Thema „Bürokratieabbau in Zahnarztpraxen“ möchte ich in zwei Bereiche unterteilen. Erstens geht es um den Abschlussbericht des Nationalen Normenkontrollrats, auf den sich der Antrag bezieht. Zu diesem Abschlussbericht aus dem Jahr 2015 und den darin enthaltenen Vorschlägen zum Bürokratieabbau gerade in Zahnarztpraxen möchte ich aus der Antwort der Landesregierung vom 23. Oktober 2023 in der Drucksache 19/2684 auf die Kleine Anfrage in der Drucksache 19/2376 zitieren:

„Der Abschlussbericht ist das Ergebnis eines Projektes des Nationalen Normenkontrollrates gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und Bundeszahnärztekammer (KZBV/BZÄK) sowie dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV). Das Projekt mündete im August 2015 in den o. g. Abschlussbericht ‚Mehr Zeit für Behandlung - Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Arzt- und Zahnarztpraxen‘. Im Abschlussbericht fasst der Normenkontrollrat im Vorwort zusammen, dass sich im Ergebnis gezeigt hat, dass der vertragsärztliche und der vertragszahnärztliche Bereich insgesamt rund 3,33 Milliarden Euro Bürokratiekosten und der Gesetzgebungsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) hingegen rund 1 Milliarde Euro auslöst. Der Normenkontrollrat erklärt hierzu: ‚Das bedeutet, dass der weit größere Aufwand durch die gemeinsame Selbstverwaltung entsteht. Nun stellt das deutsche Gesundheitssystem in diesem Zusammenhang eine Besonderheit dar. In der Regel ermächtigt der Bundesgesetzgeber nämlich die gemeinsame Selbstverwaltung, etwas zu regeln. Die konkrete Ausgestaltung, z. B. in Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses oder in den jeweiligen Bundesmantelverträgen, liegt dann in deren Händen. Des Weiteren spielen Vergütungsfragen viel stärker als in anderen Bereichen bei der Ausgestaltung der untergesetzlichen Regelungen eine Rolle. So gibt es immer wieder kontroverse Diskussionen über die Abgrenzung, was der Arzt auch ohne eine Vorgabe tun würde, und Bürokratiekosten aufgrund rechtlicher Vorgaben. Dies wurde auch in diesem Projekt deutlich.‘

Der Bericht mündet in 20 Handlungsempfehlungen, die sich nicht nur an den Bundesgesetzgeber, sondern überwiegend an die gemeinsame Selbstverwaltung, einschließlich der zahnärztlichen Körperschaften und der gesetzlichen Krankenkassen, richten.“

Lediglich die Handlungsempfehlungen 4, 5 und 7 sind ganz oder teilweise an die Landesbehörden gerichtet. Das liegt sicherlich auch daran, dass für den Medizinproduktebereich Vorgaben der EU und des Bundes gelten.

Im Sinne eines einheitlichen Verwaltungshandelns ist es das Ziel, die Vorgaben möglichst länderkonform umzusetzen. Abweichungen durch die niedersächsischen Vollzugsbehörden sind daher weder beabsichtigt noch sinnvoll, da ein einheitliches Verwaltungshandeln auch grenzüberschreitend anzustreben ist.

Für Änderungswünsche zum Beispiel am Medizinprodukte-Durchführungsgesetz oder der Medizinprodukte-Betreiberverordnung ist das BMG federführend zuständig.

Soweit wir als Landesministerium auf die Verfahren auf Bundes- und Europaebene Einfluss nehmen können, sind wir als Gesundheitsministerium bereits bestrebt, keine unnötige Bürokratie zu unterstützen. Allerdings liegt der Fokus im Medizinproduktebereich besonders auf dem Schutz der Patientinnen und Patienten, sodass wir der Ansicht sind, dass die relativ neu eingeführten Regularien zunächst erprobt und evaluiert werden sollten, bevor man die Vorschriften gegebenenfalls optimiert und anpasst.

In Bezug auf Forderung an die Landesregierung unter der Nr. 2 des Antrags, „Hürden abzubauen, um die Neugründung und Übernahme bestehender Zahnarztpraxen zu erleichtern, da dies gerade im ländlichen Bereich ansonsten wenig attraktiv ist“, gibt es unterschiedliche Sichtweisen.

*

An dieser Stelle unterbricht Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD) die Unterrichtung durch die Landesregierung, da sich auf dem Bildschirm der Videokonferenztechnik ein Fenster mit dem folgenden Hinweis geöffnet hat: *„Die Transkription hat begonnen - Von Delia Susanne Klages gestartet. Durch die Teilnahme an dieser Besprechung stimmen Sie der Transkription zu.“* Der Vorsitzende weist darauf hin, dass die Transkription der Ausführungen im Rahmen einer Ausschusssitzung datenschutzrechtlich nicht zulässig sei, und bittet die Abg. Klages, die Transkription zu beenden. Bevor dies nicht geschehe, werde die Unterrichtung durch die Landesregierung nicht fortgesetzt.

Abg. **Delia Klages** (AfD) teilt mit, dass sie gar nicht gewusst habe, dass die Transkription aktiviert gewesen sei, und dass sie die Transkription jetzt ausgeschaltet habe.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD) bekräftigt, dass der Einsatz der Transkription während einer Ausschusssitzung datenschutzrechtlich nicht zulässig sei, und geht davon aus, dass die Transkription weiterhin deaktiviert bleiben werde. - Abg. **Delia Klages** (AfD) bestätigt dies.

*

MR'in **Dr. Reinelt** (MS): Der Bundesgesetzgeber ist im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG für die Sozialversicherung - und damit unter anderem für das Vertragszahnarztrecht als Teil der gesetzlichen Krankenversicherung - und nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19 GG für die Zulassung zu zahnärztlichen und anderen Heilberufen - unter anderem Bundesärzteordnung und Approbationsordnung für Zahnärztinnen und Zahnärzte - zuständig. Entsprechende Vorgaben zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung finden sich im SGB V in den §§ 95 ff. und in der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte. Vor diesem Hintergrund ist der Bundesgesetzgeber gefordert, Maßnahmen zum Bürokratieabbau im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und somit auch im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung zu initiieren.

Zweitens wird in dem Entschließungsantrag auf eine Regelung des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes verwiesen, wonach das BMG Empfehlungen zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen erarbeiten soll. Entsprechende Eckpunkte hat das BMG am 30. September 2023 vorgelegt. Aus den Eckpunkten ist ersichtlich, dass für den Bereich der ambulanten vertragszahnärztlichen Versorgung folgende Maßnahmen bzw. Empfehlungen geplant sind: Bürokratieabbau im Zulassungsverfahren, Prüfung von Maßnahmen in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, Prüfung von Maßnahmen in der Abrechnungsprüfung und Reduzierung der Belastungen durch Vordrucke und Formulare. Rückfragen sollten sinnvollerweise direkt an das BMG adressiert werden.

In Niedersachsen wurde schon im Koalitionsvertrag aus dem Jahr 2022 das Thema Bürokratieabbau im Gesundheitswesen und in der Pflege mit dem Ziel adressiert, sowohl Beschäftigte als auch Einrichtungen von Nachweis- und Dokumentationspflichten zu entlasten. Die Landesregierung hat sich daher von Beginn an gegenüber dem Bund dafür eingesetzt, dass bürokratischer Aufwand abgebaut wird und mehr Zeit für die Arbeit direkt mit den Patientinnen und Patienten gewonnen werden kann.

Mit der Zustimmung des Bundesgesundheitsministers wurde im Jahr 2023 durch das Niedersächsische Sozialministerium gemeinsam mit der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen und der Ärztekammer Niedersachsen ein Projekt ins Leben gerufen, welches konkrete Vorschläge zum Bürokratieabbau erarbeitete. Dieses Papier wurde im August 2023 an das BMG übermittelt.

Diese Vorschläge umzusetzen, liegt nun in der Hand des BMG und der Bundesregierung. Das Land Niedersachsen hat selbst keine Regelungskompetenz in Bezug auf die Bestimmungen zum Bürokratieabbau im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Erste Ansätze finden sich unter anderem auch schon im Entwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes der Bundesregierung. Dort ist unter anderem vorgesehen, dass für Ärztinnen und Ärzte Bürokratieaufwand im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen abgebaut werden soll. Die dort vorgesehene Änderung würde auch die Zahnärztinnen und Zahnärzte betreffen.

Drittens. Aufgrund des Entschließungsantrags gab es seitens des MS einen ersten Austausch mit der Zahnärztekammer zu den berufsrechtlichen Vorschriften.

Im Landesrecht ist die Vorschrift des § 32 Abs. 1 Halbsatz 1 des Kammergesetzes für die Heilberufe (HKG) zu berücksichtigen. Danach ist die ärztliche, die tierärztliche, die zahnärztliche und die psychotherapeutische Tätigkeit, jeweils auch in Form telemedizinischer Leistung, an die Niederlassung in eigener Praxis gebunden, soweit gesetzlich nichts anderes bestimmt oder zugelassen ist. Darüber hinaus unterliegen die Zahnärztinnen und Zahnärzte, genau wie die anderen im HKG benannten Berufsgruppen - also Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Tierärztinnen und Tierärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten -, den berufsrechtlichen Vorschriften, die im Rahmen der Selbstverwaltung von den jeweiligen Kammerversammlungen als Satzungsrecht beschlossen werden. Zu nennen sind hier beispielsweise die Berufsordnung, die Weiterbildungsordnung, die Notdienstordnung und die Fortbildungsordnung.

Der Grundsatz der Niederlassung in eigener Praxis ist ein hergebrachter Grundsatz zahnärztlicher Berufsausübung und keine erst vor wenigen Jahren entstandene zusätzliche Bürokratielast.

Mit der Niederlassung sind naturgemäß zahlreiche Verpflichtungen der Zahnärztin bzw. des Zahnarztes verbunden, die neben der eigentlichen zahnärztlichen Tätigkeit insbesondere auch die Führung des Wirtschaftsbetriebs „Zahnarztpraxis“ mit allen daraus folgenden Aufgaben wie Betriebsgebäude, Betriebsausstattung, Personalwesen oder Abrechnung mit den Krankenkassen umfassen. In diesen Aufgaben mag es Bürokratielasten geben, die kritisch hinterfragt werden können. Der Grundsatz der Niederlassung oder andere berufsrechtliche Vorschriften stehen damit jedoch nicht infrage.

Auf Anfrage des MS hat sich die Zahnärztekammer Niedersachsen den Forderungen des Entschließungsantrags angeschlossen und im Einzelnen weitere Forderungen aufgestellt, die über den Antrag der CDU-Fraktion hinausgehen bzw. diesen konkretisieren. In der Gesamtschau wird deutlich, dass das Berufsrecht hier kein zentraler Kritikpunkt ist. Es wird vielmehr auf Regelungen abgestellt, die spezialgesetzliche Anforderungen definieren, zum Beispiel die im Entschließungsantrag bereits genannten Dokumentationspflichten aus Qualitätsmanagement und Hygiene, Entlastung bei Praxisbegehungen mit klaren Kriterien, Validierungsforderungen zur Wischdesinfektion, Abschaffung der Pflicht zur Benennung eines Beauftragten für Medizinprodukte, Abschaffung der Pflicht zur elektronischen Zeiterfassung und Ähnliches.

Die Zahnärztekammer Niedersachsen arbeitet nach eigener Aussage bereits an konkreten und spezifischen Vorschlägen für Maßnahmen zu Normenänderungen. Sobald die Vorschläge vorliegen, können diese entsprechend gewürdigt und gegebenenfalls an die zuständige Bundesbehörde weitergeleitet werden.

Zu Nr. 3 des Antrags: Wiederholt wurde gefordert, dass die Handlungsempfehlung „Praxisbegehungen nach dem MPG“ durch die Zahnärztekammer ermöglicht wird statt durch die Gewerbeaufsichtsämter - so auch unter Nr. 3 des Entschließungsantrags. Auch hier möchte ich aus der Antwort der Landesregierung vom 23. Oktober 2023 auf die Kleine Anfrage zitieren, da sich am Sachverhalt zwischenzeitlich nichts geändert hat. Auf die Frage, ob die Landesregierung plant, in Zukunft diese anlassunabhängigen Kontrollen und Begehungen durch die Zahnärztekammer durchführen zu lassen und die dazu notwendigen Kompetenzen von den Gewerbeaufsichtsämtern auf die Niedersächsische Zahnärztekammer zu übertragen, lautet die - weiterhin gültige - Antwort vom 23. Oktober 2023:

„Nein. Das Bundesrecht sieht für die Medizinprodukteüberwachung die Zuständigkeit der Länder, d. h. der unmittelbaren Staatsverwaltung, vor und enthält keine Ermächtigung zur Übertragung auf Dritte, auch nicht auf die mittelbare Staatsverwaltung.

Davon unabhängig würde eine Aufgabenverlagerung auch nicht als sinnvoll erachtet. Auch wenn sich bereits das Hygienebewusstsein in den zahnärztlichen Praxen durch die Überwachungstätigkeit der Staatlichen Gewerbeaufsicht verbessert hat, wird weiterhin die Notwendigkeit einer Aufgabenwahrnehmung durch die bisher zuständigen Behörden gesehen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Staatlichen Gewerbeaufsichtsämter verfügen über die zwingend notwendigen Qualifikationen, Erfahrungen und Kenntnisse auf aktuellem Stand, um durch die Erfüllung der ihnen obliegenden Aufgaben die Sicherheit und Gesundheit von Patientinnen und Patienten, Anwenderinnen und Anwendern oder Dritten zu gewährleisten.“

Darüber hinaus gibt es weitere Gründe, die gegen eine Aufgabenübertragung auf die Zahnärztekammer sprechen. Den ersten Punkt finde ich besonders wichtig:

- Ausschließlich die mit den hoheitlichen Aufgaben betrauten Gewerbeaufsichtsämter können für die Mängelbeseitigung verwaltungsrechtliche Maßnahmen veranlassen, um den Patientenschutz zu gewährleisten. Dazu gehören zum Beispiel das Verfolgen von Ordnungswidrigkeiten, Abgaben an die Staatsanwaltschaft oder gerichtliche Verfahren.

Die weiteren Gründe sind:

- Eine Mängelbeseitigung durch die Gewerbeaufsichtsämter kann in der Regel nur erfolgen, wenn die Mängel im Rahmen einer Vor-Ort-Begehung festgestellt werden.
- Es gibt weitere Zuständigkeiten der Gewerbeaufsicht in der zahnärztlichen Praxis, die auch vollzogen werden müssen, zum Beispiel die Sonderanfertigungen im Rahmen der Prothetik. Das gilt für Zahnärzte mit einem Praxislabor, in dem Zahnspangen, Gebisse, Kronen oder anderes angefertigt werden. Diese sind gemäß der EU-Verordnung 2017/745 (MDR) Sonderanfertigungen, die ebenfalls nach dem MPDG überwacht werden.
- Die Gewerbeaufsichtsämter sind auch für die Belange des Strahlenschutzes und Arbeitsschutzes zuständig, wodurch weitere Inspektionen anfallen können.
- Nicht nur die hygienische Aufbereitung - insbesondere die Sterilgut-Aufbereitung bei im Mund wechselnder Patient*innen eingesetzter Medizinprodukte - ist ein Inspektionsschwerpunkt, sondern auch das Betreiben und Anwenden weiterer Medizinprodukte.
- Es erscheint zudem nicht sinnvoll, unterschiedliche Betreiber - zum Beispiel Arztpraxen, Heime, Krankenhäuser - durch unterschiedliche Institutionen überwachen zu lassen, da dies die einheitliche Vollzugspraxis im Medizinproduktebereich gefährden würde.

Aus der Sicht der Landesregierung ist es daher auch im Sinne der Bürokratievermeidung sinnvoll und wichtig, dass die Aufgaben nach dem Medizinprodukterecht gebündelt bei den bereits zuständigen Staatlichen Gewerbeaufsichtsämtern verbleiben. An der hohen Fachkompetenz dort bestehen keine Zweifel.

Zu der Forderung unter der Nr. 4 des Antrags, „die im Rahmen von Praxisbegehungen durch die Zahnarztpraxen zu erfüllenden Kriterien transparent und nachvollziehbar festzulegen“, möchte ich Folgendes aus der niedersächsischen Vollzugspraxis erläutern:

Die Überwachung unter anderem von Zahnarztpraxen erfolgt nach einem bundeseinheitlichen abgestimmten Rahmenüberwachungsprogramm mit abgestimmten Verfahrensanweisungen. Diese im Rahmen des geforderten Qualitätsmanagementsystems erarbeiteten Verfahrensanweisungen und Formblätter sind auf der Homepage der Zentralstelle der Länder für Gesundheitsschutz bei Arzneimitteln und Medizinprodukten (ZLG) veröffentlicht und barrierefrei - d. h. ohne Anmeldung oder Account - für alle interessierten Personen zugänglich. Auch die Zahnärztekammer Niedersachsen hat auf ihrer Homepage eine Informationsseite zu diesem Thema bereitgestellt.

Darüber hinaus werden die Praxen in der Regel von den zuständigen Gewerbeaufsichtsämtern mit einem Ankündigungsschreiben über die anstehende Inspektion informiert und erhalten auch Informationen darüber, welche Dokumente bereitzustellen sind. Während der Inspektion werden die vorgefundenen Mängel besprochen und schriftlich in einem Inspektionsbericht festgehalten, den die Praxen im Anschluss an die Inspektion erhalten. Falls erforderlich, werden zudem verwaltungsrechtliche Maßnahmen eingeleitet. Der Inspektionsablauf ist somit für die Praxen vollständig transparent.

Aus Sicht der Landesregierung sind daher die unter anderem von den Zahnarztpraxen zu erfüllenden Kriterien bereits jetzt transparent und nachvollziehbar festgelegt. Bei Fragen und Unklarheiten können sich die Betroffenen zudem an die für sie zuständige Überwachungsbehörde wenden.

Zu der Forderung unter Nr. 5 des Antrags, „die sogenannte Negativdokumentation als Standard der Dokumentationspflicht für Zahnarztpraxen festzulegen“, möchte ich zunächst auf Folgendes verweisen:

In Deutschland regelt unter anderem die Medizinprodukte-Betreiberverordnung unter Federführung des BMG die Anforderungen an den Betrieb von Medizinprodukten. Sie ist Teil des Medizinprodukterechts und dient der Umsetzung europäischer Richtlinien und Verordnungen:

Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung legt die Pflichten und Verantwortlichkeiten für Betreiber von Medizinprodukten fest.

Sie gilt gleichermaßen für Einrichtungen wie Krankenhäuser, Zahnarzt- und Arztpraxen, Pflegeeinrichtungen und andere medizinische Einrichtungen, in denen Medizinprodukte eingesetzt werden.

Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung zielt darauf ab, die Sicherheit von Patientinnen und Patienten sowie Anwenderinnen und Anwendern von Medizinprodukten zu gewährleisten. Einerseits sollen Risiken - insbesondere Infektionsrisiken - für die Patientinnen und Patienten minimiert werden, andererseits soll eine effektive Überwachung des Betriebs von Medizinprodukten gewährleistet werden.

Die Verordnung legt unter anderem fest, dass Aufzeichnungen über den Betrieb, die Wartung, die Reparaturen und Kontrollen der Medizinprodukte geführt werden müssen. Diese Dokumentation dient der Nachvollziehbarkeit und der Transparenz und sollte auch mit Blick auf mögliche Schadensfälle und eine eventuelle Betreiberhaftung im Interesse des Betreibers sein.

Die weitere Ausgestaltung der Dokumentationspflichten erfolgt unter anderem durch die KRINKO-BfArM-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“, die explizit eine Freigabe des aufbereiteten Medizinproduktes fordert.

Die Aufbereitung schließt gemäß Nr. 2.2.7 der KRINKO-BfArM-Empfehlung die Überprüfung und Dokumentation des vollständigen und korrekten Prozessverlaufes - also eine chargenbezogene Routineprüfung und Chargendokumentation - ein. Die Dokumentation erfolgt gemäß Anlage 3 der Empfehlung mittels Prüf- und Freigabeprotokollen und Checklisten. Die Dokumentation aller Einzelschritte ist insbesondere erforderlich, wenn die Aufbereitung von im Laufe des Arbeitstages wechselndem Personal durchgeführt wird.

BMG und RKI sind hierzu bereits im Dialog und haben nach Kenntnissen der Landesregierung die verschiedenen Für- und Gegenargumente auch unter Beteiligung von Verbänden im Zuge der Evaluation der Betreiberverordnung - zuletzt in den Jahren 2022/2023 - gewürdigt.

Die ZKN als Mitglied der Bundeszahnärztekammer sollte dabei ebenfalls durch das BMG beteiligt worden sein.

Aussprache

Abg. **Claudia Schübler** (SPD): Vielen Dank für die umfangreiche Unterrichtung, die mich zugebennermaßen ein bisschen erschlagen hat. Vieles kann man ja nachlesen, auch die Kleine Anfrage und die Antwort darauf.

Bei der Lektüre des Abschlussberichts des Nationalen Normenkontrollrats aus dem August 2015 habe ich festgestellt, dass über einige Punkte die Zeit hinweggegangen ist. Dazu gehört zum Beispiel die Frage, ob man einen Zahnarzt oder eine Zahnärztin verpflichten kann, sich digital aufzustellen, eine digitale Akte zu führen. Da sind wir im Jahr 2024 bereits weiter und wissen, dass man darum nicht herumkommt. Deshalb stellt sich die Frage, was jetzt noch die Basis ist und was sich überholt hat.

Wenn ich Sie richtig verstanden habe, sind für die medizinischen Hygienevorschriften die Spitzenverbände zuständig. Sie sagten auch, dass Regularien neu eingeführt worden sind. Wurden diese Regularien nach 2015 eingeführt?

Ohne den Beratungen in unserem Arbeitskreis vorweggreifen zu wollen, möchte ich noch anmerken, dass die Dokumentationspflichten häufig Auswuchs von Haftungsfragen sind. Oft ist es auch im Sinne derer, die dokumentieren, wichtig, dass sie dokumentieren. Wenn man das einfach wegstreicht, könnten sie an anderer Stelle Probleme bekommen, weil es auch höchststrichterliche Rechtsprechung zu den Anforderungen gibt. Das ist also eine komplexe Materie.

Zu den Praxisbegehungen: Gibt es Zahlen, wie häufig es in einer Praxis zu einer unangemeldeten Praxisbegehung kommt? Eine Steuerprüfung findet ja nur alle paar Jahre statt. Gibt es auch Zahlen dazu, was bei den Praxisbegehungen festgestellt wird? Bei wie vielen Praxen gibt es keine Beanstandungen? Ich möchte gerne einsortieren können, wie relevant das ist.

MR'in **Dr. Reinelt** (MS): Das Eckpunkteprogramm liegt dem MS vor und können wir dem Ausschuss zur Verfügung stellen (s. **Anlage 2** zu dieser Niederschrift).

Die Dokumentationspflichten sind wichtig, damit man belegen kann, dass man irgendetwas aufgearbeitet hat. Das ist aber nicht der einzige Grund. Es ist gut, dass man aufschreiben muss, wenn man etwas getan hat, und dass es dafür auch Checklisten gibt. Auch Piloten haben Checklisten, die sie nacheinander abarbeiten müssen. Immer wieder kommt es zu Flugzeugabstürzen, weil Piloten die Checklisten nicht richtig abgearbeitet haben. Deshalb sind diese Checklisten wichtig. Wenn eine verantwortliche Person, die zum Beispiel eine validierte Aufbereitung durchführt, unterschreiben muss, dann besteht eine viel größere Sicherheit, dass sie die Checkliste wirklich abgearbeitet hat. Ich meine, dass die Dokumentationspflicht auch dazu führt, dass genauer gearbeitet wird.

Über genaue Zahlen aus der Gewerbeaufsicht verfüge ich nicht. Unangemeldete Praxisbegehungen finden aber eher selten statt. Es ist nicht genügend Personal für die vielen Zahnarztpraxen vorhanden. Ich weiß aber, dass es vor etwa zehn Jahren mal eine Aktion gegeben hat, bei der die hannoversche Gewerbeaufsicht viele Zahnarztpraxen und gynäkologische Praxen aufgesucht und besichtigt hat. Der damalige Referent hat berichtet, dass der überwiegende Anteil dieser Praxen bestens gepflegt war und dass es dort keine Beanstandungen gegeben hat. Es gab aber auch andere Fälle. Ein Beispiel: In einer Praxis war ein roter Strich auf dem Tisch, links davon war es rein und rechts davon unrein. In diesem Fall hat er nachgefragt, ob die Bakterien denn wissen, dass sie diesen roten Strich nicht überschreiten dürfen. Genauere Zahlen werde ich dem Ausschuss aber im Nachgang zur Verfügung stellen.

Abg. **Jan Bauer** (CDU): Herzlich Dank für Ihre Ausführungen und diesen umfassenden Überblick. Gleichwohl stellt er mich nicht ganz zufrieden. Wir wollen nicht nur in diesem Ausschuss und nicht nur bei diesem Thema die Entbürokratisierung - meistens in Verbindung mit Digitalisierung - voranbringen. Ich meine, dass wir jetzt anfangen müssen.

Ihre Ausführungen sind - ich will nicht sagen: allesamt - richtig und im Großen und Ganzen nachvollziehbar. Es gibt gute Gründe, warum es gewisse Standards gibt, warum dokumentiert werden muss, warum auch nachbereitet werden muss. Gleichwohl müssen wir nach meiner Überzeugung mit der Entbürokratisierung anfangen; sonst wird es immer schlimmer. Die Fachverbände stehen zu dem Entschließungsantrag der CDU-Fraktion und sehen es in Teilen genauso; zum Teil gehen ihre Forderungen sogar darüber hinaus.

Deswegen möchte ich an dieser Stelle den Antrag stellen, dass wir die Fachverbände schriftlich anhören. Eine mündliche Anhörung ist nicht unbedingt erforderlich. Eine schriftliche Anhörung würde aber auch zu dem passen, was Frau Schüßler gesagt hat, nämlich dass wir auf den aktuellen Stand kommen sollten. Deshalb stelle ich den Antrag, dass wir eine schriftliche Anhörung zu diesem Thema durchführen.

Abg. **Dr.'in Tanja Meyer** (Grüne): Vielen Dank für die ausführliche Unterrichtung, die mich allerdings ein Stück weit überfordert hat. Ich möchte die Ausführungen daher noch einmal in Ruhe auswerten. Ich bin grundsätzlich der Auffassung, dass wir entbürokratisieren und die Digitalisierung vorantreiben müssen. Nichtsdestotrotz haben Sie berechtigte Anregungen geliefert, denen wir auf jeden Fall nachgehen müssen. Entbürokratisierung darf nie auf Kosten der Sicherheit der Patient*innen gehen. Deswegen würde ich zunächst gerne in den Fraktionen bzw. Arbeitskreisen über das weitere Vorgehen beraten. Ich bin aber offen für weitere Prozesse.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Wenn die Regierungsfaktionen das Thema beraten möchten, dann habe ich damit kein Problem und sollten wir den Antrag in zwei oder drei Wochen erneut auf die Tagesordnung setzen.

Eine Anmerkung möchte ich noch mit auf den Weg geben: Wir unterhalten uns über Standards, die sehr weit oben angesiedelt sind, die vielleicht in 50 % der Fälle berechtigt sind, die wir aber heute schon gar nicht mehr überprüfen können, weil gar nicht das benötigte Personal verfügbar ist, um das umzusetzen. Es stellt sich die Frage, ob die Standards, die wir heute immer wieder gesetzlich vorgeben, wirklich unbedingt notwendig sind oder wir es dabei vielleicht ein Stück weit übertreiben. Das ist natürlich immer eine fachliche Diskussion. Ich verstehe auch den Aspekt der Haftung usw. Ich glaube aber, wir müssen unsere Standards ein Stück weit senken, um

diesen Staat weiterhin funktionsfähig zu halten. Denn mit dem Verwalten und Bürokratisieren behindern wir unsere Arbeit auch ein bisschen selbst. So weit darf es nicht kommen.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Den Vorschlag, das zunächst noch einmal in den Fraktionen zu beraten, begrüße ich. Zu der von der CDU-Fraktion vorgeschlagenen Anhörung fehlt mir im Moment aber die Fantasie, wen wir außer der Ärztekammer und Zahnärztekammer dazu einladen könnten. Vielleicht gibt es aber auch gute Vorschläge; dann will ich mich dem nicht verschließen. Das sollten wir also mitnehmen.

Ich bin ebenfalls der Meinung, dass wir alles sehr kompliziert gemacht haben. Aber ich bin Juristin und weiß, dass es nicht so einfach ist, etwas aus diesen Strukturen herauszubrechen; denn das hätte dann immer Folgewirkungen. Wir müssen aufpassen, dass wir nicht immer reflexartig „Entbürokratisierung“ sagen, aber am Ende keinen Weg dafür finden. Ich bin sehr dafür, dass wir versuchen, Dinge zu entschlacken, um sie wieder handhabbar zu machen. Ich habe selber eine Kanzlei und stehe vor denselben Problemen bzw. weiß genau, was man alles tun muss. Viele Argumente der Zahnärztinnen und Zahnärzte leuchten mir ein, aber das Unternehmertum und alles darum herum gehört eben auch dazu; anderenfalls muss man die Niederlassungsfreiheit irgendwann infrage stellen. Denn ein Unternehmer muss sich um seinen Laden kümmern; das ist der Anteil, der die unternehmerische Tätigkeit ausmacht. Das gilt für ganz viele Unternehmen. Ich will damit nur sagen: Wir müssen aufpassen. Ich bin dafür, das, was möglich ist, zu machen. Aber wir sollten nicht die Erwartung wecken, dass wir alles wegstreichen können. Das halte ich für unrealistisch.

Abg. **Volker Meyer** (CDU): Dieser Antrag hat nicht den Ansatz, alles wegzustreichen. Aber er soll dem Unternehmer bzw. der Unternehmerin ein Stück Freiheit geben, sich mehr den Patientinnen und Patienten widmen zu können. Der gesamte bürokratische Aufwand betrifft ja nicht nur den Zahnärztebereich, sondern auch viele andere Bereiche der medizinischen Selbstverwaltung. Er bewirkt eine Blockade, in die Selbstständigkeit zu gehen. Ich glaube, das ist ein Ansatzpunkt, den bürokratischen Aufwand ein Stück weit abzubauen. Wenn wir ihn um 10 oder 15 % abbauen - aber legen Sie mich jetzt bitte nicht auf diese Prozentzahl fest - und einen Anreiz schaffen, dann zeigen wir, dass sich in diesem Staat etwas tut und dass wir einen kleinen Akzent setzen und uns von Bürokratie befreien können. Ich bin auch dabei, wenn der Minister eine Aktion startet, um im Krankenhausbereich zu entbürokratisieren. Er fängt da an, und wir fangen jetzt hier an. Einen Konsens zu finden und festzuhalten, welche Punkte abgeschafft werden können, um Bürokratie zu reduzieren und den Beruf wieder attraktiver zu machen - das ist ein Stück weit das Ansinnen dieses Antrags.

Abg. **Jan Bauer** (CDU): Zu der Frage von Frau Schüßler, wer noch im Rahmen der Anhörung befragt werden könnte, fallen mir beispielsweise der Freie Verband Deutscher Zahnärzte und ein niedergelassener Zahnarzt, vielleicht auch ein Zahnarzt, der ein zahnmedizinisches Versorgungszentrum betreibt, ein. Es gäbe also mehr Anzuhörende als nur die Zahnärztekammer. Da würde uns gewiss etwas einfallen.

Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD): Weitere Wortmeldungen gibt es nicht. Vielen Dank für die Unterrichtung.

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** will in einer der nächsten Sitzungen über die Durchführung einer schriftlichen Anhörung zu dem Antrag entscheiden.

Tagesordnungspunkt 3:

Fortschreibung des Niedersächsischen Krankenhausplans und Vorlage des Investitionsprogramms

Unterrichtung durch die Landesregierung - [Drs. 19/5101](#)

gemäß § 62 Abs. 1 GO LT überwiesen am 22.08.2024

federführend: AfSAGuG

mitberatend: AfHuF

Beschluss

Ohne Aussprache nimmt der **Ausschuss** die Unterrichtung durch die Landesregierung über die Fortschreibung des Niedersächsischen Krankenhausplans und Vorlage des Investitionsprogramms einvernehmlich zur Kenntnis.

Tagesordnungspunkt 4:

Jugendschutz stärken: kein Lachgas an Kinder und Jugendliche. Maßnahmen zur Prävention und Aufklärung ergreifen

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 19/4582](#)

erste Beratung: 44. Plenarsitzung am 19.06.2024

federführend: AfSAGuG

Stellungnahme gem. § 28 Abs. 4 i. V. m. § 39 Abs. 3 Satz 1 GO LT: UVerbrSch

zuletzt beraten: 40. Sitzung am 15.08.2024

Zu diesem Tagesordnungspunkt liegt der Vorabauszug aus der Niederschrift über die 41. Sitzung des Ausschusses für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz vom 4. September 2024 über die Beratung des Antrags in der 19. Sitzung des Unterausschusses „Verbraucherschutz“ am 28. August 2024 vor.

Fortsetzung der Beratung

Bezug nehmend auf die Anregung der CDU-Fraktion in der 40. Sitzung am 15. August 2024, den Antrag im Hinblick auf die bereits erfolgte Beschlussfassung im Bundesrat zu modifizieren, beantragt Abg. **Claudia Schüßler** (SPD), die Nr. 1 des Antrags der Fraktionen der SPD und der Grünen zu streichen und dem Landtag die Annahme der Nrn. 2 bis 5 des Antrags zu empfehlen.

Abg. **Volker Meyer** (CDU) erklärt, dass es aus der Sicht der CDU-Fraktion realistisch wäre, auch die Nrn. 2 und 3 des Antrags zu streichen, mit denen die Landesregierung aufgefordert werden solle, auf der Bundesebene entsprechend tätig zu werden. Im Hinblick auf die Bedeutung des Themas erkläre er sich aber auch damit einverstanden, lediglich die Nr. 1 zu streichen.

Beschluss

Der **Ausschuss** schließt die Beratung des Antrags ab. Entsprechend dem Antrag der Fraktionen der SPD und der Grünen kommt er überein, die Nr. 1 des Antrags zu streichen und dem Landtag die Annahme der Nrn. 2 bis 5 des Antrags zu empfehlen.

Zustimmung: SPD, CDU, GRÜNE

Ablehnung: -

Enthaltung: AfD

Tagesordnungspunkt 5:

Mehr Unterstützung für Pflegebedürftige - Investitionsförderung des Landes einführen

Antrag der Fraktion der CDU - [Drs. 19/4564](#)

erste Beratung: 44. Plenarsitzung am 19.06.2024

federführend: AfSAGuG

mitberatend gem. § 27 Abs. 4 Satz 1 i. V. m. § 39 Abs. 3 Satz 1 GO LT: AfHuF

Der Ausschuss setzt diesen Punkt von der Tagesordnung ab.

Tagesordnungspunkt 6:

Einfach, effizient und erfolgreich: Die Digitalisierung der Verfahren im Sozial- und Gesundheitswesen ist machbar!

Antrag der Fraktion der CDU - [Drs. 19/5075](#)

direkt überwiesen am 21.08.2024

AfSAGuG

Einbringung des Antrags

Abg. **Thomas Uhlen** (CDU): Bereits im Zusammenhang mit dem Aktionsplan Inklusion unter TOP 1 ist deutlich geworden, dass es verschiedene Möglichkeiten zur Digitalisierung gibt. Ich habe mich in diesem Zusammenhang auf das Onlinezugangsgesetz und die damit verbundenen Chancen bezogen. Unabhängig von den vielen Verfahren, die in diesem Antrag angesprochen werden und die im Rahmen von Standardisierungen jetzt durchaus eingeleitet werden könnten, gibt es auch Punkte, die uns als Abgeordnete und als Gesetzgeber selbst, aber auch die Landesregierung hinsichtlich der Einbringung von Gesetz- und Verordnungsentwürfen betreffen. Im Zusammenhang mit dem kürzlich geänderten Wohnrecht, aber auch von vielen Verfahren im Bereich der Eingliederungshilfeleistungen ist festzustellen, dass wir nicht dazu neigen, die Verfahren einfacher und digital vollziehbar zu gestalten, sondern immer wieder neue Verfahren etablieren, von denen wir vielleicht meinen, dass sie ganz besonders gerecht sind, die aber letztendlich dazu führen, dass sie administrativ, wenn überhaupt, nur schwierig umsetzbar sind. Auf anderen Ebenen wird in Deutschland bereits der „Digital-Check“ verpflichtend eingeführt, insbesondere auf Bundesebene. Das sollte, wie unter Nr. 1 des Antrags gefordert, auch auf Gesetze und Verordnungen sowie andere parlamentarische Initiativen in Niedersachsen übertragen werden.

Darüber hinaus werden viele Potenziale im Sozial- und Gesundheitswesen nicht gehoben, obwohl etwa die Nutzung von Daten durchaus möglich wäre, beispielsweise von Daten im Bestand der Deutschen Rentenversicherung, die von ihr selbst ohne datenschutzrechtliche Probleme genutzt werden könnten. Dies sollte forciert werden, um Menschen frühzeitig die Möglichkeit zu geben, Präventionsangebote anzunehmen, bevor sozusagen das Kind in den Brunnen gefallen ist.

Die CDU-Fraktion ist der festen Überzeugung, dass den Menschen gerade durch den Einsatz der Digitaltechnik wesentlich geholfen werden kann und die Verfahren effizienter gestaltet werden könnten - aber nicht dadurch, dass schlechte analoge Prozesse zu schlechten digitalen Prozessen digitalisiert werden, sondern indem man sich tatsächlich auf den Weg macht, die Digitalisierung neu zu denken und die Möglichkeiten, die in der privaten Wirtschaft heute schon vielfältig genutzt werden, auch für den Staat und die Sozial- und Gesundheitswirtschaft nutzbar zu machen.

Ich freue mich über die Beratungen zu diesem Antrag der CDU-Fraktion. Zunächst sollte aber die Landesregierung um eine Unterrichtung zu diesem Antrag gebeten werden.

Aussprache

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD): Dem Vorschlag, die Landesregierung zunächst um eine Unterrichtung zu dem Antrag zu bitten, schließen wir uns an. Dieser sehr umfangreiche Antrag betrifft ein sehr wichtiges Thema. Insofern werden wir wohl auch ein bisschen Zeit für die Unterrichtung einplanen müssen. Dabei wird es sicherlich auch darum gehen, wo welche Zuständigkeiten liegen. Das generelle Anliegen teile ich jedenfalls. In der vergangenen Legislaturperiode habe ich an der Informationsreise dieses Ausschusses nach Estland teilgenommen, wo uns die weitgehende Digitalisierung auch im Gesundheitsbereich sehr eindrücklich vorgestellt worden ist. Wir in Deutschland haben aber eine andere Historie. In Estland ist schlicht aufgrund des Fachkräftemangels von Anfang an eine weitgehende Digitalisierung betrieben worden. In Deutschland gibt es immer einen Aufbau, und die Digitalisierung setzt dann darauf auf. Dieser Antrag bietet eine gute Gelegenheit, der Frage nachzugehen, was möglich ist und was nicht möglich ist.

Abg. **Dr.in Tanja Meyer** (GRÜNE): Ich schließe mich dem Verfahrensvorschlag an. Ich halte es auch für wichtig, zu prüfen, welche Möglichkeiten zur Digitalisierung bestehen. Ich finde viele Punkte des Antrags für sehr einleuchtend und gut, kann das aber in dem Ausmaß bei diesem komplexen Thema bisher nicht beurteilen. Insofern wäre ich dankbar, wenn wir dazu zunächst einmal mehr Informationen von der Landesregierung bekommen.

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** bittet die Landesregierung für eine der nächsten Sitzungen um eine Unterrichtung zu dem Antrag.

Tagesordnungspunkt 7:

Entwurf eines Gesetzes zu dem Abkommen über die Errichtung und Finanzierung der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf

Gesetzentwurf der Landesregierung - [Drs. 19/5141](#)

direkt überwiesen am 28.08.2024

federführend: AfSAGuG

mitberatend: AfRuV

Einbringung des Gesetzentwurfs

Herr **Dr. Sauer** (MS): Die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf wurde im Jahr 1971 gegründet mit dem Ziel, die Aus-, Fort- und Weiterbildung in den unterschiedlichen Berufen des öffentlichen Gesundheitswesens, aber auch für die Lebensmittelkontrolleure zu organisieren und durchzuführen. Anfangs waren nur fünf Bundesländer dabei; mittlerweile sind es 13 Bundesländer ohne Sachsen, Bayern und Baden-Württemberg. Der Staatsvertrag von 1971 wurde nie überarbeitet, sodass im Dezember 2021 der Beschluss gefasst wurde, ihn neu auszuhandeln. Über das Ergebnis und den ersten Entwurf wurde der Landtag am 13. Juli 2022 unterrichtet. Am 13. Dezember 2022 hat Ministerin Behrens mit Zeichnungsbefugnis des Ministerpräsidenten den Staatsvertrag unterzeichnet. Zum aktuellen Zeitpunkt ist dieser Staatsvertrag schwebend unwirksam, weil die Ratifikation noch fehlt. Zu der Verzögerung ist es gekommen, weil die Unterzeichnung in den anderen Bundesländern bis zu zwei Jahre gedauert hat, sodass die Landesregierung erst jetzt den Gesetzentwurf vorlegt, zu dem sie die Zustimmung des Landtags erbittet.

Beratung

Von dem Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD) um eine Stellungnahme gebeten, teilt ORR'in **Dr. Wetz** (GBD) mit, dass der Landtag bei solchen Zustimmungsgesetzen nur die Möglichkeit habe, dem Staatsvertrag in Gänze zuzustimmen oder ihn abzulehnen. Inhaltliche Änderungen seien nicht möglich.

In der Kürze der Zeit seit der Einbringung des Gesetzentwurfs in den Landtag habe der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst noch keine vertiefte rechtliche Prüfung durchführen können. Bei einer kursorischen Durchsicht habe der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst keine gravierenden verfassungsrechtlichen Probleme erkennen können, die dafür sprechen könnten, dem Staatsvertrag nicht zuzustimmen. Diese gelte auch für den Gesetzentwurf.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD) ist interessiert zu erfahren, ob die Beschlussfassung über den Gesetzentwurf eilbedürftig sei, um etwa die Schließung der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen zu vermeiden. Falls nicht, hätte der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst zunächst noch Gelegenheit zu einer etwas intensiveren rechtlichen Prüfung.

Herr **Dr. Sauer** (MS) erklärt, dass das alte Abkommen bis zum Inkrafttreten des neuen Abkommens weiterhin gelte. Insofern bestehe keine Eilbedürftigkeit. Von der Beschlussfassung hänge

die Ausschreibung der Stelle der Präsidentin bzw. des Präsidenten ab, die im Kuratorium offener gestaltet werden solle. Insofern sei zwar nicht noch jahrelang Zeit vorhanden, aber sicherlich noch einige Monate.

Im Hinblick auf die bisherigen rechtlichen Prüfungen des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes, die zu keinen rechtlichen Bedenken geführt hätten, spricht sich Abg. **Volker Meyer** (CDU) dafür aus, die Beratung des Gesetzentwurfs bereits in der heutigen Ausschusssitzung abzuschließen.

Abg. **Claudia Schübler** (SPD) plädiert dafür, die abschließende Beratung zunächst noch zurückzustellen, um noch weitere rechtliche Prüfungen durch den Gesetzgebungs- und Beratungsdienst zu ermöglichen.

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** stellte die abschließende Beratung des Gesetzentwurfs zurück.

Tagesordnungspunkt 8:

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Nichtraucherschutzgesetzes

Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 19/5082](#)

erste Beratung: 45. Plenarsitzung am 28.08.2024

federführend: AfSAGuG

mitberatend: AfRuV

Verfahrensfragen

Auf eine entsprechende Frage der Abg. **Claudia Schüßler** (SPD) gibt ORR'in **Dr. Wetz** (GBD) zur Kenntnis, dass der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst den Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD und der Grünen in der kurzen Zeit nach der ersten Beratung in der 45. Sitzung des Landtags am 28. August 2024 noch nicht eingehend habe rechtlich prüfen können. Der Gesetzgebungs- und Beratungsdienst werde, wie üblich, in einen fachlichen Austausch mit dem zuständigen Fachministerium eintreten und gegebenenfalls Änderungsempfehlungen vorlegen.

Abg. **Eike Holsten** (CDU) bittet für eine der nächsten Sitzungen um eine Stellungnahme der Landesregierung unter Einbindung auch des Justizministeriums und des Ministeriums für Inneres und Sport zu dem Gesetzentwurf.

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** bittet für eine der nächsten Sitzungen um eine Unterrichtung durch die Landesregierung zu dem Gesetzentwurf und um eine rechtliche Stellungnahme des Gesetzgebungs- und Beratungsdienstes.

Tagesordnungspunkt 9:

Stärkung deeskalierender Ansätze in der psychiatrischen Behandlung

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 19/5083](#)

erste Beratung: 46. Plenarsitzung am 29.08.2024

AfSAGuG

Verfahrensfragen

Abg. **Marten Gäde** (SPD) spricht sich dafür aus, zunächst die Landesregierung um eine Unterrichtung zu dem Antrag zu bitten.

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** bittet die Landesregierung um eine Unterrichtung zu dem Antrag in einer der nächsten Sitzungen.

Tagesordnungspunkt 10:

Ein interdisziplinäres Versorgungsangebot für schwer betroffene Menschen mit Fatigue-Syndrom etablieren

Antrag der Fraktion der SPD, der Fraktion der CDU und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 19/5086](#)

erste Beratung: 46. Plenarsitzung am 29.08.2024
AfSAGuG

Verfahrensfragen

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD) regt an, zunächst die Landesregierung um eine Unterrichtung zu dem Antrag zu bitten.

Weiteres Verfahren

Der **Ausschuss** bittet die Landesregierung um eine Unterrichtung zu dem Antrag in einer der nächsten Sitzungen.

Tagesordnungspunkt 11:

Rechte und Schutz von Kindern stärken: Pubertätsblocker und Werbung für Geschlechtsumwandlungen untersagen

Antrag der Fraktion der AfD - [Drs. 19/5077](#) neu

erste Beratung: 46. Plenarsitzung am 29.08.2024
AfSAGuG

Zu diesem Tagesordnungspunkt liegt der Antrag der AfD-Fraktion vom 3. September 2024 vor, über eine mündliche Unterrichtung durch die Landesregierung zu dem Antrag Beschluss zu fassen.

Verfahrensfragen

Auf die Frage des Vors. Abg. **Oliver Lottke** (SPD), ob seitens der AfD-Fraktion noch Erläuterungen oder Ergänzungen zu ihrem Antrag auf Unterrichtung durch die Landesregierung gewünscht seien, ergibt sich keine Wortmeldung.

Abg. **Claudia Schüßler** (SPD) führt an, dass der Ausschuss üblicherweise Unterrichtungswünschen nachkomme. Auch in diesem Fall stimme die SPD-Fraktion dem Unterrichtungswunsch zu, obwohl sie es für misslich erachte, dass die Abg. Klages, die zu dieser Sitzung per Videokonferenztechnik zugeschaltet sei bzw. zugeschaltet gewesen sei, dazu nicht das Wort ergreife.

Weiteres Verfahren

Entsprechend dem schriftlichen Antrag der AfD-Fraktion vom 3. September 2024 bittet der **Ausschuss** die Landesregierung um eine Unterrichtung zu dem Antrag in einer der nächsten Sitzungen.

Unterrichtung im Ausschuss für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung

Aktionsplan Inklusion 2024–2027

für ein barrierefreies
Niedersachsen

Schritte zur Umsetzung
der UN-Behindertenrechts-
konvention

Hannover, 05.09.2024



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung

Agenda

1. Hintergrund
2. Fortschreibungskonzept
3. Maßnahmen im Überblick
4. Ausblick



Agenda

1. Hintergrund
2. Fortschreibungskonzept
3. Maßnahmen im Überblick
4. Ausblick



Hintergrund

- Instrument, um ressortübergreifend die Umsetzung der UN-BRK in Niedersachsen zu steuern
- bisher drei Aktionspläne im 2-Jahres-Rhythmus mit insg. 385 Maßnahmen
- Weiterentwicklung auf Basis der Ergebnisse der Evaluation



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung

Agenda

1. Hintergrund
2. Fortschreibungskonzept
3. Maßnahmen im Überblick
4. Ausblick



Fortschreibungskonzept

»TEIL SEIN«

Ich mache mit beim
Aktionsplan Inklusion!

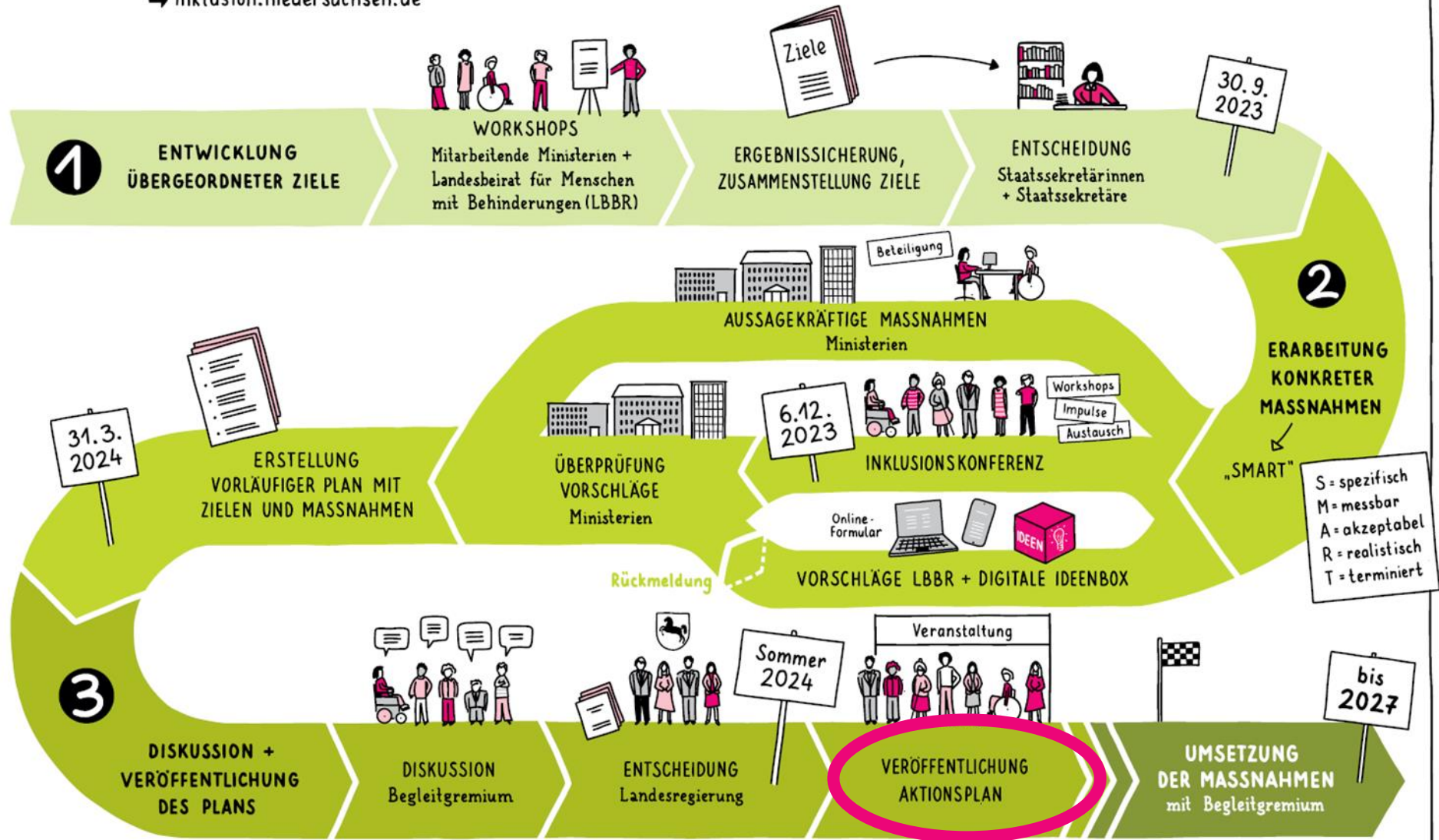
- Fortschreibung in drei Stufen
- Motto „Teil Sein“, d. h., in jeder Stufe partizipieren Menschen mit Behinderungen
- Laufzeit orientiert sich an der Legislaturperiode



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung

TEIL SEIN - DER AKTIONSPLAN INKLUSION

→ inklusion.niedersachsen.de



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung

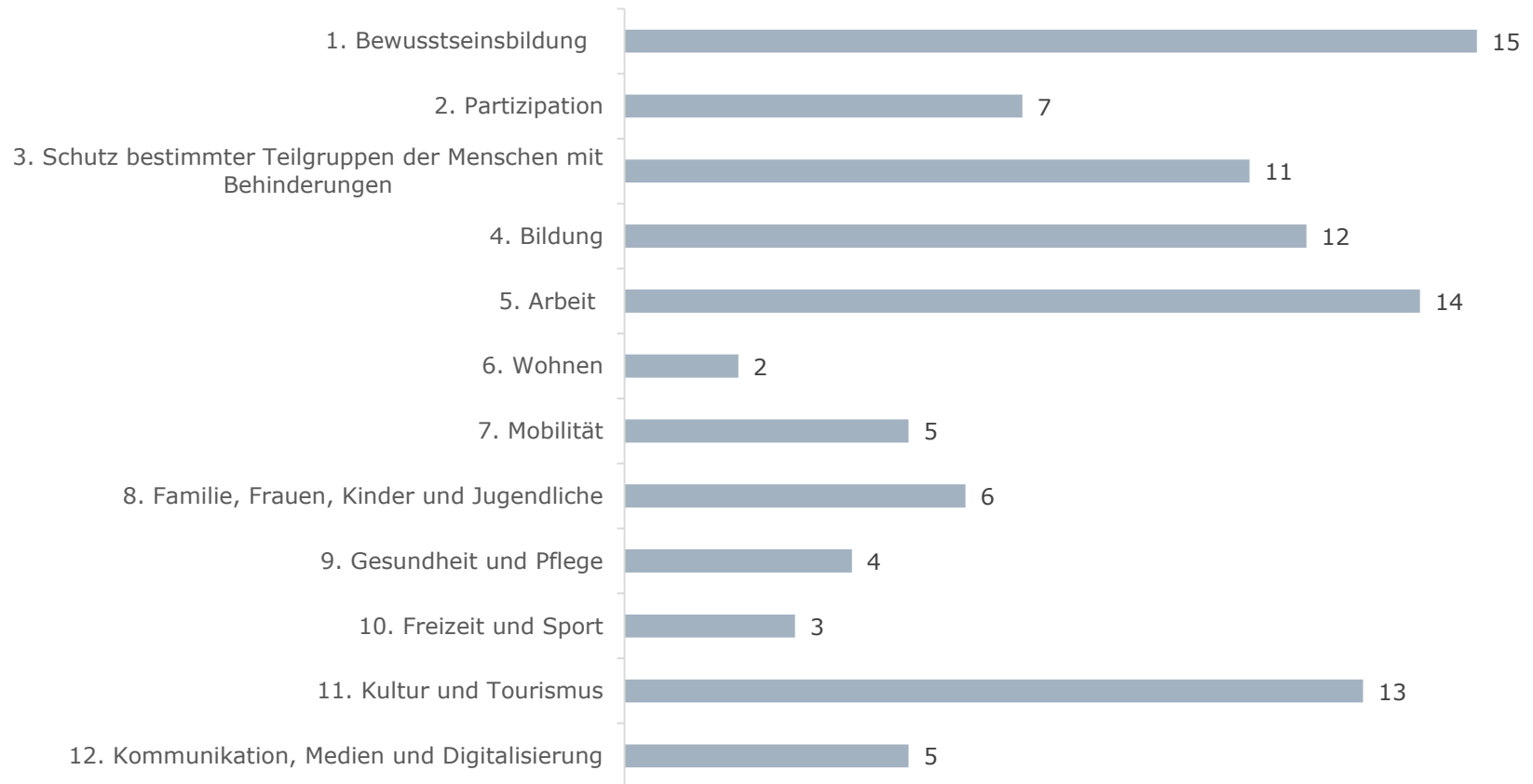
Agenda

1. Hintergrund
2. Fortschreibungskonzept
3. Maßnahmen im Überblick
4. Ausblick

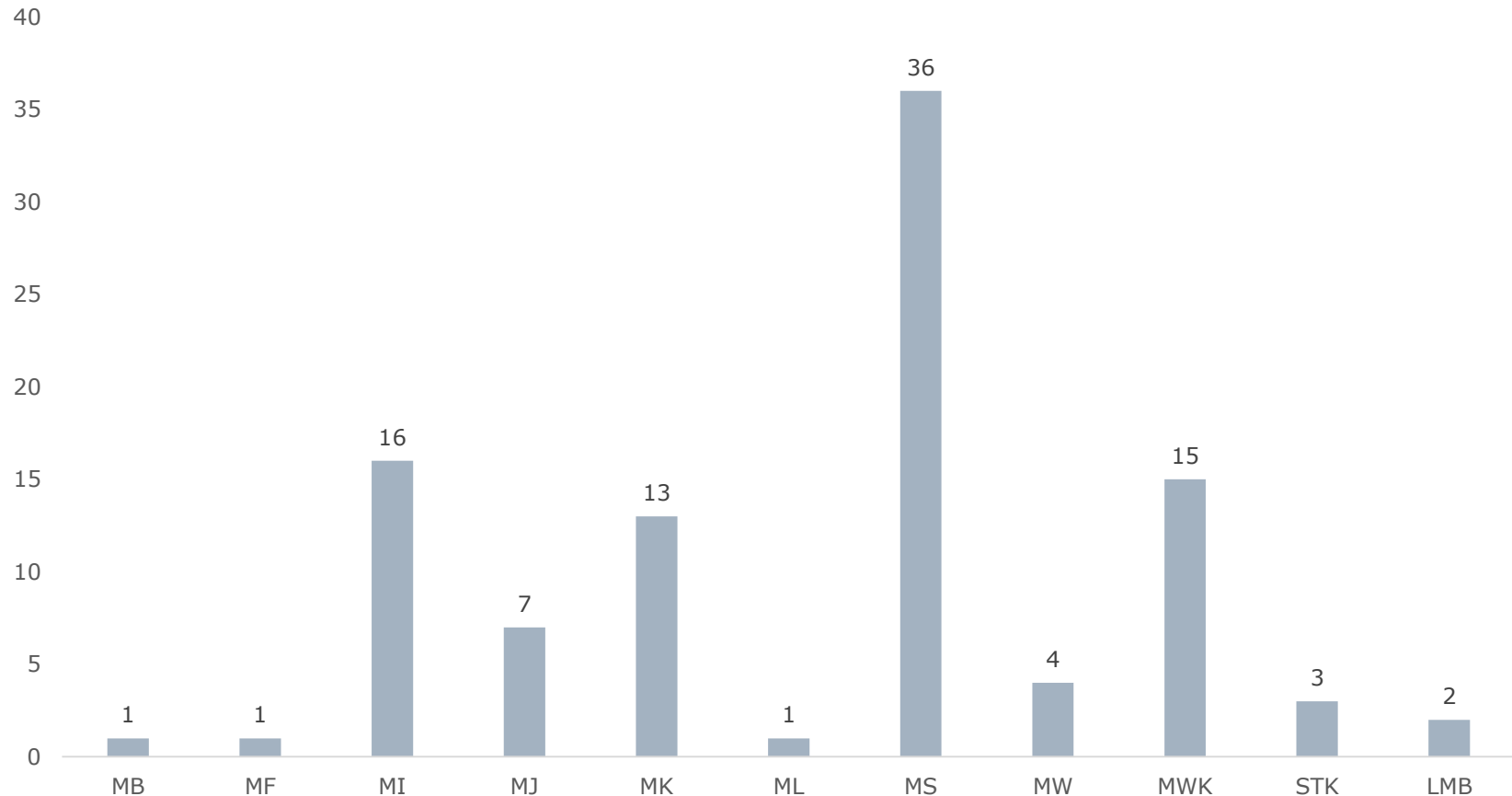


**Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung**

97 Maßnahmen je Handlungsfeld



Ressortzuständigkeiten je Maßnahme*



*n=100, Mehrfachauswahl bei der Maßnahme 1.2-06



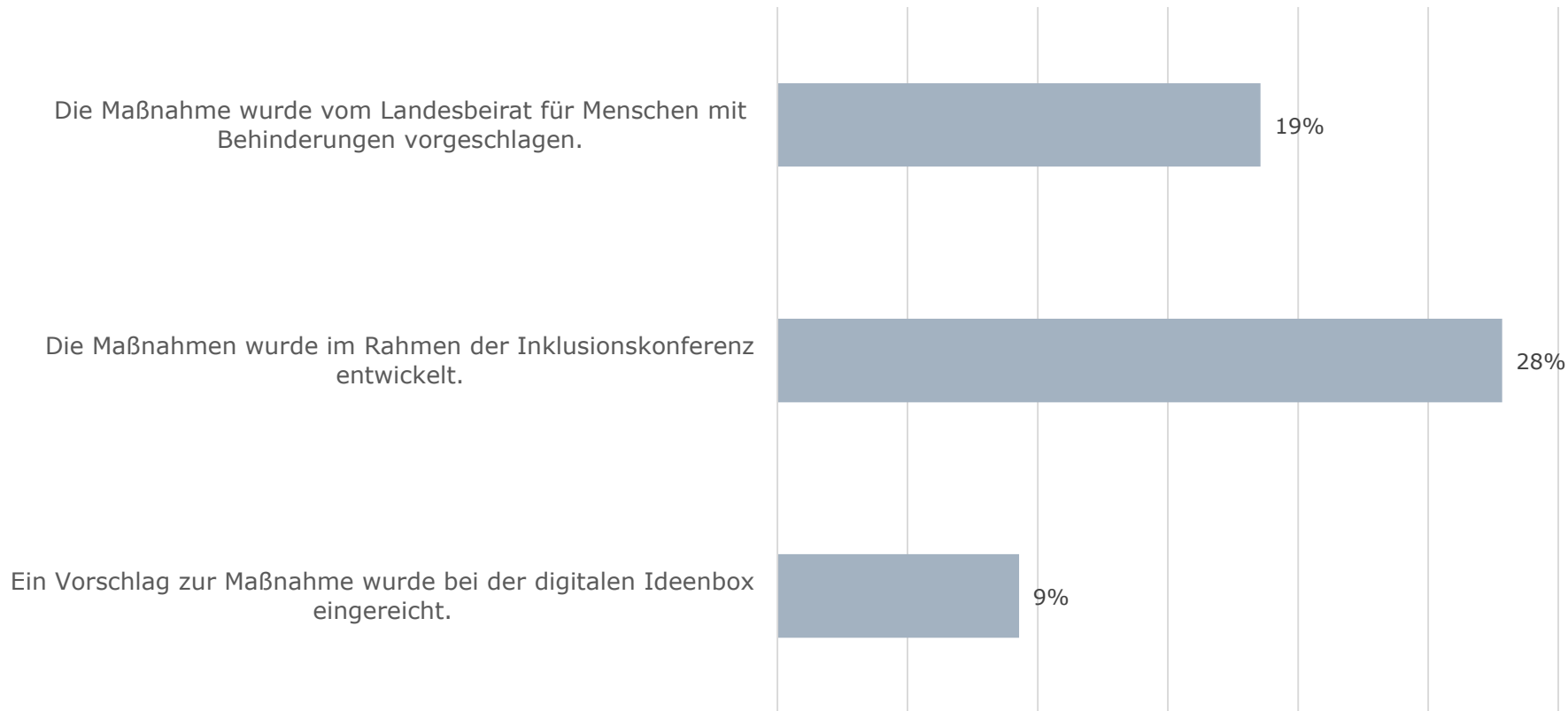
**Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung**

Art der Maßnahmen



Partizipation bei der Entwicklung der Maßnahmen

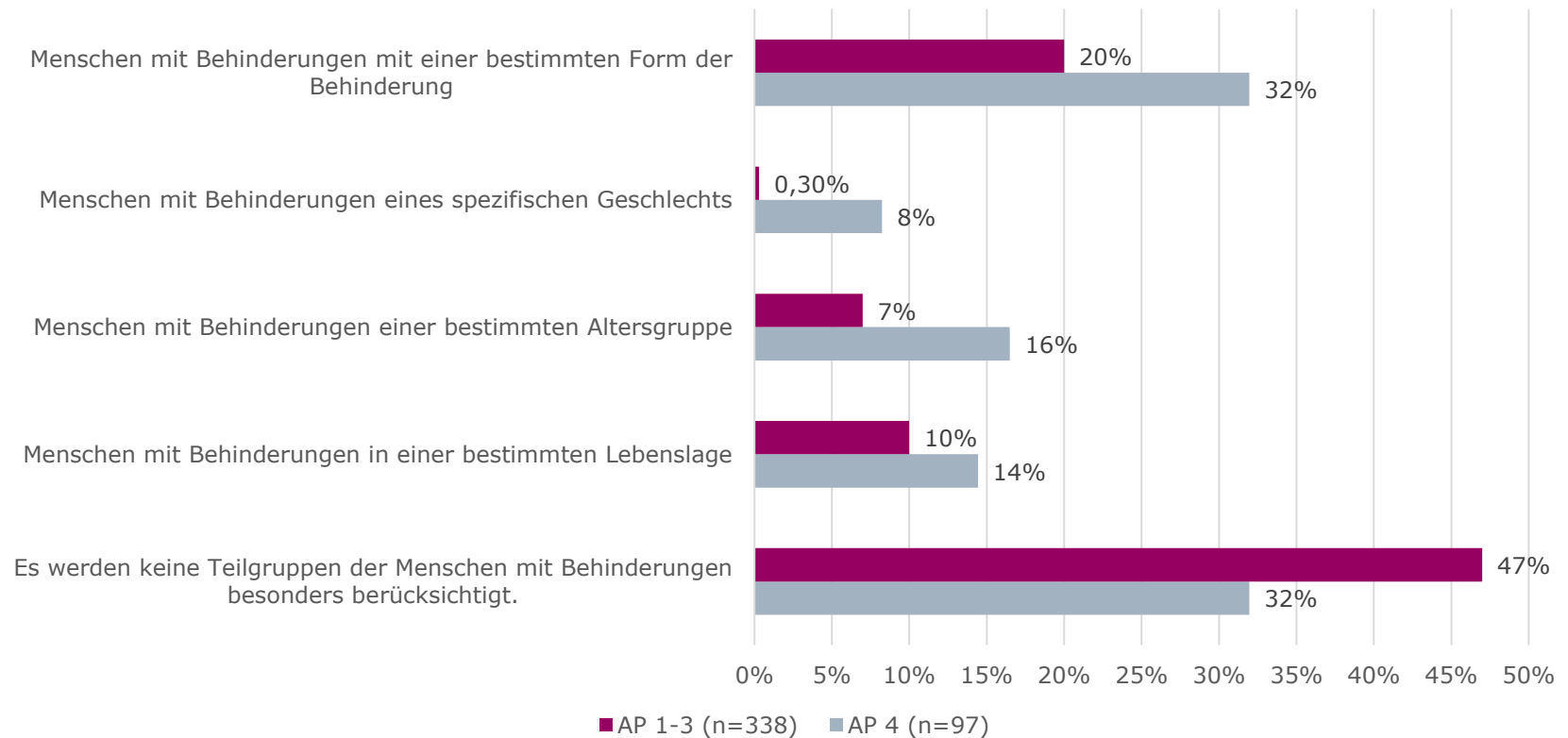
Anteil an allen Maßnahmen in Prozent (Mehrfachauswahl)



**Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung**

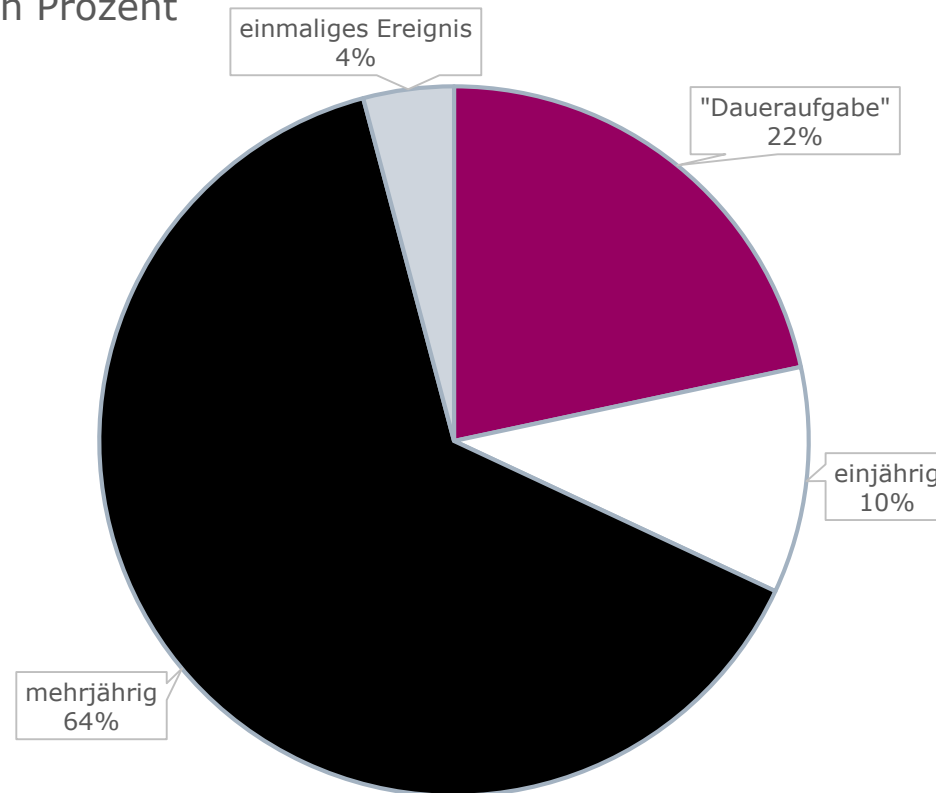
Berücksichtigung von Teilgruppen

Anteil an allen Maßnahmen in Prozent (Mehrfachauswahl)



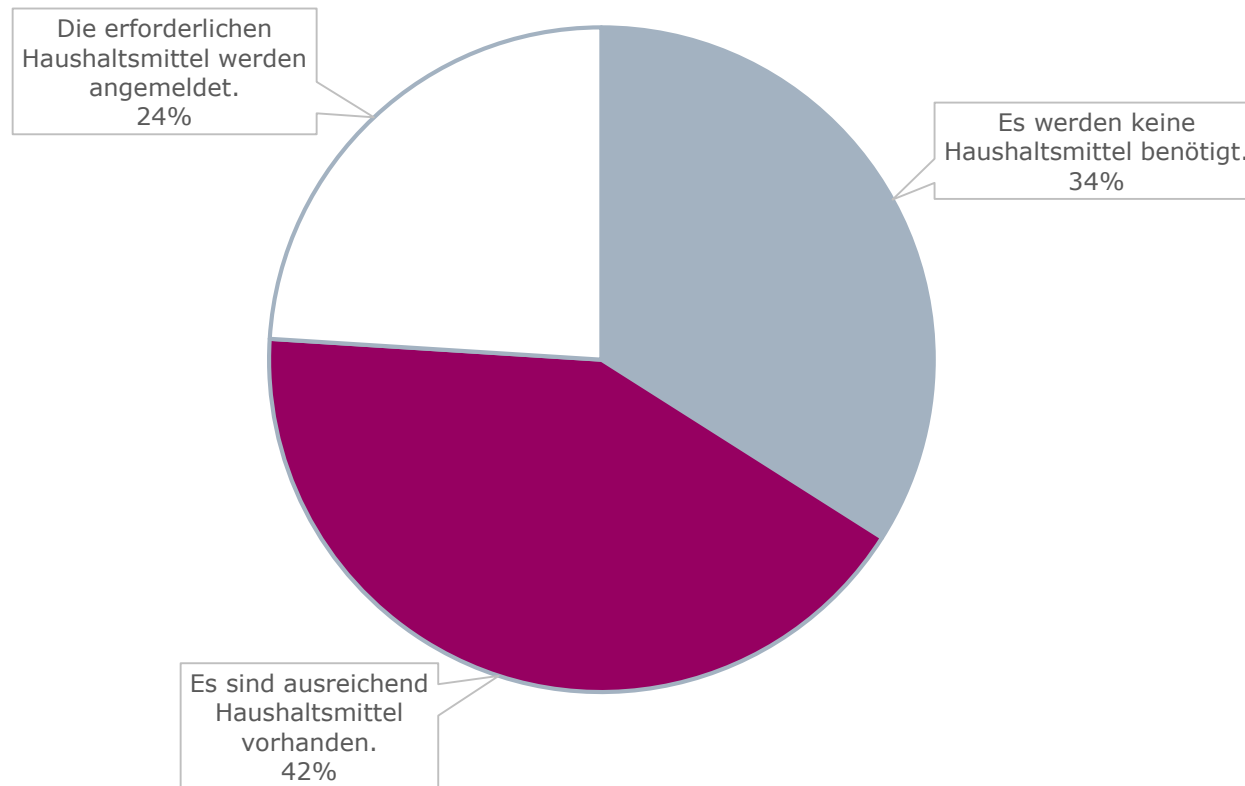
Laufzeit der Maßnahmen

Anteil an allen Maßnahmen in Prozent



Finanzierung der Maßnahmen

Anteil an allen Maßnahmen in Prozent



Agenda

1. Hintergrund
2. Fortschreibungskonzept
3. Maßnahmen im Überblick
4. Ausblick



Ausblick

- Umsetzung der Maßnahmen durch die fachlich Verantwortlichen aus den Ressorts bis 2027
- Umsetzungsfortschritt wird regelmäßig gemessen und in Form von Berichten veröffentlicht
- Austausch in der AG Inklusion und im sog. Begleitgremium



Ausblick

- Einsatz von Multiplikator*innen mit Behinderungen
- Digitalisierung geplant:
Erstellung einer Online-Datenbank
- langfristig:
dynamische Fortschreibung mit stärkerer Schwerpunktsetzung



Aktionsplan Inklusion 2024–2027

für ein barrierefreies
Niedersachsen

Schritte zur Umsetzung
der UN-Behindertenrechts-
konvention

Geschäftsstelle Aktionsplan Inklusion

0511/120-5873

Aktionsplan.Inklusion@ms.niedersachsen.de

www.ms.niedersachsen/inklusion



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung

Eckpunktepapier zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen

(Empfehlungen nach § 220 Absatz 4 SGB V)

Der Abbau von nicht notwendiger Bürokratie im Gesundheitswesen einschließlich der Langzeitpflege ist für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein wichtiges Anliegen und ein zentrales Projekt dieser Legislaturperiode. Ziel ist es, einen Ausgleich zu finden zwischen der **notwendigen Bürokratie** und dem nachvollziehbaren Anliegen, die für die **Erfüllung von Bürokratie verwendete Zeit stattdessen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten bzw. Pflegebedürftigen zu nutzen**. Darüber hinaus birgt die Entbürokratisierung auch erhebliche Potenziale, um die **gesundheitliche und pflegerische Versorgung** der Patientinnen und Patienten zu **stärken**.

Bürokratie dient vielfach **wichtigen Zwecken**, wie der Gewährleistung der Patientensicherheit, der Daseinsvorsorge, der koordinierten Patientensteuerung, der Sicherung der Qualität und Wissensvermittlung, der Transparenz und Nachvollziehbarkeit für die Beteiligten, aber auch der haftungsrechtlichen Absicherung der Leistungserbringer. Gleichzeitig ist deutlich geworden, dass über die letzten Jahrzehnte Regelungen und Anforderungen entstanden sind, die zu einem **Übermaß an Bürokratie** geführt haben. Zu viel Bürokratie, beispielsweise durch zu kleinteilige Dokumentationspflichten oder nicht erforderliche Doppelstrukturen, bindet ohne Notwendigkeit **wichtige zeitliche und personelle Ressourcen**, die ansonsten für die Versorgung von Patientinnen und Patienten bzw. Pflegebedürftigen zur Verfügung stünden. Der Bürokratieabbau im Gesundheitswesen einschließlich der Langzeitpflege muss daher dem **Spannungsverhältnis** zwischen dem Erhalt der unverzichtbaren Bürokratie auf der einen Seite und dem Abbau von nicht notwendiger Bürokratie auf der anderen Seite gerecht werden.

Auch die Regierungsparteien haben sich im **Koalitionsvertrag** für die Jahre 2021-2025 ausdrücklich zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen bekannt. Zur Umsetzung dieses Ziels hat das BMG in dieser Legislaturperiode bereits verschiedene Vorhaben auf den Weg gebracht. Beispielsweise wurden für die stationäre pädiatrische Versorgung vorübergehend die Abrechnungsprüfungen ausgesetzt und die Pädiatrie damit kurzfristig von bürokratischem Aufwand entlastet. Zudem wurde die Abschaffung des Präqualifizierungsverfahrens für apothekenübliche Hilfsmittel in Apotheken und der damit einhergehenden nicht erforderlichen Doppelprüfungen sowie die Einschränkung der sog. Null-Retaxation auf den Weg gebracht. Durch beide Maßnahmen werden die Apotheken langfristig von Bürokratie entlastet.

Bereits mit diesen Maßnahmen ist es gelungen, wichtige Schritte in Richtung einer Entbürokratisierung des Gesundheitswesens zu gehen. Gleichzeitig besteht weiterhin ein erheblicher Bedarf an einem Bürokratieabbau. Mit den Empfehlungen zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen, die das BMG nun vorlegt, wird dieser Weg fortgeführt. Die Empfehlungen betreffen dabei nahezu sämtliche Bereiche des Gesundheitswesens – vom **ambulanten und stationären Sektor**, über den **Arzneimittel- und Hilfsmittelbereich**, die **Langzeitpflege**, die **Digitalisierung** bis hin zu Maßnahmen mit einem **europäischem/internationalem Bezug**.

Für alle genannten Bereiche sind umfangreiche Maßnahmen vorgesehen, die unnötige Bürokratie abbauen und mehr Zeit für die Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie der Pflegebedürftigen schaffen. Neben Maßnahmen, die in dieser Legislaturperiode bereits auf den Weg gebracht wurden, befindet sich eine Vielzahl weiterer Maßnahmen derzeit in **laufenden Gesetzgebungsverfahren**, zum Beispiel im Digital-Gesetz und Gesundheitsdatennutzungsgesetz. Darüber hinaus sehen die Empfehlungen **umfangreiche zusätzliche Maßnahmen** vor, auf deren Grundlage das BMG **weitere konkrete Schritte** in Angriff nehmen wird, um den Abbau von nicht notwendiger Bürokratie im Gesundheitswesen voranzutreiben.

Das BMG wird zusätzlich zu den in den Empfehlungen aufgeführten Maßnahmen **fortlaufend prüfen**, an welchen Stellen im Gesundheitswesen nicht notwendige Bürokratie abgebaut werden kann.

Die Entbürokratisierung des Gesundheitswesens kann zudem nur dann erfolgreich sein, wenn sie durch die **Akteure des Gesundheitswesens gemeinsam** erfolgt. Vielfach beruht Bürokratie auch auf Vorgaben, die die Selbstverwaltung vereinbart und implementiert hat. Mithin ist die Selbstverwaltung ebenso aufgefordert, kritisch zu hinterfragen, welche Regelungen entbehrlich sind oder vereinfacht werden können, um bürokratischen Aufwand zu minimieren und damit das Ziel der Bundesregierung zu unterstützen.

Überblick über die Maßnahmen zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen

Maßnahmen in der ambulanten Versorgung

a) Geplante Maßnahmen/Empfehlungen

1. Ärztliche Bescheinigung bei der Erkrankung eines Kindes (§ 45 Absatz 1 SGB V)
2. Zusammenlegung verschiedener bisher getrennter Register (Ärzte-ZV und Zahnärzte-ZV)
3. Straffung der Regelungen zum Antragsverfahren für die Eintragung ins A/Z-Register und für die Zulassung (Ärzte-ZV und Zahnärzte-ZV)
4. Verlängerung des Zeitraums für genehmigungsfreie Vertretungen (Ärzte-ZV und Zahnärzte-ZV)
5. Möglichkeit der elektronischen Versendung von Unterlagen für Sitzungen des Zulassungsausschusses (Ärzte-ZV und Zahnärzte-ZV)
6. Prüfung von Maßnahmen in der Wirtschaftlichkeitsprüfung
7. Ausschlussfrist für Festsetzungen von Beratungen (Wirtschaftlichkeitsprüfungen)
8. Prüfung von Maßnahmen in der Abrechnungsprüfung
9. Digitale Teilnahme an Sitzungen der Beschwerdeausschüsse (Wirtschaftlichkeitsprüfungen)
10. Digitalisierung vertragsärztlicher Überweisungen
11. Reduzierung der Belastungen durch Vordrucke/Formulare
12. Abschaffung des zweistufigen Antragsverfahrens Kurzzeittherapie (Psychotherapie)
13. Vereinfachung oder Verzicht auf Konsiliarbericht bei überwiesenen Patienten (Psychotherapie)

b) Laufende Maßnahmen (in Umsetzung)

14. Einsatz von Telemedizin bei Blut- und Plasmaspenden

c) Bereits umgesetzte Maßnahmen

15. Direktbezug von Erythrozytenkonzentraten für Luftrettungsdienste
16. Vereinfachung des Sachkundenachweises bei Hyperimmunisierungsprogrammen

Maßnahmen in der stationären Versorgung

a) Geplante Maßnahmen/Empfehlungen

17. Entbürokratisierung im Rahmen der Krankenhausreform
18. Stellungnahme der Regierungskommission zum Bürokratieabbau
19. Abschaffung der Abrechnungsprüfungen in der stationären Kinder- und Jugendmedizin

b) Bereits umgesetzte Maßnahmen

- 20. Entbürokratisierende Maßnahmen bei Abrechnungs- und Strukturprüfungen (KHPfLEG)
- 21. Vereinfachung Verwaltungsabläufe bei der einzelfallbezogenen Erörterung (KHPfLEG)
- 22. Geltendmachung von Aufschlägen im Rahmen elektronischer Datenübertragung (KHPfLEG)
- 23. Vereinfachungen beim Pflegebudget (GKV-FinStG)

Maßnahmen für den Arzneimittelbereich

a) Geplante Maßnahmen/Empfehlungen

- 24. Einrichtung einer Bundes-Ethik-Kommission (Pharmastrategie)
- 25. Optimierung der Zulassungsbehörden BfArM und PEI (Pharmastrategie)
- 26. Integration des Strahlenschutzverfahrens (Pharmastrategie)
- 27. Ermöglichung dezentraler klinischer Prüfungen (Pharmastrategie)
- 28. Verkürzung der Bearbeitungszeiten bei mononationalen klinischen Prüfungen (Pharmastrategie)
- 29. Vereinfachungen der Kennzeichnung von Prüf- und Hilfspräparaten (Pharmastrategie)
- 30. Mustervertragsklauseln für klinische Prüfungen (Pharmastrategie)
- 31. Harmonisierung der Erteilung von Herstellungserlaubnissen/Verfahren und Auslegungen der Behörden (Pharmastrategie)
- 32. Vorhaltung von Räumlichkeiten Filialverbund (Bürokratieabbau in Apotheken)
- 33. Flexibilisierung von Herstellungs- und Prüfmöglichkeiten im Filialverbund (Bürokratieabbau in Apotheken)
- 34. Gestattung neuer Vertretungsmöglichkeiten (Bürokratieabbau in Apotheken)
- 35. Flexibilisierung der Öffnungszeiten von Apotheken (Bürokratieabbau in Apotheken)
- 36. Reduzierung der Belastung durch Betreiberpflichten bei Medizinprodukten
- 37. Reduzierung des Meldeturnus für Unternehmen im Betäubungsmittelrecht
- 38. Einführung des eBtM-Rezeptes/Digitalisierung des Verschreibungsprozesses

b) Laufende Maßnahmen (in Umsetzung)

- 39. Wegfall des Präqualifizierungsverfahrens für apothekenübliche Hilfsmittel (Bürokratieabbau in Apotheken)
- 40. Vereinfachung der Antragsstellung nach § 3 BtMG (Bürokratieabbau im Betäubungsmittelrecht)
- 41. Wegfall BtM-Rezept für Medizinalcannabis (Bürokratieabbau im Betäubungsmittelrecht)

- 42. Kein Sicherungsnachweis bei Erlaubnis für Medizinalcannabis (Bürokratieabbau im Betäubungsmittelrecht)
- 43. Abschaffung Abgabebelege für Cannabis (Bürokratieabbau im Betäubungsmittelrecht)
- 44. Wegfall der halbjährlichen Meldung für Cannabis (Bürokratieabbau im Betäubungsmittelrecht)
- 45. Abschaffung des Vergabeverfahrens bei Medizinal-Cannabis

c) Bereits umgesetzte Maßnahmen

- 46. Ausschluss von Retaxationen zulasten der Apotheken in bestimmten Fallgruppen

Maßnahmen in der Langzeitpflege

a) Geplante Maßnahmen/Empfehlungen

- 47. Vereinfachung von Formularen zur Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung
- 48. Vereinfachung des Meldeverfahrens und Verfahrens zur Ermittlung des regional üblichen Entlohnungsniveaus
- 49. Vereinheitlichung von Informations- und Auskunftspflichten für Bewerber für eine stationäre Langzeitpflegeversorgung
- 50. Digitales Verfahren zur Erhebung und zum Nachweis der Elterneigenschaft und der Anzahl berücksichtigungsfähiger Kinder

b) Laufende Maßnahmen (in Umsetzung)

- 51. Elektronische Pflegedokumentation (PUEG)
- 52. Beschleunigte Kommunikation bei Pflege-Begutachtungen (PUEG)
- 53. Qualitätsprüfungen im Zweijahresrhythmus für vollstationäre Einrichtungen mit hohem Qualitätsniveau (PUEG)

c) Bereits umgesetzte Maßnahmen

- 54. Verbesserung der Prüf- und Meldeverfahren zu den Regelungen zur Entlohnung nach Tarif in der Langzeitpflege (Pflegebonusgesetz)
- 55. Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege (PUEG)
- 56. Weiterentwicklung der Vorschriften zu Auskünften an Versicherte durch Pflegekassen (PUEG)

Maßnahmen im Hilfsmittelbereich

Geplante Maßnahmen/Empfehlungen

- 57. Abschaffung Präqualifizierungsverfahren für Vertragsärztinnen und -ärzte
- 58. Abschaffung Präqualifizierungsverfahren für voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen bei der Abgabe von aufsaugenden Inkontinenzmaterialien
- 59. Evaluation der Präqualifizierungspflicht für die Gesundheitshandwerke
- 60. Vereinfachung der administrativen Verfahren im Hilfsmittelbereich
- 61. Beschleunigung der Hilfsmittelversorgung von Kindern

Zusätzliche Maßnahmen im Bereich der Digitalisierung

a) Geplante Maßnahmen/Empfehlungen

- 62. Optimierung und Digitalisierung von Bonusheften
- 63. Automatische Datenmeldung an Krankenkassen für freiwillig gesetzlich Versicherte

b) Laufende Maßnahmen (in Umsetzung)

- 64. Nationale Datenzugangs- und Koordinierungsstelle (GDNG)
- 65. Weiterentwicklung der federführenden Datenschutzaufsicht (GDNG)
- 66. Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (DigiG)
- 67. Aufhebung der Mengenbegrenzung bei der Videosprechstunde (DigiG)
- 68. Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege

c) Bereits umgesetzte Maßnahmen

- 69. Digitalisierung von Antragsleistungen im Rahmen des Onlinezugangsgesetzes

Maßnahmen mit europäischem/internationalem Bezug

a) Geplante Maßnahmen/Empfehlungen

- 70. Streichung der Vorabgenehmigungspflicht für geplante Krankenhausbehandlungen in einem anderen EU-Staat, EWR-Staat oder der Schweiz (§ 13 Absatz 5 SGB V)

b) Laufende Maßnahmen (in Umsetzung)

- 71. Einführung einer Möglichkeit zum Verzicht auf die Gleichwertigkeitsprüfung im Anerkennungsverfahren (PflStudStG)
- 72. Vereinheitlichung der im Anerkennungsverfahren vorzulegenden Unterlagen (PflStudStG)

Maßnahmen zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen

1. Maßnahmen in der ambulanten Versorgung

Die Empfehlungen sehen verschiedene Maßnahmen vor, um die von nicht notwendiger Bürokratie ausgehende Belastung für die ambulanten Leistungserbringer abzubauen. Mit der Anpassung der Regelungen für die Vorlage einer **ärztlichen Bescheinigung bei der Erkrankung des Kindes** ist eine weitgehende Entlastung für kinderärztliche Praxen und Eltern vorgesehen, die insbesondere in Zeiten von hohen Infektionswellen eine wichtige Erleichterung für die Betroffenen darstellt. Zudem soll mit verschiedenen bürokratieentlastenden Maßnahmen das häufig zu bürokratische **Zulassungsverfahren** für Vertragsärztinnen und -ärzte sowie für Vertragszahnärztinnen und -ärzte entbürokratisiert werden. Daneben sehen die Empfehlungen auch Maßnahmen für den Ausbau der **Digitalisierung in der ambulanten Versorgung** sowie wichtige Entlastungen für den Bereich der **Psychotherapie** vor. Die Prüfung von Maßnahmen zum Bürokratieabbau im Rahmen der **Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung** ist ebenfalls vorgesehen.

a) Geplante Maßnahmen/Empfehlungen

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
Kind-krank-Bescheinigung			
1	Ärztliche Bescheinigung bei Erkrankung eines Kindes (§ 45 Abs. 1 SGB V) ab dem 4. Tag der Erkrankung	– Gemäß § 45 Abs. 1 SGB V haben Versicherte bei Erkrankung des Kindes unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Krankengeld, soweit dies durch ärztliches Zeugnis bescheinigt wird. – Die Pflicht zur Vorlage der Bescheinigung bereits am ersten Tag der Erkrankung des Kindes wird von Seiten der Ärzte und Eltern als großer Bürokratieaufwand wahrgenommen. – Ein Arztbesuch ist häufig zu diesem Zeitpunkt (noch) nicht notwendig und erfolgt in erster Linie aufgrund der Dokumentationspflicht zum Nachweis	Kinderärzte, Krankenkassen, Versicherte. Laut KBV könnten so bis zu zwei Drittel der derzeit ausgestellten 9 Mio. Bescheinigungen pro Jahr entfallen. Dies würde für Kinderarztpraxen eine Entlastung in Höhe von bis zu jährlich 450.000 Stunden (Bürokratiekosten von ca. 30 Mio. €) bedeuten.

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
		gegenüber Arbeitgeber und Krankenkasse zur Antragstellung auf Krankengeld nach § 45 SGB V. – Die ohnehin bereits belasteten Kinderärzte werden so zusätzlich gefordert. – Auch für Eltern erkrankter Kinder ergibt sich eine zusätzliche Belastung durch den erforderlichen Arztbesuch. – Umsetzung: Anpassung des § 45 SGB V, dass erst ab dem 4. Tag der Erkrankung des Kindes ein ärztliches Zeugnis notwendig ist.	
Bürokratieabbau im Zulassungsverfahren			
	Verordnung zur Änderung der Zulassungsverordnung (siehe Maßnahmen 2 bis 5)	– Im Referentenentwurf einer VO des BMG zur Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) und der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (Zahnärzte-ZV) sollen verschiedene bürokratieentlastende Maßnahmen (vgl. Maßnahmen 2 bis 5) vorgesehen werden. – Anders als im SGB V haben z.B. elektronische Abläufe bisher noch keinen Eingang in die Ärzte-ZV und Zahnärzte-ZV (Zulassungsverordnungen, ZVO) gefunden. Die ZVO gehen noch von rein papiergebundenen Verfahren aus, ohne die Entwicklung hin zu elektronischen Verfahren zu berücksichtigen. Dieser Entwicklung soll daher Rechnung getragen werden. – Ziel der Änderungsverordnung ist es, die ZVO zu modernisieren, Bürokratie für Ärzt:innen, Zahnärzt:innen, Psychotherapeut:innen Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen (K(Z)Ven) und Zulassungsausschüsse (ZA) abzubauen und an die aktuellen Erfordernisse und die vielfältiger gewordene Versorgungslandschaft anzupassen. – Umsetzung: Rechtsverordnungsverfahren.	K(Z)Ven/K(Z)BV. Zukünftige an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende (Zahn-) Ärzt:innen. Aktuell Teilnehmende (Zahn-)Ärzt:innen. Vertretende und zu vertretende (Zahn-) Ärzt:innen, KVen, Mitglieder des ZA, Patientenvertreter:innen, Ländervertreter:innen.
2	Zusammenlegung verschiedener bisher getrennter Register	– Für das (Zahn)Arztregister wird die digitale Registerführung vorgeschrieben und verschiedene Register werden zusammengeführt. – Die bisherige Verpflichtung der K(Z)Ven, neben dem (Zahn)Arztregister gesonderte Register über bestimmte Verfahren zu führen, wird weitgehend aufgehoben. – Das (Zahn)Arztregister wird um Angaben ergänzt, die für eine ordnungsgemäße Wahrnehmung und Erleichterung der Aufgaben der Zulassung, Sicherstellung und Bedarfsplanung erforderlich sind.	K(Z)Ven. Entbürokratisierungspotenzial zu diesem Zeitpunkt noch nicht bezifferbar.

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
3	Straffung der Regelungen zum Antragsverfahren für die Eintragung ins A/Z-Register und für die Zulassung	- Für die Anträge auf Eintragung in das (Zahn)Arztregister sowie für Zulassungsanträge haben die K(Z)Ven und die Zulassungsausschüsse elektronische Formulare im Internet zur Verfügung zu stellen, welche auch elektronisch übermittelt werden können. - Die Regelungen zu den Voraussetzungen für die Eintragung in das (Zahn)Arztregister und die Beantragung einer Zulassung werden neu strukturiert. - Angaben und Unterlagen, die dens K(Z)Ven bereits im Antragsverfahren zur Eintragung in das (Zahn)Arztregister vorgelegt wurden, müssen im Zulassungsverfahren nicht erneut vorgelegt werden.	K(Z)Ven, Zukünftige an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende (Zahn-)Ärzt:innen und Mitglieder des Zulassungsausschusses. Entbürokratisierungspotenzial zu diesem Zeitpunkt noch nicht bezifferbar.
4	Verlängerung des Zeitraums, in dem die genehmigungsfreie Vertretung einer Ärztin/eines Arztes möglich ist	- Durch die Ausweitung der Möglichkeiten zur Beschäftigung von Vertreter:innen sowie von Assistent:innen wird die (zahn)ärztliche Berufsausübung flexibilisiert. - Damit soll auch die Attraktivität der Niederlassung gestärkt werden. - Regelungen werden neu strukturiert und bestehende Rechtsunsicherheiten werden beseitigt.	K(Z)Ven, aktuell an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende (Zahn-)Ärzt:innen. Die Leistungserbringer sowie die K(Z)Ven werden bürokratisch entlastet, indem die krankheitsbedingte Vertretung erst nach sechs (statt bisher nach drei) Monaten genehmigungspflichtig wird.
5	Möglichkeit der elektronischen Versendung von Unterlagen für Sitzungen des Zulassungsausschusses (ZA)	Durch zusätzliche Möglichkeiten des Einsatzes von elektronischen Mitteln bei der Vorbereitung von Sitzungen des ZA und des Berufungsausschusses können – ebenso wie bei der Beschlussfassung – Verfahren vereinfacht oder beschleunigt werden.	Antragsteller:innen (aktuelle und zukünftige Vertragsärzt:innen) und Mitglieder des ZA. Entbürokratisierungspotenzial zu diesem Zeitpunkt noch nicht bezifferbar.
Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen			
6	Prüfung von Möglichkeiten zum Bürokratieabbau im Rahmen der	- Bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist zwischen den einzelnen Bereichen (ärztliche Leistungen, ärztlich verordnete Leistungen, insbesondere Arznei- und Heilmittel) zu unterscheiden. - Die ärztlichen Leistungen spielen im Vergleich zu den verordneten Leistungen eine untergeordnete Rolle, da es sich hier nur um Antrags-Prüfungen handelt	Prüfungsstellen, vertragsärztliche Leistungserbringer, KVen und Krankenkassen. Entbürokratisierungspotenzial zu diesem Zeitpunkt noch nicht bezifferbar.

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
	Wirtschaftlichkeitsprüfungen sowie Einführung einer Bagatellgrenze für den Bereich der Arznei- und Heilmittel	und in § 106a Absatz 2 SGB V konkrete Fallgestaltungen für die Antragsberechtigung vorgegeben sind. Für die verordneten Leistungen sehen einige Prüfvereinbarungen in den Ländern bereits heute Bagatellgrenzen vor, die jedoch sehr niedrig gehalten sind. Damit die Kosten des Prüfverfahrens in einem angemessenen Verhältnis zu der Höhe eines möglichen Regresses stehen, ist für den Arznei- und Heilmittelbereich eine Bagatellgrenze vorzusehen.	
7	Ausschlussfrist für Festsetzung von Beratungen wegen Verstoßes gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot von 4 auf 2 Jahren verkürzen	- Nach BSG-Rechtsprechung gilt für die Festsetzung von Beratungen wegen Unwirtschaftlichkeit, z. B. wegen Überschreitung des Richtgrößenvolumens, weiterhin eine Ausschlussfrist von 4 Jahren, während für die Festsetzung eines Regresses gesetzlich die Ausschlussfrist auf 2 Jahre verkürzt wurde. - Dies sollte gleichgezogen werden, damit die Planungssicherheit für Vertragsärztinnen und -ärzte weiter erhöht wird. - Umsetzung: Anpassung des § 106 SGB V.	Prüfungsstellen, vertragsärztliche Leistungserbringer, KVen und Krankenkassen. Entbürokratisierungspotenzial zu diesem Zeitpunkt noch nicht bezifferbar, vermutlich gering, da für die Beratung festgestellt sein muss, ob überhaupt ein Regress erfolgen könnte, für den die 2 Jahres-Frist gilt.
8	Prüfung von Möglichkeiten zur Begrenzung von Prüfanträgen im Rahmen der Abrechnungsprüfungen bei Vertragsärztinnen und -ärzten	- Nach § 106d Absatz 6 SGB V vereinbaren KBV und GKV-SV in Richtlinien das Nähere zu Inhalt und Durchführung von Abrechnungsprüfungen bei Vertragsärztinnen und -ärzten. - In dieser Richtlinie ist derzeit eine Bagatellgrenze von 30 Euro (je Betriebsstättennummer, Quartal und Krankenkasse) für die Antragsstellung vorgesehen. Bei der Festlegung der Bagatellgrenze galt es zu berücksichtigen, dass kleineren Krankenkassen, die nicht so viele Patienten bei einer Ärztin/einem Arzt haben, die Abrechnungsprüfung dennoch ermöglicht wird.	Prüfungsstellen, vertragsärztliche Leistungserbringer, KVen und Krankenkassen, KBV und GKV-SV Entbürokratisierungspotenzial zu diesem Zeitpunkt noch nicht bezifferbar.
9	Möglichkeit der digitalen Teilnahme an Sitzungen der Beschwerdeausschüsse	- Nach § 106c SGB V richten die Landesverbände der Krankenkassen sowie die KVen gemeinsame Beschwerdeausschüsse ein. - Das BMG kann durch Rechtsverordnung das Nähere zu den Voraussetzungen und dem Verfahren bestimmen. - Die Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung könnte dahingehend angepasst werden, dass die Beschwerdeausschüsse eine digitale Teilnahme (Videokonferenz) der Beteiligten (z.B. Leistungserbringer im Rahmen von mündlichen Anhörungen) ermöglichen können. - Umsetzung: Anpassung der Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung durch BMG.	Beschwerdeausschüsse, Landesverbände der Krankenkassen und KVen, Vertragsärzte. Entbürokratisierungspotenzial: Niedriger einstelliger Millionenbetrag.

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
Digitalisierung in der ambulanten Versorgung			
10	Ziel: Digitalisierung vertragsärztlicher Überweisungen	- Rd. 195 Mio. Überweisungen im Jahr verursachen lt. Bürokratieindex der KBV 2020, S. 16 einen Bürokratieaufwand von knapp 6 Mio. Stunden. - Der Rechtsrahmen für digitale vertragsärztliche Überweisungen existiert bereits heute. - Eine vollständige Digitalisierung der Überweisungen benötigt allerdings einen Vorlauf von mehreren Jahren. - Ebenso wurde der gematik bereits gesetzlich die Aufgabe zugewiesen, die notwendigen Maßnahmen zur Einführung von digitalen Überweisungen im Rahmen der Telematikinfrastruktur zu treffen. - Mit der Anwendung der Telematikinfrastruktur KIM (Kommunikation im Medizinwesen) besteht die Möglichkeit, Gesundheitsdaten zwischen Leistungserbringern (LE) mittels sicherem E-Mail Verfahren auszutauschen. KIM könnte deshalb für die Übertragung von digitalen vertragsärztlichen Überweisungen zwischen LE genutzt werden. - Weitere technische Grundlagen wie das elektronische Rezept oder der Medical Messenger (TIM) könnten hier perspektivisch genutzt werden. - Ziel: Das BMG strebt eine vollständige Digitalisierung der vertragsärztlichen Überweisungen an.	Selbstverwaltung (u.a. Vertragspartner BMV-Ä), Ärztinnen und Ärzte. Mit einer vollständigen Digitalisierung der vertragsärztlichen Überweisungen kann erheblich Bürokratie abgebaut werden. Bei einer konservativen Einschätzung von 10 % Aufwandsersparnis, würde es zu einer Einsparung von 60 Mio. Euro im Jahr kommen.
Reduzierung der Belastung durch Vordrucke/Formulare			
11	Reduzierung der Belastung von Ärzt:innen durch Vordrucke/Formulare	- Eindämmung • von nicht in der Vordruckvereinbarung des BMV-Ä vereinbarten Vordrucken • von vereinbarten Vordrucken, die dennoch in kassenunterschiedlicher Form verwendet werden - Nach § 87 Absatz 1 Satz 2 SGB V legen die Bundesmantelvertragspartner u.a. Regelungen zu Vordrucken und Nachweisen in der vertragsärztlichen Versorgung fest.	Bundesmantelvertragspartner. Entbürokratisierungspotenzial zu diesem Zeitpunkt noch nicht bezifferbar.

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
		- Dies ist in §§ 34 ff. BMV-Ä sowie in der Anlage 2 zum BMV-Ä (Vordruckvereinbarung) umfassend erfolgt. - Sofern die untergesetzlichen Normen nicht zu einer einheitlichen Praxis führen, ist es den Bundesmantelvertragspartnern möglich, die maßgeblichen Regelungen anzupassen. - Maßnahme ist u.a. auch ein Anliegen des BVKJ.	
Psychotherapie			
12	Abschaffung des 2-stufigen Antragsverfahrens bei der Kurzzeittherapie (Psychotherapie)	- Kurzzeittherapien umfassen bis zu 24 Therapieeinheiten. - Die Beantragungen erfolgen in 2 Schritten für jeweils ein Kontingent von 12 Therapieeinheiten. - Der Verzicht auf die 2. Stufe reduziert den bürokratischen Aufwand um 50%. - Umsetzung: durch G-BA oder gesetzliche Verpflichtung zur Anpassung der Psychotherapie-RL des G-BA und der Psychotherapievereinbarung.	G-BA, KBV und GKV-SV. Nach Angaben der KBV könnten bei Wegfall des zweiten Antrags für die Kurzzeittherapie basierend auf Schätzwerten etwa 120.000 Stunden Bürokratieaufwand oder Bürokratiekosten in Höhe von ca. 8 Mio. € pro Jahr eingespart werden.
13	Vereinfachungen beim Konsiliarbericht bzw. sogar bis hin zum Verzicht auf Konsiliarbericht bei ärztlich überwiesenen Patienten (Psychotherapie)	- Derzeit besteht eine redundante Übermittlung von Informationen, da insbesondere bei Patienten, die Psychotherapeuten mit einer ärztlichen Überweisung aufsuchen, die zusätzliche Pflicht zur Einholung eines Konsiliarberichts besteht. - Umsetzung: durch G-BA oder gesetzliche Verpflichtung zur Anpassung der Psychotherapie-RL durch G-BA, Prüfung Änderung § 28 Absatz 3 Satz 3 SGB V.	G-BA. Nach Angaben der KBV wären basierend auf Schätzwerten bei Wegfall des Konsiliarverfahrens bei ärztlicher Überweisung Einsparungen in Höhe von 140.000 Stunden oder 8,7 Mio. € zu erwarten. Laut KBV würden ca. 56% der Patientinnen und Patienten, die eine Therapie beginnen, hausärztlich überwiesen.

b) Laufende Maßnahmen (in Umsetzung)

Einsatz von Telemedizin bei Blut- und Plasmaspenden			
14	Einsatz von Telemedizin bei der Blut- und Plasmaspende	- Ermöglichung des Einsatzes der Telemedizin bei der Blut- und Plasmaspende. - Umsetzung: Änderung im Transfusionsgesetz (TFG) bereits erfolgt; begleitende Rechtsverordnung des BMG derzeit in Vorbereitung.	Auf Grund der Änderung müssen künftig Ärztinnen und Ärzte nicht mehr zwingend persönlich und vor Ort im Spendezentrum

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
			anwesend sein. Die ärztliche Leistung kann dann auch telemedizinisch erbracht werden. Dies erspart den Spendediensten entsprechende Verträge mit den Ärztinnen und Ärzten, und Spendetermine können einfacher und mit weniger Aufwand organisiert werden. Eine Bezifferung des Einsparpotenzials ist derzeit noch nicht möglich, da es noch keine Anwendungsfälle gibt.

c) Bereits umgesetzte Maßnahmen

Direktbezug von Erythrozytenkonzentraten für Luftrettungsdienste			
15	Änderung Vertriebsweg Erythrozytenkonzentrate für Luftrettungsdienste	– Ermöglichung des Direktbezugs von Erythrozytenkonzentraten für Luftrettungsdienste. – Umsetzung: Änderung § 47 AMG.	Entbürokratisierungspotenzial zu diesem Zeitpunkt noch nicht bezifferbar. Grundsätzlich erspart die Änderung den Luftrettungsdiensten Einzelverträge mit Ärztinnen und Ärzten oder eine Großhandelsgenehmigung, die für einen Bezug der Arzneimittel ansonsten erforderlich wäre.
Vereinfachung des Sachkundenachweises bei Hyperimmunisierungsprogrammen			
16	Vereinfachung des Sachkundenachweises bei Hyperimmunisierungsprogrammen	– Der Sachkundenachweis für Ärztinnen und Ärzte, die Programme zur Gewinnung von Hyperimmunplasma durchführen möchten, wurde vereinfacht. – Anstelle der bisher notwendigen Vorerfahrung in diesem Bereich genügt auch eine mindestens zweijährige Erfahrung in einer anderen, vergleichbar qualifizierenden Tätigkeit. – Umsetzung: Änderung des § 15 AMG.	Entbürokratisierungspotenzial zu diesem Zeitpunkt noch nicht bezifferbar. Der Zugewinn durch die Änderung besteht hauptsächlich darin, dass künftig überhaupt wieder Hyperimmunisierungsprogramme in DEU durchgeführt werden können. Bislang konnte in Ermangelung solcher Programme eine Vorerfahrung von Ärztinnen und Ärzten genau in diesem Bereich in DEU nicht erworben werden.

2. Maßnahmen in der stationären Versorgung

Eines der zentralen Ziele der **Krankenhausreform** ist die Entbürokratisierung der stationären Versorgung. Dieses Ziel wurde zwischen Bund, Regierungsfractionen und 14 Ländern im Eckpunktepapier für die Krankenhausreform vom 10. Juli 2023 geeint. Die im **Eckpunktepapier vorgesehenen Maßnahmen**, wie die Integration des Fixkostendegressionsabschlags in die Vorhaltevergütung und die Vereinheitlichung der derzeitigen Prüfungen durch die Medizinischen Dienste (MD) mit den zukünftigen verbindlichen Prüfungen der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen, sind nun auch Bestandteil des Erarbeitungsprozesses für einen Gesetzentwurf zur Krankenhausreform. Mit diesen Maßnahmen sollen wichtige Schritte für einen Bürokratieabbau gegangen werden. Auch durch die im Entwurf des **Krankenhaustransparenzgesetzes** vorgesehene Veröffentlichung von Daten über das Leistungsangebot und die Qualität der stationären Versorgung können perspektivisch Berichterstattungspflichten für Krankenhäuser und damit auch weiterer bürokratischer Aufwand entfallen. Darüber hinaus arbeitet die **Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung** an **Empfehlungen zum Bürokratieabbau**, die als Grundlage für weitere Schritte zum Bürokratieabbau in der stationären Versorgung dienen werden. Zusätzlich ist es dem BMG ein wichtiges Anliegen, die bürokratischen Belastungen in der **stationären Kinder- und Jugendmedizin** erheblich zu reduzieren. Nach der vorübergehenden Aussetzung der Abrechnungsprüfungen in der stationären Kinder- und Jugendmedizin im Winter 2022/23 soll nun mit einer **dauerhaften Abschaffung der Abrechnungsprüfungen** eine nachhaltige und langfristige Entlastung von Bürokratie erreicht werden.

a) Geplante Maßnahmen/Empfehlungen

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
Krankenhausreform			
17	Entbürokratisierung im Rahmen der Krankenhausreform	– Eines der zentralen Ziele der Krankenhausreform ist die Entbürokratisierung. – In dem zwischen Bund und Ländern vereinbarten Eckpunktepapier und dem Erarbeitungsprozess für einen entsprechenden Gesetzentwurf sind zum jetzigen Zeitpunkt insbesondere die nachfolgenden Maßnahmen für einen Bürokratieabbau in der stationären Versorgung vorgesehen.	Zu- und Abschläge. Leistungserbringer (Krankenhäuser); Kostenträger: Durch die Integration des Fixkostendegressionsabschlags in die Vorhaltevergütung und den Wegfall des Zuschlags

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
		- Aufgrund des noch laufenden Erarbeitungsprozesses stehen die Maßnahmen derzeit noch unter Vorbehalt. • Integration des Fixkostendegressionsabschlag in die Vorhaltevergütung. • Überführung des Zuschlags für ländliche Krankenhäuser in zusätzliche Mittel für die Bereiche Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin. • Vereinheitlichung aktueller Prüfungen des Medizinischen Dienstes zu stationären Strukturen und zukünftiger verbindlicher Prüfungen der Qualitätskriterien; Einführung einer MD-Datenbank zu geprüften Strukturen, um Krankenhäuser zu entlasten. - Die bestehenden Prüfungen zu stationären Strukturen und neu einzuführende Prüfungen der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen durch die Medizinischen Dienste in den Krankenhäusern sind auf Synergieeffekte hin zu überprüfen. - Eine Integration der Prüfungen könnte zu einer Bürokratieentlastung für die Beteiligten führen und Doppelprüfungen vermeiden. - Die Kommunikation zwischen den Medizinischen Diensten und den Krankenhäusern soll dem Grundsatz nach auf elektronischem Weg erfolgen. - Im Hinblick auf die im Rahmen des Krankenhaustransparenzgesetzes (KHTG) vorgesehene Veröffentlichung von Daten über das Leistungsangebot und Qualitätsaspekte des stationären Versorgungsgeschehens in einem Transparenzverzeichnis im Internet soll die Qualitätsberichterstattung der Krankenhäuser laufend dahingehend geprüft werden, ob perspektivisch einzelne Berichtspflichten entfallen können, um die Krankenhäuser von zu hoher Bürokratie zu entlasten.	für ländliche Krankenhäuser entstehen für Krankenhäuser und Kostenträger Entlastungen im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlungen. Prüfungen zu stationären Strukturen: Medizinische Dienste und Krankenhäuser. Durch die Vereinheitlichung und Zusammenlegung von Prüfungen werden die Betroffenen in zeitlichem Umfang entlastet. MD Bund soll hierzu standortbezogene Datenbank aufbauen und pflegen, um Krankenhäuser zu entlasten. Denkbar ist zum Beispiel ein Verzicht auf Berichtsteile zu ärztlichem und pflegerischem Personal: Wegfall von Bürokratiekosten von ca. 148.000 Euro (Erfassung und Übermittlung der Daten jeweils 1,16 Stunden mit Lohnkosten von 33,90 Euro je Stunde bei 1.890 Krankenhäusern).
Stellungnahme der Regierungskommission			
18	Stellungnahme der Regierungskommission zum Bürokratieabbau	- Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung arbeitet derzeit an einer Stellungnahme zum Bürokratieabbau in der Krankenhausversorgung.	Entbürokratisierungspotenzial zu diesem Zeitpunkt noch nicht bezifferbar.

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
		– Im Rahmen dessen wird sie verschiedene Maßnahmen vorschlagen, auf deren Grundlage das BMG dann weitere Schritte zum Bürokratieabbau vorsieht.	
Abrechnungsprüfungen in der stationären Kinder- und Jugendmedizin			
19	Abschaffung der Abrechnungsprüfungen in der stationären Kinder- und Jugendmedizin	– Als Reaktion auf die durch die ansteigenden Infektionswellen stark überlastete stationäre Kinder- und Jugendmedizin wurden die Abrechnungsprüfungen des MD im Winter 2022/2023 vorübergehend ausgesetzt. – Durch die Reduzierung des ansonsten mit den Abrechnungsprüfungen für die Krankenhäuser einhergehenden Bürokratieaufwandes konnte eine wesentliche Entlastung für die Pädiatrie erreicht werden. – Durch eine Abschaffung der Abrechnungsprüfungen kann die stationäre Kinder- und Jugendmedizin nachhaltig von Bürokratie entlastet werden. – Umsetzung: Anpassung des § 275c SGB V.	Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche stationär versorgen, würden von Bürokratieaufwand entlastet werden. Zudem entsprechend positive und entlastende Auswirkungen auf den Arbeitsalltag. Unter der Annahme, dass eine mitarbeitende Person (durchschnittlicher Lohnkostensatz der Wirtschaft in Höhe von 33,90 Euro) im Krankenhaus bis zu 60 Minuten für die Bearbeitung eines Falles, für den eine Prüfung eingeleitet wurde, benötigt und die Prüfquote 5 Prozent (Annahme) beträgt, würde sich das Entbürokratisierungspotenzial auf einen niedrigen einstelligen Millionenbetrag belaufen.

b) Bereits umgesetzte Maßnahmen

Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG)			
20	Entbürokratisierende Maßnahmen in Bezug auf Abrechnungs- und Strukturprüfungen	– Das Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (KHPfLEG) vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I. S. 2793) hat zur Rechts- und Verwaltungsvereinfachung beigetragen, indem eine Erleichterung bei der Prüfung von Strukturmerkmalen in Fällen eingeführt wurde, in denen Krankenhäuser Leistungen erstmals oder nach einer Unterbrechung erneut	Erleichterung bei der Strukturprüfung: Krankenhäuser und Medizinische Dienste. Jährliche Entlastungen.

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
		erbringen wollen (Einführung eines Anzeige-/Antragsverfahrens im Vergleich zum vorher geltenden zweizeitigem Prüfverfahren).	
21	Vereinfachung der Verwaltungsabläufe im Rahmen der einzelfallbezogenen Erörterung	Die Übermittlung der durch die Medizinischen Dienste bei den Krankenhäusern erhobenen Daten und Unterlagen an die Krankenkassen trägt bei diesen auch zu einer Vereinfachung der Verwaltungsabläufe im Rahmen der einzelfallbezogenen Erörterung bei.	Übermittlung von Unterlagen von Medizinischen Diensten an Kostenträger für einzelfallbezogene Erörterungen. Im Jahr 2022 wurden rund 7.000 Erörterungsverfahren durchgeführt, sodass nachfolgende Entlastungen nun quantifiziert werden können. Krankenhäuser: Entlastung durch Wegfall der Übermittlungspflicht in Höhe von rund 240.000 Euro (1 Stunde pro Erörterung à 33,90 Euro als durchschnittlicher Lohnkostensatz der Wirtschaft). Kostenträger: Entlastung durch Verzicht auf Prüfung und Nachfragen bei Krankenhäusern in Höhe von rund 160.000 Euro (halbe Stunde pro Erörterung à 45,20 Euro als durchschnittlicher Lohnkostensatz der Sozialversicherung).
22	Geltendmachung von Aufschlägen im Rahmen einer elektronischen Datenübertragung	Mit dem Gesetz war eine weitere Rechts- und Verwaltungsvereinfachung verbunden, indem die Aufschläge auf beanstandete Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen nicht mehr durch Verwaltungsakt, sondern im Rahmen der elektronischen Datenübertragung geltend gemacht werden können.	Abwicklung der Aufschläge im Wege der elektronischen Datenübertragung führt zu einer Entlastung für Krankenhäuser. Zudem führt die Maßnahme zu einer Entlastung für Kostenträger in Höhe von 80 Euro je Fall.
GKV-Finanzstabilisierungsgesetz			
23	Vereinfachungen beim Pflegebudget zur Streitreduktion mit dem Ziel der Verschlinkung von Budgetverhandlungen	- Mit dem Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsg) vom 7. November 2022 (BGBl. I. S. 1990) wurden die über das Pflegebudget zu finanzierenden Pflegepersonalkosten neu definiert und präzisiert. Zur Umsetzung ist auch eine Neuausgliederung der Pflegepersonalkosten vorzunehmen. - Diese Maßnahmen führen in der Folge zu einer Vermeidung von Streitigkeiten der Vertragsparteien auf der Ortsebene und zu einer beschleunigten und vereinfachten Verhandlung der Pflegebudgets.	Krankenhäuser und Kostenträger: Durch den neuen Zuschnitt der Pflegepersonalkostenausgliederung können ab 2024 Streitigkeiten vermieden und Entlastungen bei den Verhandlungen erreicht werden.

3. Maßnahmen für den Arzneimittelbereich

Im Zentrum der Empfehlungen zum Bürokratieabbau im Arzneimittelbereich stehen die im Rahmen der **Pharmastrategie bzw. des Medizinforschungsgesetzes** vorgesehenen Maßnahmen, von denen jeweils erhebliche entbürokratisierende Wirkungen ausgehen. Neben weitgehenden **organisatorischen Veränderungen**, wie der Einrichtung einer Bundes-Ethik-Kommission beim BfArM und der Integration des strahlenschutzrechtlichen Verfahrens in das arzneimittelrechtliche Genehmigungsverfahren, sind eine Vielzahl weiterer **konkreter Vereinfachungen** vorgesehen, wie beispielsweise die Kennzeichnung von Prüf- und Hilfspräparaten auf Englisch. Mit den Maßnahmen sollen die Rahmenbedingungen für die **klinischen Prüfungen** und die **Zulassung von Arzneimitteln** erheblich verbessert und eine bedeutende Reduzierung von Bürokratie erreicht werden. Zudem wurden mit dem im Juli dieses Jahres in Kraft getretenen **Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz** (ALBVVG) und den darin vorgesehenen Maßnahmen, wie der Abschaffung des Präqualifizierungsverfahrens für apothekenübliche Hilfsmittel und der Einschränkung der Null-Retaxation, bereits wichtige Maßnahmen zum **Bürokratieabbau in Apotheken** auf den Weg gebracht. Mit weiteren Maßnahmen, die **zusätzliche Entlastungen von Bürokratie für Apothekerinnen und Apotheker** vorsehen, soll dieser Weg nun fortgesetzt werden. Darüber hinaus sind weitere Maßnahmen für die Bereiche der **Medizinprodukte** sowie im **Betäubungsmittelrecht** vorgesehen.

a) Geplante Maßnahmen/Empfehlungen

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
Pharmastrategie/Medizinforschungsgesetz			
	Maßnahmen mit entbürokratisierender Wirkung im Rahmen der Pharmastrategie/des Medizinforschungsgesetzes (vgl. Maßnahmen 24 – 31)	– Im Rahmen der Pharmastrategie sind umfassende Maßnahmen (vgl. Maßnahmen 24 – 31) vorgesehen, die auch zu einer Entbürokratisierung von Verfahren führen. – Durch die Maßnahmen werden die Rahmenbedingungen für klinische Prüfungen und Zulassungen von Arzneimitteln verbessert. – Neben umfangreichen organisatorischen Veränderungen, wie der Einrichtung einer Bundes-Ethik-Kommission mit Geschäftsstelle beim BfArM, einer	Pharmazeutische Industrie und Forschungseinrichtungen, Patientinnen und Patienten.

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
		zentralen Zuständigkeit des BfArM für Arzneimittel mit Ausnahme von Impfstoffen und Blutprodukten (Zuständigkeit des PEI) und der Integration des strahlenschutzrechtlichen Verfahrens in das arzneimittelrechtliche Genehmigungsverfahren für klinische Prüfungen, sind auch konkrete Vereinfachungen vorgesehen, beispielsweise die Kennzeichnung von Prüf- und Hilfspräparaten auf Englisch und die Ergänzungen eines Sondervertriebsweges an Prüfungsteilnehmerinnen und -teilnehmer.	
24	Errichtung einer Bundes-Ethik-Kommission (BEK)	– Klinische Prüfungen von Arzneimitteln bedürfen der Bewertung durch eine Ethik-Kommission. – Derzeit erfolgt die Bewertung durch eine der gut 30 registrierten Ethik-Kommissionen der Länder. – Neu: Errichtung einer Bundes-Ethik-Kommission, zunächst für ausgewählte, besonders dringliche und anspruchsvolle Verfahren und schrittweise Erweiterung. – Bündelung der Fachkompetenz für diese besonderen Studientypen in einer spezialisierten Ethik-Kommission.	Entbürokratisierungspotenzial zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht bezifferbar. Der vfa sieht bei seinem Vorschlag zur Reduktion/Harmonisierung der Ethik-Kommissionen ein Entlastungspotential von 10 auf einer Skala von 1-10.
25	Optimierung der Zulassungsbehörden BfArM und PEI/Neuregelungen der Zuständigkeiten	– Derzeit bestehen unklare Zuständigkeiten, insbesondere bei neuen innovativen Kombinationstherapien sowie zu unterschiedlichen Wertungen in derselben Indikation. – Künftig soll die zentrale Zuständigkeit für alle Arzneimittel mit Ausnahme von Impfstoffen und Blutprodukten beim BfArM liegen.	Aufwandsreduktion bei der Antragstellung und Beratung zeitlich und finanziell noch nicht quantifizierbar, da schrittweise Umsetzung durch neue Stabsstelle Pharma; im ersten Schritt muss die Stabsstelle Pharma die betreffenden Verfahren bestimmen und die neuen Abläufe festlegen. Die endgültigen Regelungen der Zuständigkeitsverteilung erfolgen dann im Wege einer weiteren gesetzlichen Änderung.
26	Integration des Strahlenschutzverfahrens in das Genehmigungsverfahren klinischer Prüfungen von Arzneimitteln	– Derzeit bedarf es zwei Verfahren bei klinischen Prüfungen von Arzneimitteln mit radioaktiven Stoffen oder ionisierender Strahlung am Menschen ○ Antrag auf Genehmigung der klinischen Prüfung bei BfArM/PEI ○ Und strahlenschutzrechtliche Anzeige oder Genehmigungsantrag beim Bundesamt für Strahlenschutz (BfS).	Der vfa sieht ein Entlastungspotential von 10 auf einer Skala von 1-10.

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
		– Zukünftig soll das strahlenschutzrechtlichen Anzeigeverfahrens (85 %) und Genehmigungsverfahrens (15 %) in das arzneimittelrechtliche Genehmigungsverfahren integriert werden.	
27	Ermöglichung dezentraler klinischer Prüfungen	– Dezentrale klinische Prüfungen bedeuten, dass Teile der klinischen Prüfung nicht klassisch im Prüfzentrum stattfinden, sondern direkt bei den Prüfungsteilnehmerinnen und -teilnehmern. – Erforderlich ist eine direkte Abgabe der Arzneimittel an Prüfungsteilnehmerinnen und -teilnehmer. – Ziel ist es, mit der Maßnahme unbürokratische, patientenfreundliche klinische Prüfungen zu erreichen.	Erleichterungen für Prüfungsteilnehmerinnen und -teilnehmer (weniger Wege, Ermöglichung der Teilnahme mobilitätseingeschränkter Personen) und für Prüfzentren (weniger Aufwand hinsichtlich Empfang, Lagerung, Abgabe der Prüfartzneimittel und Betreuung der Prüfungsteilnehmer im Prüfzentrum).
28	Verkürzung der Bearbeitungszeiten bei mononationalen klinischen Prüfungen	– Die Bewertung mangelfreier Anträge auf die Genehmigung mononationaler klinischer Prüfungen soll regelmäßig innerhalb von 26 Tagen erfolgen. – Entscheidung über den Antrag innerhalb von 5 Tagen.	Entbürokratisierungspotenzial zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht bezifferbar. Zeitgewinn für die forschende Industrie von bis zu 19 Tagen.
29	Vereinfachungen der Kennzeichnung von Prüf- und Hilfspräparaten	– Bisher besteht die Pflicht zur Kennzeichnung von Prüf- und Hilfspräparaten auf Deutsch; zudem besteht die Möglichkeit der zusätzlichen Kennzeichnung auf Englisch. – Ermöglichung der Kennzeichnung nur in englischer Sprache bei Prüf- und Hilfspräparaten, die ausschließlich in den Händen der Prüfärztinnen und Prüfärzte oder ärztlichen Mitgliedern des Prüfteams verbleiben und von diesen verabreicht werden. – Ziel ist eine administrative Entlastung der Forschenden. – Sicherheit der Prüfungsteilnehmerinnen und -teilnehmer bleibt gewährleistet.	Entbürokratisierungspotenzial zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht bezifferbar. Eine Entlastung ergibt sich für größere Sponsoren multinationaler klinischer Prüfungen, insbesondere auch im Bereich des Umetikettierens gefrorener Prüfpräparate.
30	Mustervertragsklauseln für klinische Prüfungen	– Bekanntmachung praxistauglicher Mustervertragsklauseln für die Verträge zwischen Sponsoren, Prüfzentrum und Dritten durch das BMG. – Zielt auf eine Beschleunigung des Beginns genehmigter klinischer Prüfungen ab.	Nach Angaben des BfArM kann sich ein nicht näher bezifferbares Einsparpotential für die industriellen Sponsoren ergeben. Nach Angaben des PEI könnten zudem akademische, unerfahrene Sponsoren profitieren.

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
31	Harmonisierung der Erteilung von Herstellungserlaubnissen und der Verfahren und Auslegungen der Behörden	– Harmonisierung bei der Auslegung technischer Anforderungen, insbesondere im Bereich der innovativen Arzneimittel wie den Gen- und Zelltherapien und individualisierter Arzneimittel. – Stärkung der Rolle der Bundesoberbehörden im Bereich der Herstellungserlaubnisse.	Pharmazeutische Industrie. Entbürokratisierungspotenzial zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht bezifferbar.
Bürokratieabbau in Apotheken			
	Überprüfung der regulatorischen Anforderungen an Apotheken (vgl. Maßnahmen 32 – 35)	– Überprüfung der regulatorischen Anforderungen an Apotheken mit dem Ziel der Sicherstellung der flächendeckenden Arzneimittelversorgung, der Fachkräftesicherung sowie der Anpassung an aktuelle Anforderungen. – Zum Bürokratieabbau in Apotheken sind verschiedene Maßnahmen vorgesehen (vgl. Maßnahmen 32 – 35).	Apotheken. Gesamteinsparungen von ca. 9 Mio. € jährlich.
32	Vorhaltung von Räumlichkeiten entsprechend der im Filialverbund durchgeführten Tätigkeiten	– Vorhalten von Räumlichkeiten nur entsprechend der im Filialverbund durchgeführten Tätigkeiten, d.h. ggf. nur Vorhaltung von einem Labor, Herstellungsplatz und Notdienstzimmer pro Verbund.	Erleichterung im Wesentlichen für Apothekenneugründungen, da bei bestehenden Filialen vorhanden. Angenommen werden Einsparungen für die entsprechende Ausstattung i.H.v. ca. 20.000 €, bei ca. 100 jährlich neu gegründeten Filialapotheken entsprechend 2 Mio. €. Einsparungen für Raumerwerbs- oder -mietkosten kommen hinzu, sind allerdings nicht bezifferbar.
33	Flexibilisierung von Herstell- und Prüfmöglichkeiten im Filialverbund	– Flexibilisierung von Herstell- und Prüfmöglichkeiten im Filialverbund, d.h. Durchführung nur durch eine Apotheke pro Verbund.	Kosteneinsparungen bei bestehenden Filialen für Ersatzbeschaffungen, Nacheichungen etc. in Labor und Rezeptur von ca. 1500 € p.a., soweit von allen derzeit existierenden 4.700 Filialapotheken genutzt bis zu 7 Mio. € p.a.
34	Gestattung neuer Vertretungsmöglichkeiten	– Gestattung neuer Vertretungsmöglichkeiten durch PTA in Filialen bei Nutzung von Videokonsultationen.	Soweit dadurch weniger höher qualifiziertes Personal eingesetzt wird, ergeben sich entsprechende Einsparungen.

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
35	Öffnungszeiten von Apotheken	– Flexibilisierung von Öffnungszeiten.	Grundsätzlich ergibt sich hierdurch ein Einsparpotenzial für den Nichteinsatz des benötigten Personals.
Betreiberpflichten bei Medizinprodukten			
36	Reduzierung von Belastungen durch die Übernahme der Betreiberpflichten nach der MPBetreibV	– Gemäß § 3 Absatz 2 MPBetreibV übernehmen Krankenkassen die Betreiberpflichten von Medizinprodukten, die aufgrund einer Verordnung einer Ärztin bzw. eines Arztes an den Versicherten überlassen werden. – Leistungserbringer können vertraglich zur Übernahme der Aufgaben herangezogen werden. – Kritisiert wird der große Bürokratieaufwand, etwa bei der Dokumentation der Einweisung (elektrische Milchpumpe, Hörgeräte, elektrische Medikamentenvernebler, Schlafapnoetherapiegeräte, Blutzuckermessgeräte, elektrische Fieberthermometer), der Führung und Aufbewahrung eines Medizinproduktebuches oder Bestandsverzeichnis (Schlafapnoe-Therapiegeräte, Blutdruckmessgeräte) und der Durchführung von messtechnischen Kontrollen von sog. Massenprodukten (Laien-Blutdruckmessgerät)	Leistungserbringer/ Krankenkasse. Die Aufhebung der Pflicht zur Durchführung von messtechnischen Kontrollen führt nach Schätzung des AOK Bundesverbandes zu einer Entlastung von 8,5 Mio. Euro jährlich bei den Krankenkassen.
Meldepflichten für Unternehmen im Betäubungsmittelrecht			
37	Reduzierung des Meldeturnus von Unternehmen nach § 18 BtMG auf einmal pro Jahr	– Bisher sind Unternehmen mit einer Erlaubnis zum Verkehr mit Betäubungsmittel nach § 18 Absatz 1 und 3 BtMG verpflichtet, halbjährlich die in § 18 Absatz 1 BtMG vorgesehenen Angaben an das BfArM zu melden. – Zur Entlastung der betroffenen Unternehmen soll der Meldeturnus auf einmal jährlich reduziert werden.	Unternehmen. Es ist mit Synergieeffekten in den Arbeitsabläufen der Unternehmen zu rechnen, wenn zukünftig nur noch einmal im Jahr alle meldepflichtigen Tatbestände zusammengefasst werden müssen.

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
Einführung eBtM-Rezept/Digitalisierung des Prozesses			
38	Prüfung einer Einführung des eBtM-Rezeptes und Digitalisierung des Prozesses	Umstellung des bisherigen BtM-Rezeptes mit Durchschlägen auf einen digitalisierten Verschreibungsprozess einschließlich digitaler Nachweisführung.	Ärzte und Apotheken, Patientinnen und Patienten, gesetzliche Krankenversicherung sowie die jeweiligen Überwachungsbehörden. Es entfällt zukünftig die Versendung von BTM-Rezepten in Papier. Für die Versendung der BtM-Rezepte entstehen dem BfArM Kosten von ca. 11 Euro/Päckchen (130 BtM-Rezepte). Bei ca. 16 Mio. BtM-Rezepte/Jahr werden ca. 1,35 Mio. € eingespart.

b) Laufende Maßnahmen (in Umsetzung)

Präqualifizierungsverfahren für apothekenübliche Hilfsmittel (Bürokratieabbau in Apotheken)			
39	Wegfall des Präqualifizierungsverfahrens für apothekenübliche Hilfsmittel in Apotheken	- Das Präqualifizierungsverfahren nach § 126 SGB V entfällt für apothekenübliche Hilfsmittel, die von Apotheken abgegeben werden. - Da die Voraussetzungen für die Teilnahme an der Belieferung dieser Hilfsmittel bereits mit einer bestehenden Apothekenbetriebserlaubnis erfüllt sind (u.a. behördliche Prüfung von geeigneten Räumen, Qualifikation der Apothekenmitarbeiter), kam es durch die zusätzlichen Präqualifizierungsverfahren zu nicht notwendigen Doppelprüfungen und damit zu unnötiger Bürokratie. - Welche Hilfsmittel als apothekenüblich gelten, verhandelt die Selbstverwaltung.	Die Maßnahme betrifft und entlastet Apotheken und Krankenkassen. Die Apotheken werden in Höhe von ca. 12 Mio. € entlastet.

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
Bürokratieabbau im Betäubungsmittelrecht			
40	Vereinfachung der Antragstellung nach § 3 BtMG – Verzicht auf doppelte Ausfertigung des Antrags	- Nach § 7 BtMG ist der Antrag in doppelter Ausfertigung zu stellen. - Die doppelte Ausfertigung diene dazu, dass das BfArM der zuständigen obersten Landesbehörde eine Ausfertigung übersendet. - Dabei wird es von BfArM und den Landesbehörden als ausreichend erachtet, wenn das BfArM über das Ergebnis des Antragsverfahrens informiert.	Unternehmen, BfArM, Landesbehörden. Hier sind durchschnittliche Einsparungen von insgesamt bis zu ca. 12.000 €/Jahr bei den Unternehmen zu erwarten.
41	Wegfall BtM-Rezept für Medizinal-Cannabis	- Mit dem Cannabisgesetz soll Medizinalcannabis aus dem BtMG ausgenommen werden. - In der Folge würde insbesondere die Verpflichtung zur Verschreibung auf einem Betäubungsmittelrezept entfallen.	Ärzte, Apotheken, Überwachungsbehörden. Es entfallen ca. 800 000 BtM-Rezepte pro Jahr. Der eingesparte Aufwand bei den Apotheken ist auf ca. 2,25 Mio. €, bei den Arztpraxen auf ca. 719 000 € und beim BfArM auf ca. 88 000 € zu beziffern.
42	Kein Sicherungsnachweis bei Erlaubnis für Medizinal-Cannabis	- Mit dem Cannabisgesetz soll Medizinalcannabis aus dem BtMG ausgenommen werden. - In der Folge entfällt die Verpflichtung einen Sicherungsnachweis vorzulegen, der im Rahmen eines Antrags auf Erteilung einer BtM-Erlaubnis erforderlich ist.	Unternehmen. Insgesamt ersparen die Maßnahmen 42, 43 und 44 der Wirtschaft einen jährlichen Aufwand von ca. 2,93 Mio. €.
43	Abschaffung Abgabebelege für Cannabis	- Mit dem Cannabisgesetz soll Medizinalcannabis aus dem BtMG ausgenommen werden. - In der Folge entfällt die Verpflichtung zur Dokumentation im Abgabelegverfahren nach dem BtMG.	Unternehmen. Entbürokratisierungspotenzial: siehe unter Maßnahme 42.
44	Wegfall der halbjährlichen Meldung für Cannabis	- Mit dem Cannabisgesetz soll Medizinalcannabis aus dem BtMG ausgenommen werden. - In der Folge entfällt die Verpflichtung zur halbjährlichen Meldung. - Es ist nur noch jährlich zu melden.	Unternehmen. Entbürokratisierungspotenzial: siehe unter Maßnahme 42.

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
Abschaffung des Vergabeverfahrens bei Medizinal-Cannabis			
45	Prüfung einer Abschaffung des Vergabeverfahrens für den Anbau von Medizinal-Cannabis	– Umstellung des bisherigen Vergabeverfahrens für den staatlich kontrollierten Anbau von Medizinal-Cannabis auf ein System der Erlaubniserteilung an geeignete Anbauer. – Umsetzung: Änderungsantrag zum CanG.	Unternehmen. Durch den Wegfall des Vergabeverfahrens werden die betroffenen Unternehmen insgesamt um ca. 800.000 € Kosten für die Teilnahme am Verfahren entlastet.

c) Bereits umgesetzte Maßnahmen

Einschränkung von Retaxationen (Bürokratieabbau in Apotheken)			
46	Ausschluss von Retaxationen zulasten der Apotheken in bestimmten Fallgruppen	– Mit dem ALBVVG wurden in § 129 Absatz 4d SGB V Fallgruppen geregelt, in den Krankenkassen eine Retaxation zulasten der Apotheken grundsätzlich ausgeschlossen ist (z. B. fehlende Dosierangabe oder Abgabe vor Vorlage der ärztlichen Verschreibung). – Überdies wurde der Retaxumfang auf die Apothekenvergütung beschränkt, wenn Apotheken erforderliche Verfügbarkeitsabfragen bei pharmazeutischen Großhandlungen nicht durchführen.	Apotheken.

4. Maßnahmen in der Langzeitpflege

Insbesondere mit dem **Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz** (PUEG) wurden bereits wichtige Maßnahmen auf den Weg gebracht, um auch die Entbürokratisierung des Pflegebereiches weiter voranzutreiben. Unter anderem werden zugelassene ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen von dem von schriftlichen Pflegedokumentationen ausgehenden bürokratischen Mehraufwand befreit, indem die Anforderungen an die **Pflegedokumentation** künftig so zu gestalten sind, dass sie in der Regel **vollständig in elektronischer Form** erfolgen können. Bestandteil des PUEG waren außerdem die **Beschleunigung der Kommunikation bei Pflege-Begutachtungen**, eine **Entlastung bei der Häufigkeit von Qualitätsprüfungen** für Pflegeeinrichtungen mit einem hohen Qualitätsniveau und die **Einführung eines Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege**. Darüber hinaus sind in den Empfehlungen weitere Maßnahmen zum Bürokratieabbau im Pflegebereich vorgesehen. Mit Maßnahmen, wie beispielsweise der **Vereinfachung von Formularen zur Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung** und mit **Vereinfachungen bei Meldeverfahren**, soll weiterer bürokratischer Aufwand, insbesondere für die antragstellenden Personen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen abgebaut werden. Bestandteil der Empfehlungen sind darüber hinaus eine **Vereinheitlichung von Informations- und Auskunftspflichten für Bewerberinnen und Bewerber für eine stationäre Langzeitpflegeversorgung** und die **Einführung eines digitalen Verfahrens zur Erhebung und zum Nachweis der Elterneigenschaft und der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder**.

a) Geplante Maßnahmen/Empfehlungen

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
Vereinfachung und bessere Verständlichkeit von Formularen			
47	Reduzierung der durch Formulare abgefragten Informationen auf das für den jeweiligen Anspruch Notwendige; Benutzen von aus Sicht der Versicherten	– Viele Pflegekassen entwerfen eigenständig Formulare zur Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung. – Rein rechtlich gesehen kann jedoch fast jeder Antrag formlos gestellt werden. – Die Formulare müssen daher in der Regel nicht verpflichtend genutzt werden, sondern können nur Hilfestellung sein, damit alle notwendigen Angaben vorliegen, die die Pflegekasse zur Entscheidung braucht.	Pflegekassen. Das Entbürokratisierungspotential wird von Pflegekasse zu Pflegekasse unterschiedlich sein, je nach bislang bürokratisch oder bereits schlank und gut nachvollziehbar gestalteten Formularen. Bei insgesamt 96 Pflegekassen mit je eigenständigen

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
	nachvollziehbaren und verständlichen Formulierungen in Formularen; Transparenz, dass Formular nur Hilfestellung ist	– Oftmals ist für die Versicherten nicht ersichtlich, wofür die Angaben gebraucht werden oder welche Folgen die Angabe/Nicht-Angabe abgefragter Informationen hat. – Zum Teil werden auch Informationen abgefragt, die für die konkrete Entscheidung über den Anspruch nicht erforderlich sind. – Die Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung wird damit häufig als kompliziert und unverständlich angesehen. – Formulare könnten jedoch zum Teil auch einfacher und verständlicher gestaltet werden. Auch (barrierefreie) Online-Hilfen und ggf. weitere Tools, z. B. Online-Leistungskombinations-Rechner, könnten hilfreich sein. – Bei Online-Formularen wären evtl. barrierefreie Erläuterungen einblendbar („Wofür ist das wichtig/wird das benötigt?“). – Ggf. könnten zudem Hinweise auf bestehende Beratungsmöglichkeiten gegeben werden (beispielsweise auch der UPD). – Es sollte hierbei transparent sein, dass das Formular als Hilfestellung gedacht ist (nicht Anspruchsvoraussetzung). – In diesem Zusammenhang kann darüber hinaus auch auf bestehende Unterstützungsmöglichkeiten hingewiesen werden, die bei der Beantragung helfen können (z. B. Telefonnummer der Pflegekasse hierfür, vorhandene Beratungsstellen). – Umsetzung: Gesetzlicher Auftrag an die Selbstverwaltung mit Fristsetzung zur Umsetzung einschließlich Regelung des Einbezugs des BMG im Verfahren.	Formularen und insgesamt rd. 5,1 Mio. Leistungsbeziehenden der sozialen Pflegeversicherung, davon rd. 4,2 Mio. häuslich gepflegten Leistungsbeziehenden, kann hierdurch im Alltag der Pflegebedürftigen je nach Pflegekasse voraussichtlich eine stetige und deutliche Entlastung spürbar werden.
Vereinfachung der Meldeverfahren			
48	Vereinfachung des Meldeverfahrens und des Verfahrens zur Ermittlung des regional üblichen Entlohnungsniveaus	– Im Rahmen der Evaluation nach § 72 Absatz 3f SGB XI werden Möglichkeiten untersucht, wie das Meldeverfahren für tarifgebundene Pflegeeinrichtungen nach § 72 Absatz 3e SGB XI sowie das Verfahren zur Ermittlung des regional üblichen Entlohnungsniveaus (RÜE) vereinfacht werden können. – Erste Ergebnisse dazu sollen im Herbst 2024 vorliegen.	Pflegeeinrichtungen; Pflegekräfte. Soweit z. B. das RÜE unmittelbar aus vorliegenden Tarifverträgen abgeleitet werden könnte, könnten die Meldepflichten für tarifgebundene Pflegeeinrichtungen entfallen; zugleich wäre die Geschäftsstelle Tarife beim GKV-SV von

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
			aufwändigen Plausibilisierungen und Nachfragen entlastet. Im Zuge des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) wurde der Erfüllungsaufwand für die Meldepflichten der Pflegeeinrichtungen quantifiziert. Der jährlich daraus resultierende Bürokratieaufwand aller tarifgebundenen bzw. nach kirchlichen AVR gebundenen Pflegeeinrichtungen beläuft sich demnach auf bis zu 28.342 Arbeitsstunden bzw. auf bis zu rund 960.790 Euro. Einsparungen sind dabei abhängig von der zukünftigen Art und Weise, wie das RÜE ermittelt wird. Sofern eine Ableitung der Daten unmittelbar aus Tarifverträgen erfolgen kann, würde der Aufwand bei den Pflegeeinrichtungen konservativ geschätzt um rd. 90% reduziert.
Vereinheitlichung von Informations- und Auskunftspflichten für Bewerber für eine stationäre Langzeitpflegeversorgung			
49	Reduzierung der im Vorfeld einer stationären Versorgung durch Heimbetreibende abgefragten Informationen auf das für die jeweilige Leistungserbringung Notwendige; Klarstellung hinsichtlich der Vorabinformationsbitten der	– Die Informations- und Auskunftsanforderungen stationärer Pflegeeinrichtungen bzw. deren Trägerverbänden an zukünftige Bewohnerinnen und Bewohner (z.B. hinsichtlich ärztlicher Gutachten, aber auch zu Einkommens- und Vermögensverhältnissen) sind aufwändig und unterscheiden sich jeweils von Heim zu Heim. – Ärztliche Gutachten, Patientenakten oder Medikationspläne sind notwendige Grundlagen für eine qualitätsgesicherte Pflege- und Betreuungsleistung und auch bei Aufnahme wichtig (Pflegeplanung, Eingewöhnung). – Die Beschaffung und Übermittlung von diesbezüglichen Basisinformationen im Zuge einer Pflegeplatzsuche soll jedoch möglichst bürokratiearm erfolgen (z.B. durch Nutzung einheitlicher Muster).	Stationäre Pflegeeinrichtungen; Heimplatzsuchende und Heimbewohnende; Ärzteschaft; für die Sozialhilfe zuständige Stellen. Entbürokratisierungspotentiale sind für alle Beteiligten zu erwarten, beispielsweise durch die Standardisierung und den Einsatz digitaler Mittel auf Seiten der Ärzteschaft („Überleitungsmanagement“) und auf Seiten der Sozialhilfeträger (Checklisten für Leistungen der Hilfe zur Pflege).

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
	Heimträger unter den Gesichtspunkten von Verbraucherschutz und Erforderlichkeit.	– Dabei ist auch sicherzustellen, dass personenbezogene Daten vertraulich behandelt werden.	
Digitales Verfahren zur Erhebung und zum Nachweis der Elterneigenschaft und der Anzahl berücksichtigungsfähiger Kinder			
50	Einführung eines digitalen Verfahrens zur Erhebung und zum Nachweis der Elterneigenschaft sowie der Anzahl der für die Beitragssatzermittlung berücksichtigungsfähigen Kinder der beitragspflichtigen Mitglieder nach § 55 Absatz 3 und 3a SGB XI	– Seit dem 1. Juli 2023 wird der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung nach der Kinderzahl differenziert. – Eltern zahlen dann generell 0,6 Beitragssatzpunkte weniger als kinderlose Mitglieder. – Bei Mitgliedern mit mehreren Kindern unter 25 Jahren reduziert sich der Beitragssatz darüber hinaus ab dem zweiten bis zum fünften Kind um einen Abschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten je Kind. – Um eine einheitliche Rechtsanwendung sicherzustellen und ein möglichst effizientes, schnelles und bürgerfreundliches Verwaltungshandeln zu gewährleisten, wird bis zum 31. März 2025 ein digitales Verfahren zur Erhebung und zum Nachweis der Elterneigenschaft und der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder entwickelt. – Umsetzung: gesetzliche Neuregelung.	Beteiligte: Mitglieder der SPV, Pflegekassen sowie die beitragsabführenden Stellen. Dazu zählen im Wesentlichen die Arbeitgeber, die gesetzlichen Rentenversicherungsträger und die betriebliche Altersvorsorge. Erfüllungsaufwand und Entlastungswirkungen: Zur Entlastung der o. g. Beteiligten sollen die notwendigen Angaben zur Ermittlung der Elterneigenschaft und der kinderbezogenen Abschläge den beitragsabführenden Stellen und Pflegekassen künftig über ein digitales Verfahren zur Verfügung gestellt werden. Hierbei soll auf Daten zurückgegriffen werden, die bereits in der Finanzverwaltung vorliegen (Once-Only-Prinzip). Der damit verbundene Bürokratieabbau soll zu einem nachhaltigen Effekt und zu Kosteneinsparungen sowohl für die Bürgerinnen und Bürger als auch für die beitragsabführenden Stellen sowie Pflegekassen führen. Ein analoges Verfahren (händische Ermittlung und Erfassung der Kinderanzahl für den Bestand sowie die Programmierung der technischen Umsetzung) würde die Arbeitgeber als beitragsabführende Stellen nach Berechnungen der BDA mit einem Erfüllungsaufwand von rund 227 Millionen Euro

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
			belasten. Das angestrebte digitale Verfahren verursacht hingegen voraussichtlich einen Erfüllungsaufwand von ca. 38 Millionen Euro. Mit dem digitalen Verfahren könnten somit auf dieser Grundlage bei den Arbeitgebern bis zu 189 Millionen Euro eingespart werden. Bei den vorgenannten Ausführungen zum Erfüllungsaufwand sowie zu den Entlastungen handelt es sich um vorläufige Berechnungen, die auf Angaben der BDA beruhen.

b) Laufende Maßnahmen (in Umsetzung)

Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG)									
51	Elektronische Pflegedokumentation	– Mit dem PUEG wurde die Regelung des § 113 Absatz 1 SGB XI ergänzt. – Die Regelung sieht nun vor, dass die Anforderungen an die Pflegedokumentation so zu gestalten sind, dass sie in der Regel vollständig in elektronischer Form erfolgen kann. – Die Regelung ermöglicht eine Konkretisierung durch die Selbstverwaltung in den „Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität“ nach § 113 SGB XI. – Umsetzung: Eingeführt durch PUEG durch Ergänzung von § 113 Absatz 1 SGB XI.; Konkretisierung durch Selbstverwaltung in den „Maßstäben und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität“ nach § 113 SGB XI.	Alle Pflegeeinrichtungen. Hierdurch können Pflegeeinrichtungen entlastet und von dem bürokratischen Mehraufwand, der durch die schriftliche Pflegedokumentation entsteht, befreit werden. In einer Untersuchung von 2020 wurde festgehalten, dass Pflegeplanung und -dokumentation in den Pflegebereichen wie folgt komplett/ mehrheitlich digitalisiert sei: <table><tr><td>ambulant</td><td>32,8 %</td></tr><tr><td>teilstationär</td><td>60,5 %</td></tr><tr><td>vollstationär</td><td>80,9 %.</td></tr></table>	ambulant	32,8 %	teilstationär	60,5 %	vollstationär	80,9 %.
ambulant	32,8 %								
teilstationär	60,5 %								
vollstationär	80,9 %.								

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
			Diese Daten liegen erheblich höher als 2017. Ausschließlich EDV-basiert dokumentierten damals 44,7 % der Pflegeheime (226 Einrichtungen) und 3,6 % der Pflegedienste (16 Einrichtungen). Folgende Zeitersparnisse wurden geschätzt: 83 Minuten pro pflegebedürftiger Person für die Erarbeitung der Informationssammlung und des Maßnahmenplans (bei Aufnahme) sowie 21 Minuten für die tägliche Dokumentation in den Pflegeheimen und 48 beziehungsweise 16 Minuten in den Pflegediensten nutzen ca. 75 – 80 % der Einrichtungen diese Dokumentationsform (Stand Juni 2023).
52	Beschleunigte Kommunikation bei Pflege-Begutachtungen	– Ebenfalls im Rahmen des PUEG eingeführt wurde, dass Begutachtungsaufträge der Pflegekassen an die Medizinischen Dienste (MD) sowie die Übersendung der Gutachten durch die MD an die Pflegekassen zukünftig nur noch in gesicherter elektronischer Form erfolgen. – Umsetzung: eingeführt durch PUEG; schrittweise Umsetzung bis 30.11.2023.	Unmittelbar: Pflegekassen, Medizinische Dienste. Mittelbar: Antragsteller auf Pflegeleistungen. Durch die Maßnahme sind Effizienzgewinne zu erwarten.
53	Qualitätsprüfungen im Zweijahresrhythmus für gute vollstationäre Einrichtungen	– Pflegeheime, bei denen ein hohes Qualitätsniveau festgestellt worden ist, werden nicht im Folgejahr, sondern erst im Abstand von zwei Jahren erneut qualitätsgeprüft. – Die schon 2019 geschaffene Regelung kann nach Ende der Corona-Pandemie nun ab dem 2. Halbjahr 2023 praktisch umgesetzt werden. – Umsetzung: gesetzliche Regelung (§ 114c SGB XI, ergänzt durch PUEG hinsichtlich der schnellen Information der Pflegeeinrichtungen) – Richtlinien des MD Bund von 2023.	Alle Pflegeeinrichtungen Die Anzahl der von der Entlastung betroffenen Pflegeheime ist noch unklar (wird im Herbst aufgrund der vorliegenden Prüfergebnisse bestimmt). Bei einer vorsichtigen Schätzung könnten sich etwa 25.000 Stunden Entlastung ergeben. Eine Entlastung ergibt sich auch bei den MD, die entsprechend weniger Prüfungen durchzuführen haben.

c) Bereits umgesetzte Maßnahmen

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
Pflegebonusgesetz			
54	Verbesserung der Prüf- und Meldeverfahren zu den Regelungen zur Entlohnung nach Tarif in der Langzeitpflege	– Mit dem Pflegebonusgesetz wurden Regelungen u. a. mit dem Ziel umgesetzt, den hohen Bürokratieaufwand bei der Umsetzung der Regelungen zur Entlohnung nach Tarif zu reduzieren und Verfahren zu vereinfachen: • Mit dem Ziel einer einheitlichen Rechtsanwendung wurde beim GKV-Spitzenverband eine Geschäftsstelle Tarife eingerichtet, die die Landesverbände der Pflegekassen bei der Aufgabenwahrnehmung im Zusammenhang mit der laufenden Umsetzung der Regelungen zur Entlohnung nach Tarif bei der Erfüllung der im Einzelnen aufgeführten Aufgaben als kasseninterner Dienstleister unterstützen soll. • Erleichterte Plausibilisierung der Meldungen der tarif- und kirchenarbeitsrechtlich gebundenen Pflegeeinrichtungen, indem neben den maßgeblichen, d.h. erforderlichen Informationen auch die jeweils geltende, durchgeschriebene Fassung des Tarifvertrags oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen an die Geschäftsstelle Tarife beim GKV-Spitzenverband zu übermitteln ist. • Regelung einer vereinfachten Zurverfügungstellung der übermittelten Tarifverträge bzw. kirchlichen AVR an die nicht tarifgebundene Pflegeeinrichtungen (für sog. „tariforientierte“ Einrichtungen). – Unverzügliche Meldepflicht der tarif- oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen an Landesverbände der Pflegekassen bei Änderungen im Hinblick auf die Wirksamkeit oder den Inhalt des Tarifvertrags oder der kirchlichen.	Pflegekassenverbände; Geschäftsstelle Tarife beim GKV-Spitzenverband. Die bei den Landesverbänden der Pflegekassen durch die erleichterte Plausibilitätsprüfung der Meldungen sowie durch die Bündelung der Aufgaben im Rahmen der Einrichtung der Geschäftsstelle anzunehmenden Einsparungen beim Bürokratieaufwand.

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG)			
55	Einführung des Gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege	– Zum 1. Juli 2025 wird in der Pflegeversicherung ein Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege eingeführt. – Dieser bringt verschiedene Vereinfachungen mit sich, durch die Prüferfordernisse und damit bürokratischer Aufwand wegfallen. – So wird ein gemeinsamer Leistungsbetrag zur Inanspruchnahme der beiden Leistungen eingeführt, die zeitliche Höchstdauer für den Bezug der beiden Leistungen sowie der hälftigen Pflegegeldfortzahlung vereinheitlicht, die bisher geforderte Vorpflegezeit vor erstmaliger Inanspruchnahme von Verhinderungspflege fällt weg und die Pflegebedürftigen, die die Leistungen in Anspruch nehmen, erhalten künftig die Informationen zum abgerechneten Betrag ohne gesonderte Aufforderung übermittelt. – Für Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 4 und 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden die wesentlichen Rechtswirkungen des Gemeinsamen Jahresbetrags bereits zum 1. Januar 2024 vorgezogen und damit insoweit bereits ab diesem Zeitpunkt spürbar. – Umsetzung: umgesetzt durch PUEG.	Pflegebedürftige, Pflegepersonen; Pflegekassen, private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Bei Versicherten und Pflegekassen sowie privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, fällt der Aufwand für die bisher notwendige Prüfung der Vorpflegezeit bei der Verhinderungspflege weg. Ebenso die Notwendigkeit der Übertragung von Leistungsbeträgen von dem einen auf den anderen Anspruch, die Prüfung des Einhaltens von Übertragungsgrenzen und die Beachtung unterschiedlicher Höchstdauerregelungen hinsichtlich Leistungsbezug und hälftiger Pflegegeldfortzahlung. Für die Versicherten wird ferner die Informationsbeschaffung zu den abgerechneten Leistungsbeträgen erleichtert, sodass sie im Jahresverlauf einfacher im Blick behalten können, in welcher Höhe der Gemeinsame Jahresbetrag bereits verbraucht worden ist bzw. er somit noch zur Verfügung steht.
56	Weiterentwicklung der Vorschrift zu Auskünften an Versicherte durch die Pflegekassen (§ 108 SGB XI)	– Ab dem 1. Januar 2024 erhalten die Versicherten der sozialen Pflegeversicherung verbesserte und erleichterte Auskunftsansprüche gegenüber ihrer Pflegekasse über die in Bezug auf die Versicherten abgerechneten bzw. von den Versicherten in Anspruch genommenen Leistungen.	Versicherte in der sozialen Pflegeversicherung Durch Wegfall gesonderter Antragserfordernisse sowie ausdrückliche Regelung von Auskunftsansprüchen entfällt für die Versicherten Aufwand bei der Beschaffung von Informationen.

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
		– So wird Versicherten künftig z. B. auf einmalige Anforderung hin jedes Kalenderhalbjahr automatisch eine Übersicht über die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten übermittelt. – Der Vereinfachung dient auch die Technologieoffenheit der Regelung, die eine Nutzung von Apps der Pflegekassen für die Übersichten möglich macht (bei Einwilligung der Versicherten und Einhaltung der geltenden Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit). – Umsetzung: umgesetzt durch PUEG.	

5. Maßnahmen im Hilfsmittelbereich

Die Empfehlungen sehen auch für den Hilfsmittelbereich mehrere Maßnahmen vor. Anknüpfend an die im ALBVVG vorgesehene Abschaffung des Präqualifizierungsverfahrens für apothekenübliche Hilfsmittel sollen nun auch weitere **nicht notwendige Präqualifizierungsverfahren abgeschafft** werden. Die im Rahmen des Präqualifizierungsverfahrens vorgesehene Prüfung von bestimmten Anforderungen - beispielsweise an die räumliche, sachliche oder personelle Ausstattung - wird für bestimmte Bereiche bereits **durch andere Vorschriften sichergestellt**. In diesen Fällen führen die Präqualifizierungsverfahren zu **nicht notwendigen Doppelprüfungen**, die durch die Bindung von zeitlichen und personellen Ressourcen auf Seiten der Leistungserbringer und der Prüfstellen unnötige Bürokratie verursachen. Mit einer Abschaffung der Präqualifizierung für diese Bereiche kann daher nicht notwendige Bürokratie abgebaut werden, **ohne dass dies zu Lasten der Qualität der Hilfsmittelversorgung geht**. Über diese Maßnahmen hinaus sehen die Empfehlungen mit **Vereinfachungen der administrativen Verfahren im Hilfsmittelbereich** weitere Maßnahmen für den Hilfsmittelbereich vor. Mit einer **Standardisierung von Vertragsinhalten** im Hilfsmittelbereich, in dem derzeit durch eine Vielzahl von verschiedenen Verträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen ein erheblicher bürokratischer Aufwand entsteht, kann Bürokratie weiter abgebaut werden. Zudem soll die **Hilfsmittelversorgung von Kindern**, die in einem Sozialpädiatrischem Zentrum (SPZ) in Behandlung sind, beschleunigt werden.

Geplante Maßnahmen/Empfehlungen

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
Wegfall nicht notwendiger Präqualifizierungsverfahren			
57	Abschaffung der Präqualifizierung für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte	– Abschaffung der Präqualifizierungspflicht für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die Hilfsmittel an Versicherte abgeben (derzeit insbesondere Augen- und HNO-Ärzte). – Umsetzung: gesetzliche Streichung in § 128 SGB V.	Vertragsärztinnen und Vertragsärzte. Es entfällt die Zertifizierung durch eine akkreditierte Präqualifizierungsstelle sowie die beiden Überwachungen innerhalb des 5-jährigen Präqualifizierungszeitraumes. Für den 5-jährigen PQ-Zeitraum fallen je nach Art, Umfang und

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
			Anzahl der zu präqualifizierenden Versorgungsbereiche ungefähre Kosten in Höhe eines hohen dreistelligen Betrages bis niedrigen vierstelligen Betrages für die Leistungserbringer an.
58	Abschaffung der Präqualifizierung für voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen, die aufsaugende Inkontinenzmaterialien an ihre Bewohnerinnen und Bewohner abgeben	– Abschaffung des Präqualifizierungserfordernisses für voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen, die aufsaugende Inkontinenzmaterialien an ihre Bewohnerinnen und Bewohner abgeben. – Umsetzung: gesetzliche Anpassung.	Voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen. Es entfällt die Zertifizierung durch eine akkreditierte Präqualifizierungsstelle sowie die beiden Überwachungen innerhalb des 5-jährigen Präqualifizierungszeitraumes. Für vollstationäre Pflegeeinrichtungen gelten allerdings bereits nach aktuellem Recht erleichterte Präqualifizierungsanforderungen, die den mit der Präqualifizierung verbundenen Aufwand für diese Leistungserbringer deutlich reduzieren.
59	Evaluation der Präqualifizierungspflicht für die Gesundheitshandwerke	– Die derzeitige Ausgestaltung der Präqualifizierung und Einbindung der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAkkS) soll (insbesondere hinsichtlich der Erforderlichkeit von Betriebsbegehungen) evaluiert werden. – Umsetzung: gesetzliche Neuregelung in § 126 SGB V.	Gesundheitshandwerke. Entbürokratisierungspotenzial zu diesem Zeitpunkt noch nicht bezifferbar.

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
Vereinfachung administrativer Verfahren			
60	Vereinfachung der administrativen Verfahren im Hilfsmittelbereich	– Aufgrund der Vielzahl an Verträgen in der Hilfsmittelversorgung sollen Möglichkeiten der bürokratieärmeren Administration für Leistungserbringer und Krankenkassen geprüft werden. – Geprüft wird eine Standardisierung von Vertragsinhalten, die sich vornehmlich auf administrative Verfahren beziehen und keine besondere Bedeutung für den Preis und die Qualität der Versorgung haben.	Leistungserbringer, Krankenkassen. Hohes Entbürokratisierungspotential: Im Hilfsmittelbereich existieren derzeit mehr als 1000 verschiedene Verträge zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen. Eine Vereinheitlichung und Verallgemeinerung diverser Vertragsinhalte reduziert die Komplexität und Dauer der Vertragsverhandlungen sowie der Systempflege erheblich. Darüber hinaus wird die Transparenz und Übersichtlichkeit erhöht, was wiederum bürokratie- und aufwandsarme Beitritte zu bereits bestehenden Verträgen erleichtert.
Beschleunigung der Hilfsmittelversorgung von Kindern			
61	Einschränkung des Prüfprogramms der Krankenkassen von Anträgen auf Hilfsmittelversorgung von Kindern	– Die medizinische Erforderlichkeit der beantragten Hilfsmittelversorgung von Kindern, die regelmäßig in einem Sozialpädiatrischem Zentrum (SPZ) in Behandlung sind, wird vermutet, wenn die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt des SPZ die Hilfsmittelversorgung konkret empfiehlt.	Krankenkassen, MD, Vertragsärztinnen und Vertragsärzte. Hohes Entbürokratisierungspotential: In SPZ werden häufig Kinder mit langfristig hohem Hilfsmittelbedarf behandelt. Die Prüfung der Hilfsmittelanträge erfolgt häufig unter zeitintensiver Beteiligung des MD. Nicht selten werden hierfür von den verordnenden Ärztinnen und Ärzten konkrete medizinische Begründungen, Befunde u.ä. angefordert, was zu Verzögerungen in den Genehmigungsverfahren und hohen Aufwänden bei den Ärztinnen und Ärzten führt.

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
			Durch die Regelung wird die medizinische Erforderlichkeit bereits bei Vorlage einer Empfehlung aus dem SPZ vermutet. Das Prüfprogramm der Krankenkassen ist eingeschränkt. Eine Prüfung durch den MD kann regelmäßig unterbleiben. Gesonderte medizinische Begründungen sind nicht erforderlich.

6. Zusätzliche Maßnahmen im Bereich der Digitalisierung

Die Digitalisierung ist als **bereichsübergreifende Maßnahme** ein wichtiger Eckpfeiler für den Bürokratieabbau. Sie betrifft alle Bereiche des Gesundheitswesens und kann an vielen Stellen einen wertvollen Beitrag für die Entbürokratisierung leisten. Maßnahmen, mit denen die Digitalisierung vorangetrieben und der Bürokratieabbau unterstützt wird, finden sich daher in nahezu allen Bereichen der Empfehlungen. Insbesondere die **Vereinfachung und Beschleunigung von Verfahrensabläufen und Prozessen**, der **Wegfall von händischen Dokumentationspflichten** und eine **vereinfachte Weitergabe von Informationen zwischen den Leistungserbringern** können erhebliche zeitliche und personelle Potenziale heben. Über die bereits in den anderen Bereichen der Empfehlungen enthaltenen Maßnahmen zur Digitalisierung hinaus sehen die Empfehlungen weitere Maßnahmen für den Bereich der Digitalisierung vor. Insbesondere das **Gesundheitsdatennutzungsgesetz** (GDNG) und das **Digital-Gesetz** (DigiG) enthalten umfangreiche Maßnahmen, die entbürokratisierende Wirkung entfalten. Darüber hinaus sind mit der **Optimierung und Digitalisierung von Bonusheften** und der **Einführung einer automatischen Datenmeldung** der Finanzämter an die Krankenkassen weitere Maßnahmen zum Bürokratieabbau Bestandteil der Empfehlungen.

a) Geplante Maßnahmen/Empfehlungen

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
Optimierung und Digitalisierung von Bonusheften			
62	Bonushefte nach § 65a SGB V	– Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) ist jede Krankenkasse nach § 65a SGB V in der Regel dazu verpflichtet, in ihrer Satzung besondere Bonusmodelle als Anreize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten ihrer Versicherten vorzusehen. – Welche Maßnahmen das sind, entscheidet die Krankenkasse selbst. – Kritisiert wird der große Bürokratieaufwand für Ärztinnen und Ärzte. – Ziel ist eine Optimierung und Digitalisierung der Bonushefte. – Es könnte möglicherweise eine generelle Umstellung auf Apps zur Vereinfachung für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte	Krankenkassen, Versicherte, Ärztinnen und Ärzte.

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
		erfolgen, oder eine automatische Meldung durch die Arztpraxis an die KK, wenn Maßnahmen in Anspruch genommen wurden.	
Automatische Datenmeldung an Krankenkassen			
63	Automatische Meldung des Einkommens vom Finanzamt an die Krankenkasse für freiwillig gesetzlich Versicherte	– Eine automatische Datenmeldung von Finanzämtern an die Krankenkassen über Einkommensdaten der Gruppe der freiwillig gesetzlich Versicherten (insbesondere Selbstständige) würde die Krankenkassen von Bürokratie entlasten, indem (manuelle) Nachweis- und Überprüfungspflichten sowie händische Verarbeitungsschritte erheblich abgebaut würden. – Zugleich würde obligatorisch dem Grundsatz der Datensparsamkeit entsprochen, da die Krankenkassen nur noch maschinell die Daten erhalten, die für die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben notwendig sind. Derzeit ist es vom Versicherten abhängig, ob er die nicht für die Zwecke der Krankenversicherung relevanten steuerlichen Daten auf seinem Einkommenssteuerbescheid schwärzt. – Umsetzung: Schaffung neuer gesetzlicher Grundlage(n).	Krankenkassen/Finanzverwaltungen (Versicherte). Durch die automatische Datenmeldung an die Krankenkassen müssen die betroffenen Versicherten nicht mehr manuell Nachweise übermitteln. Das bisher aufwendige Verfahren würde sowohl für die Versicherten als auch für die Krankenkassen deutlich vereinfacht und beschleunigt werden. Da das Übertragen und Prüfen von Daten automatisiert abläuft, könnten schätzungsweise bis zu 60 % des bisherigen administrativen Aufwands der Krankenkassen reduziert werden. Die Zeiteinsparung auf Seite der Versicherten wird auf mindestens neun Minuten pro erfolgtem elektronischen Datenabruf der Krankenkasse bei der Finanzbehörde geschätzt. Zahlreiche Rückfragen der Krankenkassen aufgrund nicht oder unvollständig eingereichter Unterlagen könnten sich jedes Jahr erübrigen. Auch sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass aufgrund fehlender Nachweise ein Höchstbeitrag festgelegt wird, was in der Folge ebenfalls für beide Seiten Verfahrenskosten inklusive Prozesskosten für Widerspruchs- und Klageverfahren spart. Für die Versicherten fallen zudem keine Papier- und Portokosten mehr an.

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
			Die Realisierung des elektronischen Abrufverfahrens ist mit nur geringen einmaligen Kosten für die Krankenkassen und Finanzbehörden verbunden (je rund 2,3 Mio. Euro), da der Datenaustausch auf eine vorhandene IT-Struktur aufgebaut werden kann. Es gibt bereits ein elektronisches Meldeverfahren zwischen Krankenkassen und Finanzbehörden u.a. zur Abfrage der Steuer-Identifikationsnummer. Außerdem trägt die Maßnahme dem Grundsatz der Datensparsamkeit Rechnung. Durch die bisherige Praxis, dass Versicherte oft ihren ungeschwärzten Einkommenssteuerbescheid bei ihrer Krankenkasse einreichen, legen sie regelmäßig eine Vielzahl von Daten offen, die für die Beitragsfestsetzung ohne Relevanz sind. Durch das automatisierte Verfahren ist gewährleistet, dass die Krankenkasse nur die Daten erhält, die sie für die Beitragsfestsetzung benötigt.

b) Laufende Maßnahmen (in Umsetzung)

Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG)			
64	Einführung einer nationalen Datenzugangs- und Koordinierungsstelle zur Verwendung von Gesundheitsdaten	– Abbau von organisatorischem und bürokratischem Aufwand und Hürden bei Auffindbarkeit, Antragsstellung und Nutzung von Gesundheitsdaten zu Forschungszwecken. – Indem eine valide Datenbasis für die Planung und Steuerung in einem solidarischen Gesundheitssystem verfügbar gemacht wird, können Ineffizienzen und Bürokratieaufwand abgebaut werden.	Antragsstellende und Datennutzende allgemein (Industrie inbegriffen); Sozialversicherungen, Forschende, Behörden, Universitätskliniken, Leistungserbringer, Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS).

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
		– Effekte der Entbürokratisierung für Datennutzende, für das Gesundheitssystem und die Industrie. – Umsetzung: gesetzliche Neuregelung im GDNG.	Nennenswerte Entlastung bei Antragstellern, die im Gesamtumfang von der Anzahl der gestellten Anträge abhängt.
65	Weiterentwicklung der federführenden Datenschutzaufsicht	– Problematisch ist die unterschiedliche Auslegung der Datenschutzbestimmungen in den Ländern, was v.a. bei länderübergreifenden Forschungsvorhaben zu einem Hemmnis wird. – Rechtsunsicherheit hemmt Forschung und Innovation im Gesundheitswesen. – Schätzung: Datenschutzbestimmungen auf Länderebene und in Unikliniken führen zu 1-2 Jahren Zeitverlust. – Bisherige Regelung der federführenden Datenschutzaufsicht in § 287a SGB V. – Lösung: Festlegung klarer Verfahren zur Abstimmung mehrerer zuständiger Datenschutzaufsichtsbehörden führt zu Entlastung für Datennutzende und Datenschutzaufsichtsbehörden. – Umsetzung: Überarbeitung der gesetzlichen Regelung in § 287a SGB V im GDNG.	Datennutzende allgemein, Forschungseinrichtungen, Universitätskliniken und Datenschutzaufsichtsbehörden. Beschleunigung der Antragsverfahren für Forschungsvorhaben um 1-2 Jahre. Entlastungseffekte bei den o.g. Betroffenen v.a. durch Verkürzung der Verfahren zwischen den Datenschutzaufsichtsbehörden und Datennutzenden; Festlegung klarer Verfahren führt zu geringeren Kommunikationsaufwänden.
Digital-Gesetz (DigiG)			
66	Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	– Das DigiG sieht eine Regelung vor, die eine vollständige Ablösung der papierbasierten Verfahren zum Ziel hat. – Um den Versicherten eine rechtssichere Dokumentation der Arbeitsunfähigkeit zu ermöglichen und insbesondere die noch nicht digitalisierte Versichertenanfertigung digital übermitteln zu können, soll die ePA genutzt werden. – Die Ärzteschaft wird dann in dem Begleitprozess umfassend und frühzeitig beteiligt bzw. eingebunden. – Umsetzung: Schaffung neuer Rechtsgrundlage.	Versicherte, Krankenkassen, Leistungserbringende, Wirtschaft. Bei erwartbaren ca. 100 Mio. von den Leistungserbringern ausgestellten eAU pro Jahr können voraussichtlich Aufwände von jährlich rund 180 Mio. EUR eingespart werden.
67	Aufhebung der Mengenbegrenzung bei der Videosprechstunde	– Die Aufhebung der doppelten Mengenbegrenzung bei der Videosprechstunde ist im DigiG vorgesehen.	Versicherte, Krankenkassen, Leistungserbringende.

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
		– Im DigiG sind auch Regelungen vorgesehen, die die Erbringung von Leistungen der Telemedizin für die Ärztinnen noch Ärzte noch attraktiver gestalten sollen. – Hierzu gehört etwa die Ermöglichung der Erbringung von Videosprechstunden an einem anderen Ort als dem Sitz des Vertragsarztes („Home Office“). – Umsetzung: Schaffung neuer Rechtsgrundlage.	2019 lediglich 3.000 Behandlungsfälle; im ersten Halbjahr 2020 bereits 1,4 Mio.; im Jahr 2021 rund 3,5 Mio. Entbürokratisierungsvorteil: Stärkung der Attraktivität des Arztberufes.
Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege			
68	Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege	– BMG hat gemäß Koalitionsvertrag und auf Grundlage eines breit angelegten Beteiligungsprozesses (über 500 involvierte Akteure) eine Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege erarbeitet. – Diese adressiert auch Aspekte in Zusammenhang mit dem Abbau unnötiger Bürokratie (z.B. Prüfung von Auswirkungen rechtlicher und regulatorischer Maßnahmen auf die Nutzerfreundlichkeit digitaler Anwendungen; Entlastung von Pflegenden durch digital unterstützte Pflegedokumentation; Berücksichtigung von bürokratiearmen Dokumentationsanforderungen bei der Definition von Datensätzen und Datenmodellen mit u.a. dem Ziel, Doppeluntersuchungen zu vermeiden). – Die im Rahmen der Strategie erarbeiteten Maßnahmen dienen auch als Grundlage für entsprechende Gesetzgebungsprozesse. – Die Strategie wird daher regelmäßig in der Umsetzung evaluiert und fortgeschrieben. – Die Ergebnisse der Evaluationen können dann als Grundlage für neue Maßnahmen zum Abbau von unnötiger Bürokratie dienen.	Insbesondere Leistungserbringer, Kostenträger, Versicherte.

c) Bereits umgesetzte Maßnahmen

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
Digitalisierung von Antragsleistungen			
69	Digitalisierung Antragsleistungen im Rahmen des OZG	– Das Onlinezugangsgesetz (OZG) verpflichtet die Verwaltungen in Deutschland (also auch die gesetzlichen Krankenkassen), Verwaltungsleistungen für Bürgerinnen und Bürgern sowie Unternehmen auch digital anzubieten. Dabei sind die gesetzlichen Krankenkassen aufgefordert, ihren Versicherten die digitale Bearbeitung und Beantragung eines bestimmten Sets an Verwaltungsleistungen in den jeweiligen Online-Portalen/Fachportalen der Krankenkassen zu ermöglichen. – Die zu digitalisierenden Verwaltungsleistungen sind im GKV-OZG-Leistungskatalog festgehalten. – Auch wenn die Bereitstellung der digitalen Antragsformate den einzelnen Kassen obliegt, hat der GKV-Spitzenverband für 42 der im Rahmen des Onlinezugangsgesetzes umzusetzenden digitalen Leistungen Leistungsbeschreibungen im FIM-Format für seine Mitglieds-kassen bereitgestellt und im Portalverbund Bund veröffentlicht (https://verwaltung.bund.de/portal/DE/).	Krankenkassen, Bürgerinnen und Bürger. Ziel: Antragsstellung durch Krankenversicherte und Bearbeitung durch die Krankenkassen soll schneller, effizienter und nutzerfreundlicher werden. Krankenkassen und Versicherte werden von Bürokratie entlastet durch Wegfall von Schrifterfordernissen, Reduzierung von Medienbrüchen und Verkürzung von Bearbeitungszeiten. Es handelt sich um Zeitersparnisse und um finanzielle Entlastungen (z.B. Wegfall von Briefporto).

7. Maßnahmen mit europäischem/internationalem Bezug

Die Empfehlungen sehen zudem auch Maßnahmen vor, die einen europäischen/internationalen Bezug aufweisen. Dies umfasst die im **Pflegestudiumstärkungsgesetz** (PflStudStG) vorgesehene Maßnahmen, mit denen insbesondere die besonders aufwendigen und bürokratieverursachenden **Anerkennungsverfahren** in den Blick genommen werden. Durch die Einführung einer **Möglichkeit zum Verzicht auf die Gleichwertigkeitsprüfung** und die **bundesweite Vereinheitlichung der im Anerkennungsverfahren vorzulegenden Unterlagen** kann ein wesentlicher Beitrag zum Bürokratieabbau geleistet werden. Durch diese Maßnahmen werden sowohl die Antragstellerinnen und -steller als auch die für die Anerkennungsverfahren zuständigen Stellen der Länder erheblich von Bürokratie entlastet. Mit der zusätzlich in den Empfehlungen vorgesehenen **Streichung der Vorabgenehmigungspflicht für die Inanspruchnahme von geplanten Krankenhausbehandlungen** in einem anderen EU-Mitgliedstaat, einem EWR-Staat oder der Schweiz kann der bürokratische Mehraufwand sowohl für die Krankenkassen als auch die Versicherten reduziert werden.

a) Geplante Maßnahmen/Empfehlungen

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
Vorabgenehmigungspflicht von Krankenhausbehandlungen			
70	Streichung der Vorabgenehmigungspflicht für die Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen in einem anderen EU-Staat, EWR-Staat oder der Schweiz - § 13 Absatz 5 SGB V	– Beabsichtigen Versicherte eine geplante Krankenhausbehandlung in einem anderen EU-Mitgliedstaat, EWR-Staat oder der Schweiz in Anspruch zu nehmen, müssen sie sich vorab eine Vorabgenehmigung bei ihrer Krankenkasse einholen. – Umsetzung: Gesetzliche Anpassung des § 13 SGB V	Krankenkassen, Versicherte. Im Jahr 2022 wurden insgesamt 2.781 Anträge auf Vorabgenehmigung gestellt. 2.377 Anträge wurden genehmigt. 404 Anträge wurden abgelehnt. Eine Streichung der Vorabgenehmigungspflicht würde zur Entlastung der Krankenkassen und Versicherten führen.

b) Laufende Maßnahmen (in Umsetzung)

Nr.	Maßnahmen	Erläuterung/Hintergrund	Betrifft/Entbürokratisierungspotenzial
Pflegestudiumsstärkungsgesetz (PflStudStG)			
71	Einführung einer Möglichkeit auf die Gleichwertigkeitsprüfung im Rahmen des Anerkennungsverfahrens zu verzichten	– Die antragstellende Person kann gegenüber der zuständigen Stelle auf die Prüfung der Gleichwertigkeit der ausländischen Berufsqualifikation mit der inländischen Ausbildung verzichten und stattdessen direkt eine Anpassungsmaßnahme absolvieren. – Umsetzung: Gesetzliche Neuregelung in § 40 Absatz 3a Pflegeberufegesetz.	Antragstellende Personen im Anerkennungsverfahren und zuständige Stellen der Länder. Dies entlastet die antragstellenden Personen wie auch die zuständigen Stellen der Länder gleichermaßen. Die antragstellenden Personen sind nicht mehr in der Pflicht umfangreiche Unterlagen über ihre Berufsqualifikation einzureichen. Die zuständigen Stellen der Länder können im Gegenzug von einer aufwändigen Gleichwertigkeitsprüfung absehen. Im Jahr 2022 wurde die Berufsqualifikation von 21.000 Pflegekräften aus dem Ausland anerkannt. Unter der Annahme, dass künftig etwa ein Drittel der Antragsteller zu Gunsten einer Kenntnisprüfung oder eines Anpassungslehrgangs auf eine Gleichwertigkeitsprüfung verzichten könnten, kann sich die Entlastungswirkung in etwa 14.000 Fällen pro Jahr realisieren.
72	Vereinheitlichung der im Anerkennungsverfahren vorzulegenden Unterlagen	– Der Umfang und die erforderlichen Formerfordernisse der vorzulegenden Unterlagen werden bundeseinheitlich geregelt. – Umsetzung: Neuregelung auf Verordnungsebene in § 43a Pflegeberufes-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung.	Antragstellende Personen im Anerkennungsverfahren und zuständige Stellen der Länder Die Maßnahme führt zu mehr Transparenz und Orientierung für die antragstellenden Personen und zu mehr Klarheit und Sicherheit in der Verfahrensgestaltung für die Länder.

			Im Jahr 2022 wurde die Berufsqualifikation von 21.000 Pflegekräften aus dem Ausland anerkannt. Die Verfahrenserleichterung durch einheitliche Unterlagenvorgaben realisiert sich in der Größenordnung dieser Fallzahl.
--	--	--	---