Stellungnahme

des

Marburger Bund Bundesverbandes

zum

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Hilfsmittelversorgung und Maßnahmen zum Bürokratierückbau (Hilfsmittelmodernisierungs- und Bürokratierückbaugesetz – HiB) (Stand 30.10.2026)

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin
Telefon 030 746846-0
Telefax 030 746846-16
bundesverband@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Berlin, 13. November 2026

Der Marburger Bund bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Der Referentenentwurf beinhaltet eine Sammlung von zahlreichen unterschiedlichen Regelungstatbeständen. Der Marburger Bund nimmt zu einzelnen Regelungsbereichen Stellung und mahnt weiteren Regelungsbedarf an:

A. Stellungnahme zu Bürokratierückbauregelungen

Der Marburger Bund begrüßt, dass Entbürokratisierung im Gesundheitswesen endlich auch in einem Gesetzesvorhaben Niederschlag findet. Aus Sicht des Marburger Bundes muss sich der Entwurf daran messen lassen, wie viel Zeit tatsächlich für die Patientenbehandlung gewonnen wird. Wir verweisen insoweit auf Zahlen auf unsere Mitgliederbefragungen, wonach der Zeitaufwand für Verwaltungstätigkeiten angestellter Ärztinnen und Ärzte aus allen Bereichen im Mittel drei Stunden pro Tag beträgt. Allein die Halbierung des durchschnittlichen Zeitaufwandes von drei Stunden pro Tag würde dazu führen, dass die Arbeitskraft von rund 32.000 vollzeitbeschäftigten Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus mehr zur Verfügung stünde. Auch im ambulanten Bereich und in der Pflege ließen sich durch Abbau von administrativen Tätigkeiten und Dokumentation große Zeitkontingente für die Versorgung generieren.

Seit unserer Umfrage führen neue Gesetzesmaßnahmen zu weiterem bürokratischen Dokumentationsaufwand, so dass die tägliche zeitliche Belastung steigt. Zu nennen sind hier exemplarisch die Einführung eines obligatorischen Zweitmeinungsverfahrens, der Nachweis der Leistungsgruppenanforderungen und insbesondere die massive Erhöhung der Prüfquoten von Krankenhausrechnungen ab dem kommenden Jahr.

Ärztinnen und Ärzte erwarten deshalb von der Politik eine schnelle und pragmatische Entlastung von Bürokratie in ihrem beruflichen Alltag, damit sie ihrer eigentlichen Arbeit in der Behandlung von Patientinnen und Patienten nachgehen können. Gerade in Zeiten des Fachkräftemangels ist jeder Abbau von bürokratischen Lasten gleichbedeutend mit zusätzlichen personellen Kapazitäten für die Patientenversorgung. Ein langfristig angelegter, systemeffektiver Abbau bürokratischer Hürden ist essenziell, um die Leistungsfähigkeit und Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland zu erhalten.

Die Entlastungsvorschläge im Referentenentwurf sind ein erster Schritt, die allerdings vor allem Maßnahmen fokussieren, die nicht zwingend mehr Zeit für die Patientenversorgung freisetzen.

Vereinfachung von Nachweis- und Meldepflichten für die gesetzliche Qualitätssicherung

(Nr.127 - § 299 Absatz 1b neu SGB V)

Ein Ziel des Referentenentwurfes ist es, die Nachweispflichten von Krankenhäusern zur Qualitätssicherung zu entschlacken. Konkret adressiert der Referentenentwurf verschiedene Qualitätssicherungsrichtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Qualitätssicherung: Daten sollen nur einmal für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2, § 135b Absatz 2 oder § 137a Absatz 3 erhoben und übermittelt werden und von allen Empfängern nach Absatz 1 Satz 2 und Absatz 1a Satz 2 für Zwecke der Qualitätssicherung verarbeitet werden können. Ebenso soll gemäß eines One-Stop-Shop-Verfahrens nur noch eine verfahrensübergreifende zentrale Datenannahmestelle eingerichtet werden. Dadurch sollen Doppelmeldungen entfallen. Die Umsetzung erfolgt untergesetzlich durch den G-BA.

Once-Only-Prinzip

Das Once-Only-Prinzip in der gesetzlichen Qualitätssicherung ist zu begrüßen. Mehrfachdokumentation des gleichen Sachverhaltes müssen obsolet werden.
Gleichzeitig fordern wir dieses Prinzip für viele weitere Bereiche. Potenzial zum Bürokratie-abbau besteht auch bei der Datenerhebung und den Datenmeldewege für Register und Verzeichnisse.
Zu nennen sind hier zum Beispiel:

- Krankenhauskapazitäts-Surveillance
- Meldung an DIVI-Intensivregister
- Meldepflichten nach Infektionsschutzgesetz.

One-Stop-Shops

Die Einrichtung einer verfahrensübergreifenden zentralen Datenannahmestelle wird ebenfalls begrüßt. Dadurch entfallen Doppelmeldungen in der gesetzlichen Qualitäts-sicherung. Auch hier ist es notwendig, dieses Prinzip nicht nur auf die gesetzliche Qualitätssicherung zu begrenzen, sondern auch für weitere Bereiche vorzusehen.

Datenübermittlung von Personalzahlen

Der Referentenentwurf sieht vor, dass die Datenübermittlung zum Pflegepersonal für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen entfallen soll. Die Abschaffung von zusätzlich zu erhebenden Daten begrüßen wir. Dies gilt aber nicht nur für die Datenübermittlung zum Pflegepersonal. Ein erheblicher administrativer Aufwand wird auch durch die gesetzlich geforderte Übermittlung von Arztzahlen an Melderegister ausgelöst. Insbesondere die zusätzlichen Datenlieferverpflichtungen (quartalsweise Meldungen zum ärztlichen Personal nach § 21 Absatz 7 KHEntgG) führen zu einem erheblichen administrativen Aufwand, ohne dass dem ein entsprechender Nutzen gegenübersteht.
Da diese Datenpflege und -aufbereitung pro Klinik geschätzt rund drei bis fünf Personaltage pro Quartal bindet, ergibt sich laut DKG ein Einsparpotenzial an Bürokratiekosten von jährlich etwa 20 bis 35 Millionen Euro. Als Marburger Bund halten wir Personalbemessungsinstrumente wie das ärztliche Personalbemessungsinstrument der Bundesärztekammer für eine essentielle Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung. Gerade dieses Instrument, dass nur zweimal im Jahr angewendet werden soll, hat keinen hohen bürokratischen Aufwand.

Bagatellgrenzen für ärztliche Regresse

Im Referentenentwurf ist eine neue Bagatellgrenze für ärztliche Regresse vorgesehen. Ziel ist es, Arztpraxen von aufwendigen Prüfverfahren wegen geringfügiger Beträge zu entlasten und den bürokratischen Aufwand im Gesundheitswesen zu reduzieren.
Bereits heute wird auf Landesebene in unterschiedlichem Umfang von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, Bagatellgrenzen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung festzulegen.
Die Ergänzung in § 106b Absatz 2 Satz 2 SGB V mit der verpflichtenden Aufnahme einer Geringfügigkeitsgrenze von 300 Euro in den Prüfvereinbarungen soll für mehr Vereinheitlichung sowie Entbürokratisierung sorgen und wird daher vom Marburger Bund begrüßt. Die Bagatellgrenze sollte jedoch sich jedoch nicht nur auf die jeweilige Betriebsstätte beziehen, sondern sinnvollerweise auf einzelne Ärztinnen und Ärzte.
Die langjährige Forderung nach einer solchen festen Bagatellgrenze basierte auch darauf, dass der weit überwiegende Anteil aller Regresse unter dem normierten Betrag liegt und alle Beteiligten durch die Neuregelung entlastet würden. Sie ist daher überfällig.

B. Stellungnahme zum Regelungsbereich psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Einführung einer eigenständigen Bedarfsplanung

(Nr. 51. § 101 Abs. 4 SGB V)

Der Referentenentwurf plant die Einführung einer eigenständigen Bedarfsplanung für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen, um deren besonderen Versorgungsbedürfnissen Rechnung zu Tragen.

Der Marburger Bund begrüßt die geplante Einführung einer eigenständigen Bedarfsplanung für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen.
Bereits im Koalitionsvertag ist eine entsprechende Anpassung der Bedarfsplanung vorgesehen. Die bisherige gemeinsame Bedarfsplanung für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche trägt dem hohen Versorgungsbedarf junger Menschen nicht ausreichend Rechnung. Die Folge sind erhebliche Versorgungslücken, lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz und regional bedingt weite Wege. Durch eine eigenständige Bedarfsplanung könnte die Verteilung von Sitzen regional flexibler erfolgen und die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen bedarfsgerechter und wohnortnäher gestaltet werden.

C. Weiterer Regelungsbedarf

MD-Prüfregime durch Stichprobenverfahren ersetzen

Weiterer Regelungsbedarf besteht insbesondere bei den Prüfungen von Krankenhaus-rechnungen durch die Medizinischen Dienste. Statt Bürokratierückbau erfolgt mit der durch das GKV-BStabG zum 1. Januar 2027 vorgesehene Erhöhung der Prüfquoten des Medizinischen Dienstes (MD) und Schwellenwerte bei Krankenhausrechnungen ein massiver Bürokratieaufbau.

Das geltende Prüfquotenverfahren ist weder praktikabel noch wirtschaftlich sinnvoll.
Dies verursacht bei den Kliniken derzeit hochgerechnet 245 Millionen Euro pro Jahr allein an Personalkosten. Mit den durch das GKV-BStabG verschärften Prüfquoten steigen diese Kosten deutlich an.

Allein im Krankenhausbereich müssen durch die Erhöhung der Prüfquoten nach Schätzungen verschiedener Institute ein bis zwei Vollzeitkräfte pro Krankenhaus neu eingestellt werden, das wären 1.500 bis 3.000 zusätzliche Arbeitskräfte bezogen auf alle Krankenhäuser. Die Arbeitszeit von Ärztinnen und Ärzten und Pflegenden würde noch stärker eingeschränkt: Operateure, behandelnde Ärzte und Pflegekräfte müssen Sachverhalte häufig Monate nach der Behandlung erläutern. Das medizinische Personal, das für diese zusätzlichen Prüfverfahren in den Krankenhäusern und beim MD gewonnen werden muss, fehlt in den Krankenhäusern für die Patientenversorgung.

Fraglich ist auch der wirtschaftliche Gesamtnutzen des vorgesehenen Prüfregimes. Bereits ohne Berücksichtigung des Aufwands der Krankenhäuser wurden rund 36 Prozent der erzielten Rückzahlungen allein durch die Prüfbürokratie selbst wieder aufgezehrt.

Der Marburger Bund appelliert an den Gesetzgeber, im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens die Prüfquoten erneut zu beraten und plädiert dafür, das Prüfquotenverfahren durch ein geeignetes zertifiziertes Stichprobenverfahren, zu ersetzen, das den personellen Einsatz bei allen Beteiligten deutlich verringert. Solche mathematisch-statistischen Stichprobenverfahren, wie das Monetary Unit Sampling (MUS) mit Hochrechnung auf die Grundgesamtheit, werden in der Wirtschaftsprüfung weltweit angewendet.

Vorgaben für ärztliche Personalbemessung

Der Marburger Bund fordert die Bundesregierung auf, die mit dem GKV-BStabG beschlossene Abschaffung der gesetzlichen Vorgabe eines Personalbemessungsinstruments für den ärztlichen Bereich rückgängig zu machen. Gerade in Zeiten der Umstrukturierung und des hohen finanziellen Drucks im Krankenhausbereich ist eine patienten- und aufgabengerechte Personalbemessung unverzichtbar.
Eine Generalklausel, nach der zugelassene Krankenhäuser verpflichtet sind, eine bedarfsgerechte Personalausstattung in Bereichen der unmittelbaren Patientenversorgung im Krankenhaus sicherzustellen (§ 137k SGB V), kann das nicht leisten. Vielmehr ist die Vorgabe eines validen Personalbemessungsinstrument notwendig, um den politischen Wunsch einer adäquaten Personalbesetzung auch tatsächlich objektiv umzusetzen. Sowohl für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung als auch zur Sicherstellung der Weiterbildung ist eine ärztliche Personalbemessung entscheidend.

Die Leistungsgruppenkriterien stellen ausschließlich auf Fachärztinnen/Fachärzte ab. Hier besteht die Gefahr, dass aus wirtschaftlichen Überlegungen die Facharztweiterbildung reduziert wird. Was heute bei der Weiterbildung eingespart wird, fehlt uns morgen an qualifizierten Fachärztinnen und Fachärzten – die Folgen tragen die kommenden Generationen von Ärzten und Patienten. Darüber hinaus hängt nicht zuletzt die Widerstandsfähigkeit unserer Republik auch davon ab, ob Krankenhäuser in Krisen über genügend Personal verfügen. Ist das Personal erst mal weg, kann es so schnell nicht wieder ausgebildet werden.

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten des Krankenhauses bündeln

Der Referentenentwurf sieht vor, die über die Jahre immer ausführlicher geregelten Schiedsverfahren im SGB V an einem Ort zu bündeln und die Spezialregelungen dadurch zu entlasten. Eine solche Bündelung wäre auch für die im SGB V geregelten ambulanten Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser wünschenswert.

Die Krankenhäuser sind im Rahmen des SGB V sukzessiv für ambulante Behandlungen geöffnet worden. Inzwischen umfasst die ambulante Behandlung durch Krankenhäuser eine Vielfalt unterschiedlicher Rechtsformen mit unterschiedlichen Aufgabenstellungen und Vergütungsformen, die nur im historischen Kontext zu verstehen ist. Das Spektrum reicht von der Hochschulambulanz über die Ermächtigung, psychiatrische Institutsambulanzen, Disease-Management-Programme bis zu ambulanten Operationen, die Einführung von Hybrid-DRG und demnächst auch Kurzzeitfallpauschalen. Insgesamt nennt das Sozialgesetzbuch (SGB V) mehr als ein Dutzend verschiedener Rechtsformen.

Die unterschiedlichen und komplexen Abrechnungssysteme sind immer schwerer zu bewältigen. Es explodieren nicht nur die administrativen Kosten in der Satellitenwirtschaft (Transaktionskosten), sondern darüber hinaus kommt es zu „Komplexitätskosten“, die die politische Zielsetzung eines wirtschaftlichen und kostengünstigen Gesundheitssystems ad absurdum führen. Die Abrechnung ist nicht selten komplexer als das medizinische Problem. Die Komplexität des Abrechnungssystems muss abgebaut werden, um den Abrechnungsaufwand und die Unklarheiten sowie dadurch entstehenden Streitigkeiten bei der Rechnungsstellung zu reduzieren. Durch einheitliche Softwarelösungen und weniger Schnittstellenprobleme ließe sich der Zeitaufwand zusätzlich weiter reduzieren.

Modernisierung der Ärzte-ZV

Der Marburger Bund appelliert im Zuge des Bürokratierückbaus an eine zügige Modernisierung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV).

Das Bundesministerium für Gesundheit plant seit längerem eine Aktualisierung.

Der dazu vorgelegte Referentenentwurf vom 9. Juli 2025 beinhaltet Maßnahmen zur Entlastung von bürokratischen Pflichten, die dringend erforderlich sind. So sollen Verfahren vereinheitlicht und digitalisiert sowie bürokratische Anforderungen abgebaut werden. Leider befindet sich die Maßnahme noch immer im Stadium eines Referentenentwurfes.

Ergänzend verweisen wir auf unser Positionspapier zum Bürokratieabbau vom 14. September 2026 (**Anlage**).