Vertragsfreiheit stärken, Beitragsmittel nicht zweckentfremden und neue Bürokratie vermeiden

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Hilfsmittelversorgung und Maßnahmen zum Bürokratieabbau

16. November 2026

Zusammenfassung

Der Referentenentwurf enthält richtige Ansätze zum Bürokratieabbau und zur besseren Bekämpfung von Fehlverhalten. An entscheidenden Stellen schafft er jedoch neue Ausgaben, zusätzliche Bürokratie und weitere Einschränkungen des Wettbewerbs. Hier muss grundlegend nachgebessert werden.

- Beitragsmittel müssen den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung vorbehalten bleiben. Ein aus Beitragsmitteln finanzierter „Zukunftsfonds Digitale Gesundheit“, über den zudem Personal- und Sachaufwand des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert werden soll, ist nicht erforderlich und verfassungsrechtlich zumindest bedenklich. Digitalisierung und IT-Sicherheit sind wichtige Aufgaben, für deren Finanzierung und Umsetzung bereits gesetzliche Strukturen bestehen bzw. vorgesehen sind.
- Vertragsfreiheit muss Vorrang vor Kontrahierungszwang und Einheitsverträgen haben. Die Krankenkassen zu kollektiv und einheitlich abgeschlossenen Verträgen zu verpflichten, schwächt Wettbewerb, regionale Gestaltungsmöglichkeiten und Effizienzanreize. Statt neuer Abschlusszwänge braucht es mehr Vertragsfreiheit für Krankenkassen und Leistungserbringende. Auch der bestehende Kontrahierungszwang bei der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V muss entfallen.
- Bürokratieabbau darf weder neue Bürokratie schaffen noch Wirtschaftlichkeitskontrollen schwächen. Die Vereinfachung der Hilfsmittelversorgung ist richtig. Neue Dokumentations-, Nachweis- und Prüfpflichten müssen jedoch vermieden und bestehende Doppelstrukturen konsequent abgebaut werden. Gleichzeitig darf Bürokratieabbau nicht zu Kontrolllücken führen. Die geplante Bagatellgrenze von 300 Euro bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen schafft falsche Anreize und sollte gestrichen werden.

- Die Fehlverhaltensbekämpfung muss konsequent digitalisiert und trägerübergreifend ausgestaltet werden. Ein erweiterter Datenaustausch und der Einsatz künstlicher Intelligenz können Missbrauch schneller aufdecken und Beitragsmittel schützen. Der Datenaustausch sollte deshalb auch die zuständigen Stellen der Träger nach dem SGB II und SGB III einbeziehen.
- Neue Verfahren bei Zahlstellen müssen praxistauglich, zentral und bürokratiearm ausgestaltet werden. Die geplante Ausweitung des Quellenabzugs sowie das neue Prüfverfahren nach § 256b SGB V verursachen erhebliche technische und administrative Umstellungsaufwände. Doppelprüfungen mit der elektronisch unterstützten Betriebsprüfung nach § 28p SGB IV müssen gesetzlich ausgeschlossen, Zuständigkeiten eindeutig geregelt und bereits vorhandene Daten konsequent genutzt werden. Statt neuer dezentraler Meldewege braucht es eine einheitliche Annahmestelle und möglichst eine Anbindung an bestehende Strukturen.
- Gründlichkeit geht vor Schnelligkeit. Das neue Prüfverfahren darf erst starten, wenn fachliche und technische Vorgaben feststehen, Abrechnungsprogramme angepasst und die Verfahren unter Beteiligung der Zahlstellen und Softwarehersteller erfolgreich getestet worden sind. Eine Einführung zum 1. Januar 2028 ist nicht realistisch. Nach einer Pilotphase sollte der Regelbetrieb frühestens zum 1. Januar 2029 beginnen.

Im Einzelnen

Zweckentfremdung von Beitragsmitteln unterlassen

Die Zweckentfremdung von Geldern der Beitragszahlenden, wie sie mit der Schaffung des sog. Zukunftsfonds Digitale Gesundheit vorgesehen ist, muss unterbleiben. Auch wenn digitale Transformation und IT-Sicherheit selbstverständlich wichtige Themen sind, so ist dafür die Schaffung einer neuen Förderinfrastruktur aus Beitragsmitteln nicht notwendig und zudem verfassungsrechtlich zumindest bedenklich. Für die vorgesehenen Fördervorhaben gibt es bereist grundsätzliche Finanzierungsregelungen bzw. sie sind mit dem GeDIG vorgesehen. Zudem sind die Anforderungen an die IT-Sicherheit ebenso bereits gesetzlich geregelt und bedürfen ebenfalls keiner weiteren Förderung. Vielmehr besteht durch die geplante Schaffung des Förderinstruments ein fördermittelinduziertes Investitionsverhalten.

Zudem ist die Nutzung von Beitragsmitteln zur Finanzierung - unter anderem auch von Personal- und Sachaufwänden des BMG - verfassungsrechtlich zumindest fragwürdig. Das Bundessozialgericht hat in seinem Urteil vom 18. Mai 2021 (B 1 A 2/20R) zur BZgA-Finanzierung festgestellt, dass die durch die Sozialversicherung erhobenen Geldmittel allein zur Finanzierung der Aufgaben der Sozialversicherung eingesetzt werden dürfen und nicht zur Befriedigung des allgemeinen Finanzbedarfs des Staats und seiner sonstigen Glieder zur Verfügung stehen. Die Sozialversicherungsbeiträge sollen wegen ihrer strengen Zweckbindung weder den Bund oder die Länder noch sonstige staatliche Aufgabenträger zu eigenverantwortlichen finanziellen Entscheidungen befähigen. Genau dies könnte aber bei dem vorgesehenen Zukunftsfonds Digitale Gesundheit der Fall sein, weil die Verfügungshoheit über die

Beitragsmittel weg von den Krankenkassen hin zu einem "Digital Health Council" verlagert werden soll und Personal- und Sachaufwand des zuständigen BMG finanziert werden soll.

Vertragsfreiheit anstatt Kontrahierungszwang und einheitlich gemeinsame Verträge

Der vorgesehene Verzicht auf wettbewerblich ausgerichtete DMP-Modelle durch eine neue Verpflichtung der Krankenkassen sowie der vorgesehene Zwang zum Abschluss von kollektiv und einheitlichen Verträgen der Krankenkassen mit den Leistungserbringenden ist falsch und sollte unterlassen werden. Er gefährdet regionale Ansätze, gefährdet die Akzeptanz und Wirtschaftlichkeit der Programme und verhindert Effizienzsteigerung. Auch der bereits bestehende Zwang zum Abschluss von Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V ist falsch und sollte daher endlich zurückgenommen werden. Eine in dieser Art geregelte Selektivvertragsoption verdient ihren Namen nicht, stellt keine Veränderung gegenüber der alten kollektivvertraglichen Regelung dar. Und die Erfahrungen mit der Regelung zeigen, dass hiermit nicht per se ein flächendeckendes Angebot durchgehend sichergestellt werden kann.

Statt Kontrahierungszwang und einheitlichen und gemeinsamen Verträgen muss vielmehr die Vertragsfreiheit der Krankenkassen ausgebaut werden. Die Krankenkassen und ihre jeweiligen Verbände sollten das Recht erhalten, eigenständig – insbesondere mit einzelnen Ärzten, Ärztegruppen sowie Krankenhäusern – zu verhandeln sowie Verträge über Preise, Mengen und Qualitäten abzuschließen. Sie sollten auch grundsätzlich selbst bestimmen, wie sie die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Leistungen für ihre Versicherten erbringen. Der Gesetzgeber sollte daher die Regelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sowie zwischen den Krankenkassen und Versicherten so weit wie möglich dem Vertragswettbewerb überlassen. Vorschläge der Arbeitgeber hierzu liegen seit Jahren vor[1].

Bürokratieabbau bei Hilfsmittelversorgung konsequent umsetzen

Die mit dem Referentenentwurf angestrebte Vereinfachung der Hilfsmittelversorgung gehen in die richtige Richtung, reichen jedoch nicht aus. Neue Dokumentations-, nachweis- und Prüfpflichten müssen vermieden und Doppelstrukturen konsequent abgebaut werden. Erforderlich sind einheitliche Vertrags- und Prüfstandards, verbindliche Genehmigungsfreigrenzen und angemessene Fristen für Rechnungsprüfungen. Qualitätsprüfungen sollten verhältnismäßig erfolgen, um insbesondere kleine und mittlere Betriebe nicht zusätzlich zu belasten.

Keine Bagatellgrenze bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen einführen

Von der Einführung einer Bagatellgrenze von 300 € für Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei ärztlich verordneten Leistungen ist Abstand zu nehmen. Bürokratische Vorgaben abzubauen und Verfahren zu

[1] BDA (2022): BDA-Konzept zur Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 15. November 2022. [Letzter Abruf: 16. November 2026].

vereinfachen ist richtig, aber Bürokratieabbau darf keine unwirtschaftliche Leistungserbringung begünstigen. Bürokratieabbau und wirksame Kontrolle sind kein Widerspruch. Verfahren können und müssen einfacher werden, die Überprüfbarkeit der Leistungserbringung muss jedoch jederzeit gewährleistet bleiben. Andernfalls drohen Fehlanreize, Missbrauch und vermeidbare Mehrausgaben zulasten der Beitragszahlenden.

Keine neuen Leistungsausweitungen beim Krankengeld zulasten der Beitragszahlenden

Die Rechtsprechung zum Krankengeld hauptberuflich Selbstständiger gesetzlich umzusetzen, ist nachvollziehbar. Die Neuregelung muss jedoch strikt auf das rechtlich Erforderliche begrenzt bleiben. Mögliche Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung durch einen früheren Beginn der Krankengeldzahlung müssen transparent ausgewiesen werden. Darüber hinausgehende Leistungsausweitungen sind angesichts der angespannten Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vertretbar und belasten die Beitragszahlenden zusätzlich.

Verbesserungen bei der Fehlverhaltensbekämpfung überfällig, andere Träger mitdenken

Der erweiterte Datenaustausch und der Einsatz von künstlicher Intelligenz bei der Fehlverhaltensbekämpfung durch die Kranken- und Pflegekassen ist überfällig und notwendig. Nur so kann die Fehlverhaltensbekämpfung effizienter ausgerichtet werden. Eine bessere Nutzung vorhandener Daten und moderner Analysemöglichkeiten trägt dazu bei, Missbrauch frühzeitiger und häufiger aufzudecken und so die Beitragsgelder wirksamer zu schützen. Die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Krankenkassen sollten zusätzlich auch entsprechende Hinweise und personenbezogene Daten an die entsprechenden Stellen der Trägern nach den SGB II und III übermitteln können. Eine entsprechende Erweiterung der vorgesehen Regelung zum Datenaustausch ist daher erforderlich.

Quellenabzug bei Nachzahlungen praxistauglich ausgestalten

Vor einer gesetzlichen Ausweitung des Quellenabzugs ist deshalb eine belastbare technische Folgenabschätzung erforderlich.

Mit Artikel 1 Nummer 113 Buchstabe a sollen § 256 Abs. 2 Sätze 2 und 3 SGB V gestrichen werden. Damit wären künftig auch bei Nachzahlungen von Versorgungsbezügen die Zahlstellen für den Einbehalt und die Abführung der Beiträge zuständig. Die Ausweitung des Quellenabzugs verursacht erheblichen technischen und administrativen Mehraufwand bei den Zahlstellen. Die erforderlichen Anpassungen können in den Abrechnungsprogrammen nicht ohne Weiteres umgesetzt werden. Besonders aufwendig sind die mögliche rückwirkende Berechnung und Abführung von Sozialversicherungsbeiträgen für Zeiträume von bis zu vier Jahren. Dabei müssen frühere Abrechnungszeiträume nachvollzogen, Beiträge neu berechnet und die Ergebnisse in den bestehenden Abrechnungs- und Meldeverfahren verarbeitet werden.

Der damit verbundene Umstellungs- und Nachberechnungsaufwand wird in der Begründung des Referentenentwurfs nicht hinreichend berücksichtigt. Vor einer gesetzlichen Ausweitung des Quellenabzugs ist daher eine belastbare technische Folgenabschätzung erforderlich. In diese müssen neben den Krankenkassen insbesondere die Zahlstellen und die Hersteller der betroffenen Abrechnungsprogramme einbezogen werden.

Die Regelung sollte erst in Kraft treten, wenn die fachlichen und technischen Vorgaben abschließend feststehen, die Abrechnungsprogramme angepasst werden konnten und ausreichend Zeit für Entwicklung, Tests und Einführung zur Verfügung stand.

Doppelprüfungen von Zahlstellen vermeiden

Das neue Prüfverfahren nach § 256b SGB V muss eindeutig von der elektronisch unterstützten Betriebsprüfung nach § 28p SGB IV abgegrenzt werden. Doppelprüfungen derselben Sachverhalte müssen gesetzlich ausgeschlossen werden.

Ohne eine gesetzliche Abgrenzung besteht die Gefahr, dass dieselben Sachverhalte sowohl im Rahmen der euBP als auch nach § 256b SGB V geprüft werden. Dies würde zusätzliche Datenübermittlungen und parallele Prüfverfahren verursachen, ohne einen entsprechenden Mehrwert zu schaffen.

Die BDA unterstützt grundsätzlich das Ziel, Prüfungen durch elektronische Datenübermittlung effizienter auszugestalten. Neue digitale Verfahren dürfen aber nicht zu zusätzlichen Melde- und Dokumentationspflichten führen. Sie müssen bestehende Verfahren vereinfachen, Doppelmeldungen abbauen und bereits vorhandene Daten nutzen.

Der Anwendungsbereich des § 256b SGB V und sein Verhältnis zur euBP müssen deshalb gesetzlich eindeutig geregelt werden. Prüfgegenstände, Prüfzeiträume und Zuständigkeiten sind so voneinander abzugrenzen, dass Überschneidungen ausgeschlossen werden. Soweit Daten bereits im Rahmen der euBP übermittelt oder geprüft wurden, dürfen sie nicht erneut nach § 256b SGB V angefordert werden.

Eindeutige und möglichst zentrale Prüfzuständigkeit schaffen

Die Prüfzuständigkeit nach § 256b SGB V muss eindeutig und transparent geregelt werden. Die vorgesehene Möglichkeit, dass in Einzelfällen mehrere Krankenkassen an der Prüfung einer Zahlstelle beteiligt werden, ist abzulehnen.

Die Beteiligung mehrerer Krankenkassen führt zu zusätzlichen Abstimmungen, unklaren Verantwortlichkeiten und einem höheren Zeit- und Verwaltungsaufwand. Für die Zahlstelle muss von Beginn an feststehen, welche Stelle die Prüfung durchführt, die Kommunikation koordiniert und das Prüfergebnis verbindlich feststellt.

Die Zahlstelle darf nicht in die interne Abstimmung und Datenweitergabe zwischen verschiedenen Krankenkassen einbezogen werden. Erforderlich ist eine eindeutige Zuständigkeit für das gesamte Prüfverfahren.

Vorzugswürdig wäre eine zentrale Organisation des Prüfverfahrens. Dabei sollte insbesondere geprüft werden, ob das Verfahren an die bestehenden Strukturen der euBP angebunden werden kann. Über eine zentrale Stelle könnten bereits vorhandene Daten aus dem Zahlstellen-Meldeverfahren, den Beitragsnachweisen und den Zahlstellenkonten zusammengeführt werden. Zusätzliche Angaben wären dann nur noch anzufordern, soweit sie für die konkrete Prüfung erforderlich und noch nicht vorhanden sind.

Daten- und Nachweispflicht eindeutig begrenzen

256b Abs. 4 SGB V muss eindeutig festlegen, welche Unterlagen und Nachweise Zahlstellen im Rahmen einer Prüfung vorlegen müssen und wie übermittelte Daten zwischen den beteiligten Krankenkassen weitergegeben werden.

Zahlstellen dürfen ausschließlich solche Daten übermitteln müssen, die für die konkrete Prüfung erforderlich sind und den prüfenden Stellen noch nicht vorliegen. Bereits über Beitragsnachweise, das Zahlstellen-Meldeverfahren, Zahlstellenkonten oder andere gesetzliche Verfahren übermittelte Daten dürfen nicht erneut angefordert werden.

Die Zusammenführung und Weiterleitung bereits vorhandener Daten muss innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung organisiert werden. Diese Aufgabe darf nicht auf die geprüften Zahlstellen verlagert werden.

Einheitliche Annahmestelle statt eines neuen Meldeverfahrens vorsehen

Von der Einführung zusätzlicher dezentraler Meldewege zwischen Zahlstellen und einzelnen Krankenkassen sollte abgesehen werden. Stattdessen sollte eine einheitliche Annahmestelle für den Datenaustausch im Rahmen der Zahlstellenprüfung vorgesehen werden.

Eine bloße elektronische Abbildung der bisherigen dezentralen Kommunikation stellt noch keine effiziente Digitalisierung dar. Werden die vorhandenen Kommunikationswege lediglich digital nachgebildet, bleiben Mehrfachmeldungen, parallele Datenbestände und aufwendige Abstimmungsprozesse bestehen.

Eine einheitliche Annahmestelle könnte die Daten der Zahlstellen entgegennehmen, sie mit den bereits vorhandenen Informationen zusammenführen und an die zuständige Prüfstelle weiterleiten. Zugleich könnten Rückmeldungen und Prüfergebnisse einheitlich an Zahlstellen und Krankenkassen übermittelt werden.

Perspektivisch sollte geprüft werden, ob aus den vorhandenen Meldungen und Beitragsnachweisen eine zentrale Prüfdatenbank aufgebaut werden kann. Ergänzende Daten wären dann nur noch im konkreten Bedarfsfall bei der Zahlstelle anzufordern.

Neues Prüfverfahren erst nach erfolgreicher Pilotierung einführen

Das neue Prüfverfahren sollte zunächst pilotiert und frühestens zum 1. Januar 2029 in den Regelbetrieb überführt werden. Eine flächendeckende Einführung zum 1. Januar 2028 lässt nicht ausreichend Zeit für die notwendigen fachlichen, technischen und organisatorischen Vorarbeiten.

Vor dem Regelbetrieb müssen die fachlichen Grundsätze erarbeitet, Datenformate und Übermittlungswege festgelegt, Schnittstellen programmiert und die Abrechnungsprogramme der Zahlstellen angepasst werden. Anschließend sind umfassende Tests erforderlich, um das stabile Zusammenspiel der einzelnen Teilverfahren sicherzustellen.

Die Pilotierung sollte unter Beteiligung der Zahlstellen und der Hersteller der Abrechnungsprogramme erfolgen. Zu prüfen sind insbesondere die technische Funktionsfähigkeit, die Qualität der Datenübertragung, der Umfang der Datenanforderungen, die Abgrenzung zur elektronisch unterstützten Betriebsprüfung und der tatsächliche Aufwand für die Zahlstellen.

Erst nach Auswertung der Pilotphase und Beseitigung festgestellter technischer und verfahrensrechtlicher Mängel darf das Verfahren flächendeckend in den Regelbetrieb gehen.

Ansprechpartner:
BDA | **DIE ARBEITGEBER**

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände
Abteilung Soziale Sicherung
T +49 30 2033-1600
soziale.sicherung@arbeitgeber.de

Die BDA organisiert als Spitzenverband die sozial- und wirtschaftspolitischen Interessen der gesamten deutschen Wirtschaft. Wir bündeln die Interessen von einer Million Betrieben mit rund 30,5 Millionen Beschäftigten. Diese Betriebe sind der BDA durch freiwillige Mitgliedschaft in Arbeitgeberverbänden verbunden.