Verbraucherzentrale
Bundesverband

# Weniger Aufwand, bessere Versorgung

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands (vzbv) zum Referentenentwurf eines Hilfsmittelmodernisierungs- und Bürokratierückbaugesetzes (HiB)

16. November 2026

# Inhalt

**I. Verbraucherrelevanz ..... 3**

**II. Zusammenfassung ..... 3**

**III. Bewertung ausgewählter Regelungen des Referentenentwurfs ..... 5**

1. Vereinfachung der Zuzahlungsbefreiung und Entlastung chronisch kranker Versicherter ..... 5
2. Versichertenperspektive in der Hilfsmittelversorgung ..... 6
3. Energiekosten elektrischer Hilfsmittel ..... 7
4. Elektronischer Datenaustausch zwischen Finanzbehörden und Krankenkassen ..... 9
5. Fehlverhalten im Gesundheitswesen wirksamer bekämpfen ..... 10
6. Zukunftsfonds digitale Gesundheit ..... 11

**IV. Weiterer Handlungsbedarf aus Sicht der Versicherten ..... 13**

1. Prozesse digitalisieren und automatisieren ..... 13
2. Zuständigkeiten und Verantwortung bündeln ..... 13
3. Genehmigungs- und Antragsverfahren vereinfachen ..... 14
4. Transparenz und Orientierung für Versicherte stärken ..... 14

**V. Gesamtbewertung ..... 15**

**Impressum ..... 16**

# I. Verbraucherrelevanz

Wer Leistungen der Kranken- oder Pflegeversicherung benötigt, muss sich häufig nicht nur um seine Gesundheit oder Pflegesituation kümmern, sondern auch um komplizierte Verfahren.
Ob Versicherte ein Hilfsmittel rechtzeitig erhalten, von Zuzahlungen befreit werden oder Leistungen ohne Verzögerung nutzen können, hängt oft nicht nur vom medizinischen Bedarf ab, sondern auch davon, wie verständlich, schnell und verlässlich Krankenkassen und andere Leistungsträger arbeiten.

Viele Versicherte müssen dieselben Informationen mehrfach einreichen, wiederholt Nachweise erbringen, lange auf Entscheidungen warten oder Zuständigkeiten zwischen verschiedenen Stellen klären. Besonders häufig betrifft dies Menschen mit chronischen Erkrankungen, Behinderungen oder Pflegebedarf, die regelmäßig mit Krankenkassen, Pflegekassen und Leistungserbringern in Kontakt stehen.

Diese Hürden kosten Zeit und erschweren den Zugang zu Leistungen. Sie führen dazu, dass Menschen notwendige Unterstützung später erhalten, ihre Ansprüche nicht ausschöpfen oder sich in aufwendigen Verfahren verlieren. Umgekehrt helfen verständliche Informationen, klare Zuständigkeiten und einfache Verfahren dabei, Leistungen schneller und verlässlicher zu erhalten.

Der Referentenentwurf ist deshalb aus Verbrauchersicht von besonderer Bedeutung. Er betrifft zentrale Fragen rund um den Zugang zu Gesundheits- und Pflegeleistungen, den Umgang mit Nachweisen, die Nutzung vorhandener Daten und die Digitalisierung von Verfahren. Entscheidend ist dabei, ob Versicherte künftig weniger Unterlagen einreichen müssen, ihre Ansprüche leichter durchsetzen können und notwendige Leistungen schneller erhalten. An diesem Maßstab muss sich das Hilfsmittelmodernisierungs- und Bürokratierückbaugesetzes (HiB) aus Sicht des Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) messen lassen.

# II.Zusammenfassung

Der vzbv bedankt sich für die Möglichkeit, zu diesem wichtigen Gesetzesvorhaben Stellung zu nehmen. Der Referentenentwurf enthält richtige Ansätze, um Versicherte zu entlasten und die Transparenz in der Versorgung zu stärken. In der Gesamtschau bleiben jedoch zentrale Bürokratiehürden für Versicherte, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bestehen. Viele Maßnahmen vereinfachen vor allem Verwaltungsabläufe innerhalb des Systems, nicht die der Verbraucher:innen.

Die folgende Übersicht bündelt die wesentlichen Bewertungen und Forderungen des vzbv und zeigt auf, an welchen Stellen der Referentenentwurf aus Sicht der Versicherten nachgebessert werden sollte:

- **Zuzahlungsbefreiung weiter vereinfachen:** Der Entwurf reduziert Nachweispflichten für chronisch kranke Menschen und vereinfacht Folgeanträge. Der vzbv fordert darüber hinaus, vorhandene Einkommensdaten auch für die Zuzahlungsbefreiung zu nutzen, Menschen mit

dauerhaft geringem Einkommen stärker zu entlasten und ein digitales Zuzahlungskonto einzuführen.

- **Informations- und Beratungsrechte in der Hilfsmittelversorgung stärken:** Der vzbv begrüßt die neuen Beratungs- und Informationspflichten. Versicherte müssen jedoch Hilfsmittel und Versorgungsalternativen besser vergleichen können und unabhängig über Leistungen, Qualität und mögliche Mehrkosten informiert werden.
- **Energiekosten elektrischer Hilfsmittel verlässlich erstatten:** Der vzbv unterstützt die ausdrückliche Einbeziehung der Energiekosten in den Leistungsanspruch. Die Erstattung sollte über realitätsnahe Pauschalen erfolgen und möglichst ohne aufwendige Nachweise auskommen.
- **Once-Only-Prinzip konsequent umsetzen:** Der Datenaustausch zwischen Finanzbehörden und Krankenkassen setzt einen wichtigen Vorschlag des vzbv um. Das Prinzip sollte jedoch auf weitere Verfahren ausgedehnt werden, insbesondere auf die Zuzahlungsbefreiung. Versicherte sollten Informationen nicht mehrfach gegenüber verschiedenen Stellen nachweisen müssen.
- **Fehlverhalten wirksamer verfolgen:** Der vzbv begrüßt die stärkere Zusammenarbeit der zuständigen Stellen. Gleichzeitig fehlen klare Regelungen für den Umgang mit Hinweisen von Versicherten auf mögliche Falschabrechnungen oder Missbrauch. Der vzbv fordert verbindliche Prüfpflichten, eine zentrale Anlaufstelle für Missbrauchsmeldungen sowie einen One-Stop-Shop für die Korrektur fehlerhafter Abrechnungen.
- **Patientenperspektive bei digitalen Innovationen sichern:** Der vzbv unterstützt die Förderung digitaler Innovationen mit konkretem Nutzen für die Versorgung. Die Förderung sollte jedoch über die bestehenden Strukturen des Innovationsfonds erfolgen. Die Patientenvertretung muss verbindlich an Förderentscheidungen beteiligt bleiben und erfolgreiche Innovationen müssen über einen verbindlichen Transfermechanismus schneller in die Regelversorgung gelangen.
- **Digitale Verfahren konsequent ausbauen:** Versicherte sollten Anträge digital und medienbruchfrei stellen können. Der vzbv fordert unter anderem eine elektronische Kind-krank-Bescheinigung, digitale Wiederholungsverordnungen für Dauermedikationen und eine automatische Anstoßung von Reha-Anträgen bei geeigneten Indikationen.
- **Zuständigkeiten klar regeln:** Versicherte dürfen nicht selbst klären müssen, welcher Leistungsträger zuständig ist. Der vzbv fordert verbindliche Weiterleitungspflichten nach dem Vorbild des § 14 Sozialgesetzbuch (SGB)IX sowie klare Verantwortlichkeiten bei Missbrauchsmeldungen und Abrechnungsfehlern.
- **Genehmigungs- und Antragsverfahren vereinfachen:** Der vzbv fordert einheitliche Fristen, weitergehende Genehmigungsfiktionen, weniger Genehmigungsverfahren bei Krankenfahrten und Heilmitteln sowie eine stärkere Unterstützung der Versicherten mit Härtefallregelung bei Zahnersatz und anderen Leistungen.
- **Transparenz und Orientierung verbessern:** Versicherte brauchen verständliche Formulare, nachvollziehbare Bearbeitungsstände, einheitliche Antragsverfahren, Unterstützung im Pflegegradverfahren und Hinweise auf alternative Leistungsansprüche bei Ablehnungen.

# III. Bewertung ausgewählter Regelungen des Referentenentwurfs

## 1. Vereinfachung der Zuzahlungsbefreiung und Entlastung chronisch kranker Versicherter

### Maßnahmen im Entwurf (Änderungen § 62 SGB V)

- Chronisch kranke Versicherte müssen den Nachweis ihrer Erkrankung künftig grundsätzlich nur noch alle drei Jahre statt jährlich erbringen.
- Krankenkassen sollen bereits getroffene Feststellungen zu chronischen Erkrankungen weiter nutzen und auf wiederholte Nachweise verzichten, sofern keine Anhaltspunkte für veränderte Voraussetzungen vorliegen.
- Krankenkassen werden verpflichtet, Versicherte aktiv über die Belastungsgrenze und die Möglichkeit einer Zuzahlungsbefreiung zu informieren.
- Versicherte, die bereits von Zuzahlungen befreit sind, sollen die notwendigen Antragsunterlagen automatisch von ihrer Krankenkasse erhalten.
- Versicherte, die in zwei aufeinanderfolgenden Jahren von Zuzahlungen befreit waren, profitieren für ein weiteres Kalenderjahr von einem vereinfachten Verfahren ohne erneute Vorlage sämtlicher Nachweise.

### Bewertung durch den Verbraucherzentrale Bundesverband

Der vzbv begrüßt die vorgesehenen Änderungen ausdrücklich. Menschen mit chronischen Erkrankungen und Versicherte mit geringem Einkommen sind besonders häufig auf eine Zuzahlungsbefreiung angewiesen. Sie mussten bislang regelmäßig Nachweise erbringen und wiederholt Anträge stellen, obwohl sich ihre gesundheitliche oder finanzielle Situation oftmals über Jahre hinweg nicht verändert hat.

Der Entwurf greift damit zentrale Forderungen des vzbv auf. Insbesondere die längere Anerkennung chronischer Erkrankungen und die Vereinfachung der Folgeanträge reduzieren unnötigen Verwaltungsaufwand für Versicherte, Arztpraxen und Krankenkassen. Positiv ist auch, dass die Krankenkassen künftig aktiv über bestehende Ansprüche informieren müssen. Dies kann dazu beitragen, dass Versicherte ihre Ansprüche häufiger wahrnehmen und bestehende Entlastungsmöglichkeiten nicht aus Unkenntnis ungenutzt bleiben.

Gleichzeitig bleibt weiteres Entlastungspotenzial ungenutzt. Der neu geschaffene Datenaustausch zwischen Finanzbehörden und Krankenkassen wird bislang nicht auf die Zuzahlungsbefreiung übertragen. Versicherte müssen ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit für die Prüfung der Belastungsgrenze weiterhin selbst nachweisen und ihre geleisteten Zuzahlungen weitgehend eigenständig dokumentieren. Der Entwurf vereinfacht die Verfahren, schafft aber keine grundlegende Digitalisierung oder Automatisierung der Zuzahlungsbefreiung.

> Der vzbv fordert, die vorgesehenen Erleichterungen bei der Zuzahlungsbefreiung konsequent weiterzuentwickeln:

- **Vorhandene Verwaltungsdaten stärker nutzen:** Der im Entwurf vorgesehene elektronische Datenaustausch zwischen Finanzbehörden und Krankenkassen sollte auch für die Zuzahlungsbefreiung nutzbar gemacht werden. Versicherte sollten ihre Einkommensverhältnisse nicht erneut nachweisen müssen, wenn die erforderlichen Informationen den zuständigen Behörden bereits vorliegen.
- **Menschen mit geringem Einkommen gezielt entlasten:** Für weitere Personengruppen mit dauerhaft niedrigem Einkommen sollten pauschale Befreiungsmöglichkeiten geprüft werden.
- **Digitales Zuzahlungskonto einführen:** Geleistete Zuzahlungen sollten automatisch erfasst und Versicherten transparent angezeigt werden. Verbraucher:innen sollten jederzeit nachvollziehen können, wie viel sie bereits gezahlt haben und wann ihre persönliche Belastungsgrenze erreicht ist.

# 2. Versichertenperspektive in der Hilfsmittelversorgung

### Maßnahmen im Entwurf (§ 127 SGB V; § 33 SGB V)

- Einführung eines bundesweiten Rahmenvertrags zur Vereinheitlichung administrativer Prozesse in der Hilfsmittelversorgung
- Einheitliche Formulare, Dokumentationsanforderungen und elektronische Verfahren zwischen Leistungserbringern und Kassen
- Vereinfachungen bei Dauerversorgungen und bei Hilfsmitteln mit geringem Abgabepreis
- Verbindliche Regelungen zu elektronischen Verordnungen und elektronischen Kostenvoranschlägen
- Erweiterte Informationspflichten der Krankenkassen zu Leistungsansprüchen, Vertragspartnern und Versorgungsoptionen
- Verpflichtende Beratung der Versicherten zu geeigneten Hilfsmitteln und möglichen Mehrkosten
- Ausbau der Qualitätsprüfungen in der Hilfsmittelversorgung unter stärkerer Einbeziehung der Versichertenperspektive
- Einführung regelmäßiger Veröffentlichungen zur Qualität der Hilfsmittelversorgung

### Bewertung durch den Verbraucherzentrale Bundesverband

Der vzbv begrüßt, dass der Gesetzentwurf die Perspektive der Versicherten in der Hilfsmittelversorgung stärker berücksichtigt. Die verpflichtende Beratung kann einen wichtigen Beitrag zu einer bedarfsgerechten Versorgung leisten. Versicherte stehen bei der Auswahl von Hilfsmitteln häufig vor komplexen Entscheidungen und müssen zwischen unterschiedlichen Versorgungsmöglichkeiten wählen. Eine qualifizierte Beratung kann dazu beitragen, Fehlversorgungen zu vermeiden und Verbraucher:innen vor unnötigen Mehrkosten zu schützen. Entscheidend ist jedoch, dass die Beratung unabhängig erfolgt und die Interessen der Versicherten im Mittelpunkt stehen. Versicherte müssen nachvollziehen können, welche Versorgung medizinisch erforderlich ist, welche Leistungen von der Krankenkasse übernommen werden und welche finanziellen Folgen sich aus ihrer Entscheidung ergeben.

Der vzbv begrüßt außerdem die erweiterten Informationspflichten der Krankenkassen. Positiv ist insbesondere, dass Versicherte künftig leichter Informationen über zur Versorgung zugelassene Leistungserbringer sowie über wesentliche Inhalte der Versorgungsverträge erhalten sollen. Dies

kann die Orientierung im Versorgungsprozess verbessern und die Wahl eines geeigneten Leistungserbringers erleichtern. Der Nutzen dieser Regelung bleibt jedoch begrenzt. Die neuen Informationspflichten beziehen sich vor allem auf Vertragspartner und vertraglich vereinbarte Versorgungsangebote. Sie schaffen keine umfassende Transparenz über die konkreten Hilfsmittel selbst. Versicherte erhalten dadurch nicht automatisch verständliche und vergleichbare Informationen über die Qualität, Eignung oder Vor- und Nachteile einzelner Hilfsmittel sowie über bestehende Versorgungsalternativen. Aus Sicht des vzbv sollten Verbraucher:innen nicht nur darüber informiert werden, wer versorgt, sondern auch darüber, welche Versorgungsmöglichkeiten für ihre individuelle Situation geeignet sind und welche Unterschiede zwischen den angebotenen Hilfsmitteln bestehen.

Positiv bewertet der vzbv zudem die stärkere Einbeziehung der Versichertenperspektive in die Qualitätssicherung. Die vorgesehene Beteiligung der Patientenorganisationen sowie die Veröffentlichung von Qualitätsberichten können dazu beitragen, Versorgungsmängel frühzeitig zu erkennen und die tatsächlichen Erfahrungen der Betroffenen stärker in die Bewertung der Versorgung einfließen zu lassen. Gerade im Hilfsmittelbereich zeigt sich die Qualität einer Versorgung häufig erst im Alltag der Nutzer:innen. Die Berücksichtigung dieser Erfahrungen ist daher ein wichtiger Schritt hin zu einer stärker patienten- und verbraucherorientierten Qualitätssicherung.

> Der vzbv fordert, die Informations- und Beratungsrechte der Versicherten konsequent weiterzuentwickeln:
>
> - **Unabhängigkeit und Neutralität der Beratung sicherstellen:** Die Anforderungen an die Beratung sollten durch verbindliche Vorgaben in den Verträgen nach § 127 Absatz 4 konkretisiert werden. Dabei muss sichergestellt werden, dass die Beratung am individuellen Bedarf der Versicherten ausgerichtet ist und wirtschaftliche Eigeninteressen der Leistungserbringer die Hilfsmittelauswahl nicht beeinflussen. Die Einhaltung dieser Anforderungen sollte regelmäßig überprüft werden.
> - **Individuelle Versorgungsalternativen transparent darstellen:** Versicherte sollten im Rahmen der Beratung über die für ihre individuelle Versorgungssituation geeigneten und notwendigen Hilfsmittel sowie erforderlichen zusätzlichen Leistungen informiert werden. Dabei sollten die in Betracht kommenden Versorgungsalternativen, ihre jeweiligen Vor- und Nachteile sowie wesentliche Unterschiede nachvollziehbar erläutert werden.
> - **Verbraucherorientierte Qualitätsinformationen zu Hilfsmitteln schaffen:** Die vorgesehenen Qualitätsberichte sollten um verständliche und vergleichbare Informationen zu den Eigenschaften, der Alltagstauglichkeit und der Qualität von Hilfsmitteln ergänzt werden. Dabei sollten auch Erfahrungen der Versicherten systematisch berücksichtigt und die Ergebnisse öffentlich zugänglich gemacht werden.

# 3. Energiekosten elektrischer Hilfsmittel

### Maßnahmen im Entwurf (§ 33 Abs. SGB V)

- Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln umfasst künftig ausdrücklich auch die Übernahme der Energiekosten für elektrisch betriebene Hilfsmittel.

- Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird verpflichtet, einheitliche Vorgaben zur Ermittlung der Energiekosten und zu den maßgeblichen Berechnungszeiträumen festzulegen. Hierfür können auch pauschalierte Erstattungsbeträge vorgesehen werden.
- Ziel ist eine bundesweit einheitliche und transparente Praxis bei der Erstattung von Energiekosten elektrischer Hilfsmittel.
- Versicherte sollen vor finanzieller Überforderung geschützt werden.

## Bewertung durch den Verbraucherzentrale Bundesverband

Der vzbv begrüßt die vorgesehene Klarstellung. Wer auf elektrisch betriebene Hilfsmittel angewiesen ist, kann die damit verbundenen Stromkosten nicht vermeiden. Sie entstehen, weil das Hilfsmittel medizinisch notwendig ist. Deshalb ist es richtig, die Übernahme dieser Kosten ausdrücklich als Teil des Leistungsanspruchs zu regeln.

Positiv bewertet der vzbv auch, dass der Gesetzgeber den bislang unterschiedlichen Umgang der Krankenkassen mit Energiekosten vereinheitlichen will. Einheitliche Vorgaben schaffen mehr Klarheit für Versicherte und verhindern, dass vergleichbare Fälle unterschiedlich behandelt werden. Der vzbv unterstützt zudem die Möglichkeit, Energiepauschalen festzulegen.
Viele Versicherte müssen bislang ihren Stromverbrauch aufwendig erfassen und gegenüber der Krankenkasse nachweisen. Pauschalen können dieses Verfahren deutlich vereinfachen und den Zugang zur Kostenerstattung erleichtern. Voraussetzung ist allerdings, dass sie den tatsächlichen Energieverbrauch realistisch abbilden und regelmäßig an veränderte Energiepreise angepasst werden.

Besonders zu begrüßen ist, dass der Gesetzgeber den Schutz vor finanzieller Überforderung ausdrücklich als Maßstab für die Ausgestaltung der künftigen Regelungen festschreibt.
Der Anspruch auf eine notwendige Hilfsmittelversorgung darf nicht dadurch eingeschränkt werden, dass Versicherte die laufenden Betriebskosten selbst tragen müssen.

> Der vzbv fordert, die Erstattung von Energiekosten möglichst einfach und nachvollziehbar auszugestalten:
>
> - **Energiepauschalen realitätsnah ausgestalten:** Die Höhe der Pauschalen sollte den tatsächlichen Energiebedarf elektrisch betriebener Hilfsmittel berücksichtigen und regelmäßig an veränderte Energiepreise angepasst werden.
> - **Aufwendige Nachweise vermeiden:** Versicherte sollten Energiekosten möglichst pauschaliert und ohne umfangreiche Einzelberechnungen oder wiederholte Nachweise erstattet bekommen.
> - **Ansprüche verständlich kommunizieren:** Krankenkassen sollten Versicherte verständlich darüber informieren, welche Energiekosten übernommen werden und wie die Erstattung erfolgt.

# 4. Elektronischer Datenaustausch zwischen Finanzbehörden und Krankenkassen

## Maßnahme im Entwurf (§ 206a SGB V)

- Krankenkassen können künftig bestimmte einkommens- und mitgliedschaftsrelevante Daten direkt elektronisch von den Finanzbehörden abrufen.
- Betroffen sind insbesondere freiwillig Versicherte, nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherte Personen sowie Familienversicherte.
- Versicherte müssen entsprechende Einkommensnachweise dadurch künftig seltener selbst bei der Krankenkasse einreichen.
- Das Verfahren erfolgt grundsätzlich automatisiert, Versicherte können der Datenabfrage jedoch widersprechen und die erforderlichen Nachweise weiterhin selbst vorlegen.

## Bewertung durch den Verbraucherzentrale Bundesverband

Der vzbv begrüßt die Einführung des elektronischen Datenaustauschs ausdrücklich. Die Regelung setzt eine zentrale Forderung des vzbv um, vorhandene Verwaltungsdaten stärker zu nutzen und Verbraucher:innen von wiederkehrenden Nachweispflichten zu entlasten. Wer Einkommensdaten bereits gegenüber den Finanzbehörden offengelegt hat, sollte diese Informationen nicht erneut beschaffen und gegenüber der Krankenkasse nachweisen müssen.

Positiv ist zudem, dass Versicherte die Wahl behalten, ob sie ihre Einkommensdaten automatisiert übermitteln lassen oder weiterhin selbst Nachweise vorlegen wollen. Damit verbindet der Entwurf Bürokratieabbau mit dem Schutz der informationellen Selbstbestimmung.

Aus Sicht des vzbv bleibt die Regelung jedoch auf bestimmte mitgliedschafts- und beitragsrechtliche Verfahren beschränkt. Das im Entwurf angelegte Once-Only-Prinzip wird nicht auf weitere Bereiche übertragen, in denen Versicherte regelmäßig dieselben Informationen erneut nachweisen müssen. Gerade bei der Zuzahlungsbefreiung müssen Einkommensnachweise weiterhin gesondert erbracht werden. Hier bleibt weiteres Entlastungspotenzial ungenutzt.

> Der vzbv fordert daher:
>
> - **Vorhandene Verwaltungsdaten konsequent nutzen:** Versicherte sollten Einkommensnachweise nicht mehrfach gegenüber verschiedenen Stellen erbringen müssen wenn die erforderlichen Informationen bereits bei öffentlichen Stellen vorliegen. Das Once-Only-Prinzip sollte auch in anderen Bereichen des Gesundheits- und Pflegesystems Anwendung finden.
> - **Mehrfacherfassung von Daten vermeiden:** Relevante Informationen sollten mit Zustimmung der Betroffenen möglichst nur einmal erhoben und für berechtigte Stellen nutzbar gemacht werden.
> - **Die Nutzung vorhandener Einkommensdaten auf weitere Verfahren übertragen:** Dies betrifft insbesondere die Zuzahlungsbefreiung, bei der Versicherte ihre wirtschaftlichen Verhältnisse bislang weiterhin selbst nachweisen müssen.
> - **Transparenz und Kontrolle bei Datenaustausch sicherstellen:** Versicherte müssen nachvollziehen können welche Daten zu welchem Zweck zwischen Behörden und Krankenkassen übermittelt und verarbeitet werden.

# 5. Fehlverhalten im Gesundheitswesen wirksamer bekämpfen

### Maßnahmen im Entwurf (Änderungen § 271, neue §§ 394a, 394b)

- Die Landesverbände der Krankenkassen werden verpflichtend in die Bekämpfung von Fehlverhalten einbezogen.
- Auch Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung sollen stärker beteiligt werden.
- Die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten erhalten erweiterte Möglichkeiten zum Datenaustausch und zur Datenanalyse.
- Der Einsatz moderner Datenverarbeitungsmethoden, insbesondere von Künstlicher Intelligenz, wird ausdrücklich ermöglicht.
- Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) wird verpflichtet, ein Konzept für eine bundesweite Betrugspräventionsdatenbank vorzulegen.

### Bewertung durch den Verbraucherzentrale Bundesverband

Der vzbv begrüßt das Ziel, Fehlverhalten im Gesundheitswesen wirksamer zu bekämpfen. Verbraucher:innen haben ein berechtigtes Interesse daran, dass Beitragsmittel wirtschaftlich eingesetzt werden und Abrechnungsbetrug konsequent verfolgt wird.

Aus Verbrauchersicht greift der Entwurf jedoch zu kurz. Er stärkt vor allem die institutionelle Zusammenarbeit und den Datenaustausch zwischen Kranken- und Pflegekassen. Die Perspektive der Versicherten bleibt dagegen weitgehend unberücksichtigt. Der Entwurf beantwortet nicht die Frage, wie mit Hinweisen von Versicherten auf mögliches Fehlverhalten umgegangen wird und welche Rechte Betroffene im Verfahren haben.

Die Verbraucherzentralen beobachten aus ihrer Beratungspraxis, dass Hinweisen von Verbraucher:innen auf möglichen Abrechnungsbetrug oder andere Formen des Missbrauchs nicht von allen Kassen systematisch nachgegangen wird. Betroffene berichten, dass ihnen vermittelt wird, eine weitere Prüfung lohne sich nicht oder dass unklar bleibt, welche Stelle für die Bearbeitung verantwortlich ist.

Die im Entwurf vorgesehenen Regelungen adressieren dieses Problem nicht. Sie schaffen weder eine zentrale Anlaufstelle für Missbrauchsmeldungen noch verbindliche Vorgaben zur Bearbeitung, Rückmeldung oder Nachverfolgung solcher Hinweise. Damit bleibt die Verantwortungsdiffusion zwischen verschiedenen Institutionen bestehen, die der vzbv bereits in seinen Vorschlägen zum Bürokratieabbau als zentrales Problem identifiziert hat.

Kritisch bewertet der vzbv zudem die erweiterten Möglichkeiten zur Datenübermittlung und den Einsatz von KI. Zwar kann die Nutzung moderner Analysemethoden die Aufdeckung von Fehlverhalten unterstützen. Gleichzeitig handelt es sich um sensible Gesundheits- und Sozialdaten. Aus Sicht des vzbv müssen Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Betroffenenrechte auch bei automatisierten Auswertungen uneingeschränkt gewährleistet bleiben. Entscheidungen mit Auswirkungen auf Versicherte dürfen nicht allein auf datengetriebenen Analysen beruhen.

> Der vzbv fordert, die Bekämpfung von Fehlverhalten stärker an den Interessen der Versicherten auszurichten.

- **Hinweise auf mögliches Fehlverhalten müssen verbindlich geprüft werden:** Kranken- und Pflegekassen sollten verpflichtet werden, Hinweisen auf nicht erbrachte Leistungen, Falschabrechnungen oder das Einholen von Vorausunterschriften systematisch nachzugehen.
- **Eine zentrale Anlaufstelle für Missbrauchsmeldungen schaffen:** Eine zentrale Stelle sollte Meldungen bündeln, an die zuständige Einrichtung weiterleiten und die Bearbeitung koordinieren sowie Rückmeldung und Transparenz über den Bearbeitungsstand gewährleisten.
- **One-stop-Shop für Korrektur von Fehlern in Abrechnungsdaten einführen**: Verbraucher:innen würden ebenso von einer zentralen Ansprechstelle für die Korrektur von fehlerhaften Abrechnungsdaten enorm profitieren, bei der Abrechnungen gemeldet und korrigiert werden können.
- **Datenschutz und Betroffenenrechte absichern:** Die erweiterten Datenübermittlungsbefugnisse sowie der Einsatz von KI müssen durch klare Regelungen zu Transparenz, Zweckbindung und Nachvollziehbarkeit begleitet werden. Entscheidungen mit Auswirkungen auf Versicherte dürfen nicht ausschließlich auf automatisierten Auswertungen beruhen.

# 6. Zukunftsfonds digitale Gesundheit

## Maßnahmen im Entwurf (Änderungen § 271, neue §§ 394a, 394b)

- Es wird ein „Zukunftsfonds digitale Gesundheit“ eingerichtet, aus dessen Mitteln digitale Innovationen im Bereich von Anwendungen, Infrastrukturen und IT-Sicherheit gefördert werden sollen. Hierfür erhält der Zukunftsfonds eine Fördersumme in Höhe von jährlich 25 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.
- Gleichzeitig wird die Zuweisung an den Innovationsfonds nach § 92a SGB V in derselben Höhe gekürzt.
- Die Entscheidung über die Bewilligung und Bewertung der Fördervorhaben obliegt einem neu zu gründenden „Digital Health Council“. Der Digital Health Council setzt sich zusammen aus Vertreter:innen des GKV-SV, des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Gesellschaft für Telematik sowie der Gesundheitsindustrie.
- Für Verwaltung und Auszahlung der Fördersumme beauftragt das BMG eine kontoführende Stelle. Zur Unterstützung des BMG sowie des Digital Health Council wird ein Förderträger beauftragt. Aus der Fördersumme werden auch alle Kosten gedeckt, die der kontoführenden Stelle, dem BMG sowie dem Förderträger aus der Wahrnehmung ihrer jeweiligen Aufgaben entstehen.

## Bewertung durch den Verbraucherzentrale Bundesverband

Ziel der vorgeschlagenen Maßnahmen ist es der Begründung zufolge, digitale Lösungen mit einem konkreten Mehrwert für ambulante und sektorenübergreifende Versorgungsprozesse zu fördern und damit ihren Transfer in den Versorgungsalltag zu beschleunigen. Dieses Ziel ist aus Sicht des vzbv zu begrüßen. Schon im Jahr 2018 forderten die Maßgeblichen Patientenorganisationen in ihrer

Positionierung zur Verlängerung des Innovationsfonds einen verbindlichen Transfermechanismus[1], wie im Koalitionsvertrag von 2021 vorgesehen.[2]

Die nun vorgeschlagenen Maßnahmen erscheinen jedoch weder erforderlich noch zweckdienlich, um die Förderung und den Transfer von digitalen Lösungen zu verbessern. Die intendierte Förderung ist in weiten Teilen bereits heute über die bewährten Strukturen und Mechanismen des Innovationsfonds möglich. Sofern die Fördervorgaben des Innovationsfonds aus Sicht des Gesetzgebers zu eng sind, sollten sie dort angepasst werden, denn hier besteht für die Maßgeblichen Patientenorganisationen zumindest ein Mitberatungsrecht. Mit der Verlagerung der Förderentscheidung auf den Digital Health Council in der geplanten Zusammensetzung entfällt für die Patientenvertretung dagegen jegliche Form der Mitsprache, welche Projekte gefördert werden. Es erscheint unverständlich, weshalb die Gesundheitsindustrie hier ein Mitspracherecht erhalten soll, die Patientenvertretung beim Gemeinsamen Bundesausschuss (PatV) jedoch nicht.
Zwei Gründe unterstreichen, wie widersinnig diese Entscheidung ist: Erstens handelt es sich bei den zu verteilenden Fördermitteln um Beitragsmittel der Patient:innen. Zweitens steht realistischerweise zu befürchten, dass die Förderung von digitalen Innovationen in der Praxis vollständig aus dem Innovationsfonds auf den Zukunftsfonds ausgelagert wird, auch wenn dies im vorliegenden Entwurf nicht explizit so angelegt ist. Der vzbv ist überzeugt, dass digitale Innovationen nur dann erfolgreich sein können, wenn sie das Vertrauen und die Akzeptanz der Bevölkerung haben. Hierfür ist eine möglichst frühzeitige Einbeziehung der Patientenvertretung entscheidend. Die vorgeschlagenen Regelungen bewirken das Gegenteil.

Weiterhin werden mit der kontoführenden Stelle, dem Digital Health Council sowie dem Förderträger Doppelstrukturen zum Innovationsfonds und somit zusätzliche Bürokratie aufgebaut. Dies widerspricht dem erklärten Ziel des Gesetzes, zum Bürokratierückbau beizutragen. Zudem sollen die gegenüber dem Status quo zusätzlich anfallenden Kosten, die bei der kontoführenden Stelle, dem BMG sowie dem Förderträger entstehen, aus der Fördersumme finanziert werden, ohne dass diese erhöht würde. Dies reduziert den Betrag, der letztlich für die Förderung von digitalen Innovationen zur Verfügung steht.

Der vzbv fordert, die Förderung digitaler Innovationen weiterhin über die bestehenden Strukturen des Innovationsfonds abzuwickeln:

- **Patientenperspektive verbindlich einbeziehen:** Die Förderung digitaler Innovationen darf nicht ohne Beteiligung der Patientenvertretung erfolgen. Die maßgeblichen Patientenorganisationen müssen auch künftig an Entscheidungen über den Einsatz von Fördermitteln beteiligt werden.
- **Parallele Förderstrukturen vermeiden:** Statt neue Entscheidungs- und Verwaltungsstrukturen aufzubauen, sollte die vorgesehene Förderung über die bestehenden Strukturen des Innovationsfonds erfolgen. So steht möglichst viel Geld tatsächlich für Innovationen und nicht für zusätzliche Verwaltung zur Verfügung.
- **Transfer erfolgreicher Innovationen verbessern:** Der Gesetzgeber sollte den Transfer digitaler Innovationen in die Regelversorgung durch einen verbindlichen Transfermechanismus stärken.

[1] PatV: Positionierung der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V zur Verlängerung des Innovationsfonds, 2018.

[2] Bundesregierung: Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90 / Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP), 2021

# IV. Weiterer Handlungsbedarf aus Sicht der Versicherten

Der Referentenentwurf enthält wichtige Verbesserungen, lässt aber zentrale Bürokratiehürden für Versicherte unangetastet. Gleichzeitig baut er Bürokratie vor allem dort ab, wo Krankenkassen, Leistungserbringer und Verwaltungen entlastet werden. Viele Hürden, mit denen Versicherte, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen im Alltag konfrontiert sind, bestehen dagegen fort.
Wer Leistungen beantragt, muss weiterhin häufig dieselben Informationen mehrfach vorlegen, Zuständigkeiten klären, Bearbeitungsstände erfragen oder komplexe Genehmigungsverfahren durchlaufen. Der vzbv sieht deshalb weiteren Handlungsbedarf. Ziel muss sein, Verwaltungsaufwand für Versicherte tatsächlich zu verringern, Verfahren nachvollziehbarer zu machen und den Zugang zu Gesundheits- und Pflegeleistungen einfacher und verlässlicher zu gestalten.

## 1. Prozesse digitalisieren und automatisieren

- **Elektronische „Kind-krank“-Bescheinigung einführen:** Mit einer elektronischen „Kind-krank“ Bescheinigung (Muster 21) vergleichbar zur elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (e AU) müssen Arztpraxen die Bescheinigung nicht mehr ausdrucken und signieren, die Bescheinigung muss nicht mehr postalisch verschickt oder abgeholt werden und Eltern müssen sie anschließend nicht digitalisieren, um sie Arbeitgeber und Krankenkasse zukommen zu lassen.
- **Antragsverfahren der Krankenkassen** konsequent digitalisieren (für Versicherte optional) und doppelte Authentifizierung (erst digital/online, dann zusätzlich auf Papier) abstellen.
- **Pflicht zur automatischen Auslösung von Reha-Anträgen** für Leistungserbringer nach stationären oder ambulanten Operationen (zum Beispiel Sozialdienste der Krankenhäuser) bereits mit der Aufnahme, soweit Reha standardmäßig indiziert ist (zum Bespiel Hüft-, Knie-TEP, nach Herzinfarkt, Herzinsuffizienz et cetera.).
- **Richtlinien zur ärztlichen Verordnung von Hilfsmitteln** mittels Prüfauftrag überprüfen, ob in weiteren Fällen von Folgeverordnungen abgesehen werden kann.
- **Digitale Wiederholungsverordnungen für Dauermedikationen ermöglichen:** Bei langfristig stabil eingestellter Medikation sollten Folgerezepte für längere Zeiträume digital ausgestellt werden können.

## 2. Zuständigkeiten und Verantwortung bündeln

- **Federführenden Leistungsträger bei unklaren Zuständigkeiten bestimmen und Anträge weiterleiten:** Versicherte, Pflegebedürftige und An- bzw. Zugehörige wissen häufig nicht, welcher Leistungsträger für bestimmte Leistungen zuständig ist. Nach dem Vorbild des § 14 SGB IX sollte ein zunächst angegangener Leistungsträger verpflichtet werden, Anträge an den zuständigen Träger weiterzuleiten und die Antragstellenden hierüber zu informieren. Dies würde Fehlanträge, Doppelanfragen und Verzögerungen reduzieren und den Zugang erleichtern.

- **Missbrauchsmeldungen automatisch nachverfolgen:** Kranken- und Pflegekassen müssen bei Hinweisen auf Missbrauch (zum Beispiel Abrechnung nicht erbrachter Leistungen oder Einholen von Vorausunterschriften) verbindlich tätig werden. Unklare Verantwortlichkeiten erzeugen derzeit unkoordinierte Anfragen durch Betroffene und Mehraufwände bei verschiedenen Stellen im System. Diese Verantwortungsdiffusion könnte aufgelöst werden durch eine zentrale Anlaufstelle, die Meldungen bündelt, sowie klare Verpflichtungen zur Prüfung, Rückmeldung und Transparenz über den Bearbeitungsstand.

## 3. Genehmigungs- und Antragsverfahren vereinfachen

- **Zahnersatz** (§ 55 SGB V, Abs. 2 und 3): Krankenkassen gesetzlich verpflichten, bei Genehmigung aktiv über Möglichkeiten zu informieren, wie die Eigenanteile reduziert werden können (Erhöhung des Festzuschusses) und die Versicherten bei Bedarf dabei zu unterstützen.
  Dafür entsprechenden Hinweis in Formular Heil- und Kostenplan aufnehmen.
- **Genehmigungsfiktionen ausweiten und vereinheitlichen**: Für Anträge auf Leistungen wie Wohnraumanpassungen, Rehabilitationsmaßnahmen oder Hilfsmittel sollten klare und einheitliche Fristen gelten. Erfolgt innerhalb dieser Fristen keine Entscheidung oder Mitteilung eines Prüfbedarfs durch den zuständigen Leistungsträger, sollte der Antrag als genehmigt gelten. Versicherte sind über diese Regelungen verständlich zu informieren.
- **Krankenfahrten unbürokratischer gestalten:** Für regelmäßig notwendige Krankenfahrten, insbesondere zur Dialyse oder Krebsbehandlung, sollte die ärztliche Verordnung grundsätzlich als Leistungsnachweis genügen. Zusätzliche Genehmigungsverfahren verursachen vermeidbaren Aufwand für Versicherte und Krankenkassen.
- **Genehmigungsverfahren bei Heilmitteln abbauen**: Versicherte erleben bei langfristig oder über den Regelfall hinaus verordneten Heilmitteln häufig zeitaufwändige Prüf- und Genehmigungsverfahren. Bei medizinisch begründeten Verordnungen sollte die ärztliche Entscheidung grundsätzlich ausreichend sein.

## 4. Transparenz und Orientierung für Versicherte stärken

- **Formulare, Bescheide und Antragsverfahren** der Krankenkassen mittels Prüfauftrag auf Laienverständlichkeit überprüfen
- **Bearbeitungsstände** (zum Beispiel Antrag auf Reha-Maßnahme, Hilfsmittel, Pflegegrad) transparent und nachvollziehbar gestalten, ähnlich der Paketverfolgung: Antrag eingegangen / Medizinischer Dienst beteiligt / Entscheidung in Bearbeitung / Bescheid versandt. Dies vermeidet mehrmaliges Anrufen/Nachfragen bei Krankenkassen.
- **Bundesweit und kostenträgerübergreifend einheitliche Formulare und Fristen für Anträge** (zum Beispiel Reha, Fahrtkostenübernahme, Hilfsmittel, Haushaltshilfe)
- **Vorprüfung vor Widerspruchsverfahren bei Pflegegradbescheiden einführen:**
  Viele Versicherte erhalten erst im Widerspruchsverfahren den angemessenen Pflegegrad.
  Eine verpflichtende Vorprüfung vor Einleitung des Widerspruchsverfahrens könnte ermöglichen, Missverständnisse zu klären oder fehlende Unterlagen nachzureichen und so unnötigen Aufwand für Versicherte, Angehörige und Pflegekassen vermeiden.

- **Begleitende Beratung nach Antragstellung auf Pflegeleistungen anbieten:** Das Pflegegradverfahren ist für Pflegebedürftige sowie An- und Zugehörige häufig schwer verständlich. Nach Eingang eines Antrags sollte daher eine niedrigschwellige Pflegeberatung beziehungsweise. Pflegebegleitung angeboten werden, um über relevante Kriterien der Begutachtung, erforderliche Unterlagen und das weitere Verfahren zu informieren. Dies kann die Qualität der Anträge verbessern und Fehlentscheidungen vermeiden.
- **Bei Ablehnungen auf alternative Leistungsansprüche und Beratungsangebote hinweisen**: Versicherte wissen nach einer Leistungsablehnung häufig nicht, welche weiteren Ansprüche in Betracht kommen oder an welche Stellen sie sich wenden können. Krankenkassen und andere Leistungsträger sollten verpflichtet werden, in Ablehnungsbescheiden auf naheliegende alternative Anlaufstellen, Leistungen oder Beratungsangebote hinzuweisen. Dies würde Orientierung schaffen und unnötige Folgeanträge vermeiden.

# V.Gesamtbewertung

Der Referentenentwurf geht an mehreren Stellen in die richtige Richtung. Er reduziert Nachweispflichten für chronisch kranke Menschen, stärkt die Informations- und Beratungsrechte in der Hilfsmittelversorgung und nutzt vorhandene Verwaltungsdaten stärker als bisher. Damit greift er wichtige Forderungen des vzbv auf und zeigt, dass Bürokratieabbau im Gesundheitswesen möglich ist.

Gleichzeitig bleibt der Entwurf hinter seinem eigenen Anspruch zurück. Er vereinfacht vielfach Abläufe zwischen Krankenkassen, Leistungserbringern und Verwaltung, beseitigt aber viele der Hürden nicht, mit denen Versicherte im Alltag konfrontiert sind. Wer Leistungen benötigt, muss weiterhin Informationen mehrfach bereitstellen, Zuständigkeiten klären, Bearbeitungsstände erfragen oder zusätzliche Genehmigungsverfahren durchlaufen.

Besonders problematisch ist, dass der Entwurf dort zu kurz greift, wo Bürokratie Versicherte unmittelbar belastet. Das Once-Only-Prinzip gilt bislang nur für ausgewählte Verfahren. Transparenz über laufende Anträge fehlt weiterhin. Digitale Verfahren bleiben lückenhaft. Bei Hinweisen auf Fehlverhalten fehlen klare Zuständigkeiten, verbindliche Prüfpflichten und nachvollziehbare Rückmeldungen. Gleichzeitig erhalten Versicherte vielerorts zwar mehr Informationen über Verträge und Anbieter, aber noch nicht ausreichend Orientierung für die konkrete Entscheidung über ihre Versorgung. Der Entwurf zeigt damit die Grenzen eines Bürokratieabbaus auf, der vor allem das System entlastet. Bürokratie verschwindet nicht automatisch, wenn Krankenkassen oder Leistungserbringer weniger Aufwand haben. Sie verschwindet erst dann, wenn Versicherte Leistungen einfacher beantragen, schneller erhalten und ihre Ansprüche leichter durchsetzen können.

Der vzbv fordert deshalb, den Referentenentwurf konsequent aus der Perspektive der Versicherten weiterzuentwickeln. Vorhandene Daten sollten Nachweise ersetzen. Verfahren sollten transparent, digital und nachvollziehbar sein. Zuständigkeiten müssen klar geregelt werden. Wer auf Leistungen der Kranken- oder Pflegeversicherung angewiesen ist, darf nicht an

> Formularen, Genehmigungen oder Verwaltungsgrenzen scheitern. Bürokratieabbau im Gesundheitswesen gelingt erst dann, wenn nicht nur das System einfacher wird, sondern der Zugang zur Versorgung. Daran muss sich das HiB messen lassen.

## Impressum

**Herausgegeben von:**
Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.
Rudi-Dutschke-Straße 17, 10969 Berlin

T +49 30 25800-0
gesundheit@vzbv.de
vzbv.de

**Für den Inhalt verantwortlich:**
Team Gesundheit und Pflege

**Stand:**
November, 2026

Der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. ist im Deutschen Lobbyregister und im europäischen Transparenzregister registriert. Sie erreichen die entsprechenden Einträge hier und hier.