

**BIX  
2017**

DER BÜROKRATIEINDEX  
FÜR DIE VERTRAGSÄRZTLICHE  
VERSORGUNG

Belastung transparent machen,  
Bürokratie abbauen.



## IMPRESSUM

**Dieser Bericht wurde erarbeitet von**  
Prof. Dr. Volker Wittberg,  
Fachhochschule des Mittelstands (FHM)  
RA Hans-Georg Kluge,  
Staatssekretär a.D., Landrat a.D.,  
Röttgen, Kluge & Hund PartG mbB  
RA Heiko Rottmann,  
Röttgen, Kluge & Hund PartG mbB

**Herausgeber**  
Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Dezernat 4 – Ärztliche Leistungen  
und Versorgungsstruktur  
Aufgabenbereich Bessere Regulierung  
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

**Design und Umsetzung**  
malzwei Grafikdesign

**Druckerei**  
Laserline Berlin

**Bildnachweise**  
© Adobe Stock – lightwavemedia,  
StockPhotoPro; © axentis.de;  
© www.christiangeisler.de;  
© Fotolia – Wavebreakmedia;  
© iStock – Eva Katalin Kondoros,  
idrutu, kokouu, loops7, megaflopp

**Stand**  
Oktober 2017



Staatlich anerkannte, private  
**Fachhochschule des  
Mittelstands (FHM)**

## DANK AN MITWIRKENDE

Die Gutachter danken allen Interviewpartnern aus den befragten Arztpraxen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe für die Unterstützung bei der Erhebung. Auf einen Dank unter namentlicher Nennung der Beteiligten wird verzichtet, weil mehrere Interviewpartner ausdrücklich auf Vertraulichkeit Wert gelegt haben. Das wird selbstverständlich respektiert.

## HINWEIS

Im Interesse einer besseren Lesbarkeit werden die Geschlechter nicht durch ausdrücklich geschlechtsspezifische Personenbezeichnungen benannt. Die gewählte männliche Form schließt eine adäquate weibliche Form gleichberechtigt ein.

**KBV**

KASSENÄRZTLICHE  
BUNDESVEREINIGUNG

# Inhalt

**1**

**Management  
Summary** Seite 4

**2**

**Ziel und Methode der  
Untersuchung** Seite 6

- 2.1 Bürokratiekostenkontrolle  
und -begrenzung durch  
Index BIX Seite 7
- 2.2 Methodisches Vorgehen  
Seite 8

**3**

**Ergebnis  
Bürokratieindex 2017**  
Seite 10

- 3.1 Index im Überblick  
Seite 11
- 3.2 Be- und Entlastungen  
im Detail Seite 12

**4**

**Aktuelle Belastung  
durch Bürokratiekosten**  
Seite 16

- 4.1 Aufwände nach  
Themenbereichen Seite 17
- 4.2 Aufwände in Stunden  
und Kosten Seite 18
- 4.3 Die Top 25 Informations-  
pflichten Seite 18

**5**

**Entbürokratisierung  
durch Digitalisierung?**  
Seite 22

- 5.1 Digitalisierung in der  
vertragsärztlichen Versorgung  
Seite 23
  - › Blick in die Praxis / Interview:  
Die digitale Laborüberweisung  
Seite 25

**6**

**Schlussfolgerungen  
der KBV** Seite 26

**7**

**Vorschläge der KBV  
zum Bürokratieabbau**  
Seite 28

- › Blick in die Praxis:  
Das Formularlabor Westfalen-Lippe  
Seite 30

# 1

## Management Summary

Der Bürokratieindex basiert auf einer Bestandsmessung des Bürokratieaufwands für Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die im Rahmen des Projektes „Mehr Zeit für Behandlung“ durch das Statistische Bundesamt für das Jahr 2013 durchgeführt wurde. Damals war ein Gesamtaufwand von über 56 Millionen Stunden gemessen worden, die für die Praxen jährlich zur Erfüllung des Bürokratieaufwands aus den Vorgaben der Selbstverwaltung auf Bundesebene anfallen. Durch den Bürokratieindex wird die Messung des Statistischen Bundesamtes fortgeschrieben, um transparent zu machen, wie sich die Bürokratiebelastung entwickelt.

Von 2013 bis 2016 konnte ein Rückgang der Belastung von fast 5% festgestellt werden, aktuell ist ein Anstieg von 0,2% zu verzeichnen.

Nachdem im letzten Jahr von 2013 bis 2016 ein Rückgang der Belastung um fast 5 Prozent festgestellt werden konnte, ist aktuell ein leichter Anstieg um 0,2 Prozent gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen. Damit fallen derzeit über 54 Millionen Stunden für die Informationspflichten aus den Vorgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung an. Hinzu kommen die Aufwände, die sich aus der Bundes- und Landesgesetzgebung sowie Vorgaben auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kommunen ergeben.

Obwohl im vergangenen Jahr einige Maßnahmen umgesetzt werden konnten, die zu einem Rückgang der Belastung in den Praxen beigetragen haben (zum Beispiel die Vereinfachung der sogenannten Chroniker-Bescheinigung oder die Verlängerung der Behandlungskontingente bei der Langzeitpsychotherapie), wurden diese Entlastungen durch den Anstieg der Aufwände an anderer Stelle neutralisiert. Hierbei fällt auf, dass der Anstieg der Belastung nur zum Teil durch neue Informationspflichten begründet ist. Ein großer Teil der neuen Belastungen ist auf den Anstieg der Fallzahlen bei bestehenden Informationspflichten zurückzuführen.

Ein großer Teil der neuen Belastungen ist auf den Anstieg der Fallzahlen bei bestehenden Informationspflichten zurückzuführen.

Wie bereits im letzten Jahr beobachtet, sind die Zahlen für die jährlichen Verordnungen von Krankentransporten und Heilmitteln sowie die Bescheinigungen von Arbeitsunfähigkeit weiter gestiegen, was auch zu einem Anstieg der damit verbundenen bürokratischen Aufwände führt.

Insbesondere durch den demographischen Wandel ist auch für die Zukunft mit steigenden Fallzahlen zu rechnen. Es wird daher zu einem weiteren Anstieg der bürokratischen Belastung für Praxen kommen, wenn nicht ausreichend Maßnahmen für eine Reduzierung der administrativen Aufwände ergriffen werden. Die KBV fordert deshalb ein gesetzlich verpflichtendes Abbauziel für die bürokratische Belastung in Arztpraxen durch die Regelungen der gemeinsamen Selbstverwaltung. Die Bundesregierung hat mit dieser Maßnahme die bürokratische Belastung für die Wirtschaft um 25 Prozent reduzieren können. Neben diesem Ansatz werden am Ende des Berichts weitere Vorschläge gemacht, mit denen die Bürokratie für Arzt- und Psychotherapeutenpraxen abgebaut werden kann.

Besondere Bedeutung kommt aktuell Ansätzen zu, die eine Digitalisierung der bestehenden Prozesse vorsehen. Daher wird in diesem Bericht dem Thema Digitalisierung und Bürokratieabbau ein eigenes Kapitel gewidmet. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass Digitalisierung zwar eine große Chance für den Abbau von Bürokratie darstellt, diese aber nicht zwangsläufig eine Reduzierung der administrativen Aufgaben für Praxen bedeutet. Aktuell lässt sich beobachten, dass die Umsetzung von Digitalisierungsvorhaben oft mit neuen bürokratischen Pflichten für Praxen verbunden ist. Bei der Planung und Umsetzung der Digitalisierung in der vertragsärztlichen Versorgung sollte daher das Augenmerk stärker auf das Potenzial für die Entlastung von Bürokratie gerichtet werden.

Die KBV fordert ein verpflichtendes Abbauziel für die bürokratische Belastung in Arztpraxen.

Digitalisierung stellt eine Chance für den Abbau von Bürokratie dar, reduziert aber nicht zwangsläufig die administrativen Aufgaben für Praxen.

# 2

## Ziel und Methode der Untersuchung

### Ziel

› Die jährliche Messung der Bürokratielasten für Vertragsärzte und -psychotherapeuten und Abbildung im Bürokratieindex (BIX) dient der Transparenz und der effektiven Kontrolle der Bürokratiebelastung der Normadressaten. Der Index gibt Entscheidern eine wichtige Informationsgrundlage für eine bessere Regulierung.

### Methode

› Auf der Grundlage des bewährten Standardkosten-Modells (SKM) wird der in den Praxen anfallende bürokratische Aufwand für die durch die Regelungen der gemeinsamen Selbstverwaltung verursachten Informationspflichten untersucht. Die Entwicklung der Belastung wird als Index dargestellt.

Mittelbar soll der Bürokratieindex zu mehr Aufmerksamkeit und Bewusstsein führen hinsichtlich des Zieles der Entbürokratisierung.



## 2.1

# Bürokratiekostenkontrolle und -begrenzung durch Index BIX

Die starke Belastung durch administrativen Aufwand für Vertragsärzte und -psychotherapeuten raubt Zeit für die Behandlung der Patienten und behindert damit die Versorgung; überdies stellt sie ein großes Hemmnis für die Niederlassung des ärztlichen Nachwuchses dar. Angesichts der demographischen Entwicklung und der für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Zeitaufwände für ärztliche Versorgung ist ein Abbau des Bürokratieaufwands in den Praxen unabdingbar.

Der 2016 durch das Projekt der KBV und der Fachhochschule des Mittelstands eingeführte und jährlich aktualisierte Bürokratieindex (BIX)<sup>1</sup> leistet dabei einen Beitrag zur Transparenz von Bürokratieaufwand und -kosten, welche die Voraussetzung für die Kontrolle und den nachhaltigen Abbau der bürokratischen Belastung ist. Der Bürokratieindex zeigt an, ob und in welchem Umfang das Ziel des Bürokratieabbaus im vertragsärztlichen Bereich tatsächlich erreicht wird, und stellt damit für Ent-

scheider eine wichtige Information für eine bessere Regulierung und Normsetzung dar. Mittelbar soll der Bürokratieindex zudem zu mehr Aufmerksamkeit und Bewusstsein hinsichtlich des Zieles der Entbürokratisierung führen und alle Akteure bei neuer Regulierung immer auch zu einer Folgenabschätzung im Hinblick auf den Bürokratieaufwand anhalten.

Der Bürokratieindex (BIX) für Vertragsärzte und -psychotherapeuten wurde analog zum Bürokratiekostenindex (BKI) des Statistischen Bundesamtes konzipiert, mit dem die Bundesregierung die Bürokratiekosten für die Wirtschaft seit 2012 misst und kontrolliert<sup>2</sup>, und soll seinerseits zu besserer Rechtsetzung in der gemeinsamen Selbstverwaltung beitragen. Er schreibt die durch das Statistische Bundesamt (Destatis) und den Nationalen Normenkontrollrat (NKR) im Jahre 2015 vorgelegte Untersuchung „Mehr Zeit für Behandlung“<sup>3</sup>, die als Nullmessung und Ausgangspunkt dient<sup>4</sup>, für den Bereich der Selbst-

verwaltung auf Bundesebene kontinuierlich fort und ermöglicht so eine Vergleichbarkeit und fortlaufende Bürokratiekostenkontrolle in den Folgejahren. Dafür wird das Ergebnis der Bestandsmessung mit dem Basisjahr 2013 als Ausgangsgröße mit dem Wert 100 indiziert; die Ergebnisse der Folgeuntersuchungen werden an diesem Basiswert orientiert.

1) Fachhochschule des Mittelstands, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Belastung transparent machen, Bürokratie abbauen, BIX 2016, Der Bürokratieindex für die vertragsärztliche Versorgung, Bericht für das erste Erhebungsjahr des BIX vom November 2016.

2) Siehe dazu Fachhochschule des Mittelstands et al., a.a.O., Bericht 2016, Kapitel 6, S. 24.

3) Statistisches Bundesamt / Nationaler Normenkontrollrat, gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und Bundeszahnärztekammer (KZBV/BZÄK) sowie dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV), Mehr Zeit für Behandlung, Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Arzt- und Zahnarztpraxen, Abschlussbericht August 2015.

4) Siehe zur Bestandsmessung mit dem Basisjahr 2013: Fachhochschule des Mittelstands et al., a.a.O., Kapitel 4, S. 12.

*Angesichts der demographischen Entwicklung ist ein Abbau des Bürokratieaufwands unabdingbar.*

## 2.2 Methodisches Vorgehen

### Messung des Aufwands aus Informationspflichten mit dem Standardkosten-Modell (SKM)

Die Messung und Ausweisung von Bürokratiekosten erfolgt in dieser Studie auf der Grundlage des Standardkosten-Modells (SKM)<sup>5</sup>. Es handelt sich dabei um ein fundiertes und bereits in mehreren europäischen Ländern etabliertes Verfahren zur Messung von Bürokratielasten, welches in den Niederlanden in den 1990er Jahren entwickelt und zum ersten Mal angewandt wurde. Mit diesem methodischen Ansatz können sogenannte Informations- und Berichtspflichten erfasst werden, die durch gesetzliche und untergesetzliche Normen den Normadressaten, hier den Vertragsärzten und -psychotherapeuten, auferlegt werden.

Informationspflichten<sup>6</sup> stellen einen klar abgegrenzten Bereich der Bürokratie dar, nämlich unmittelbare und mittelbare Informationstransfers, zu denen die Normadressaten durch den Staat verpflichtet werden. Bei Informationspflichten für Vertragsärzte und -psychotherapeuten handelt es sich vor allem um Berichts- und Dokumentations- oder um Antragspflichten wie zum Beispiel Genehmigungsanträge, Bescheinigungen, Verordnungen sowie Statistiken, Nachweise etc., die sich aus formellen Gesetzen oder aus Regelungen der gemeinsamen Selbstverwaltung ergeben, und deren Zeit- beziehungsweise Kostenaufwand durch Befragungen ermittelt werden.

### Auswahl der Informationspflichten

Die Studie ist dabei fokussiert auf die durch die gemeinsame Selbstverwaltung in ihrem Verantwortungsbereich auf Bundesebene veranlassten Infor-

mationspflichten für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten. Insbesondere wurden alle Novellierungen des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) und seiner Anlagen sowie Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) auf Änderungen der bestehenden Informationspflichten und neue Informationspflichten hin überprüft. Hierbei wurden alle Änderungen berücksichtigt, die bis zum 31.03.2017 beschlossen wurden und bis zum 30.09.2017 in Kraft getreten sind.

Nicht betrachtet wurden hingegen die durch die Bundesgesetzgebung aus der Zuständigkeit des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) begründeten Informationspflichten sowie die Büro-

kratielasten, die durch Vorgaben auf der Landes- beziehungsweise KV-Ebene entstehen. Die aus der Bundesgesetzgebung resultierenden Informationspflichten werden durch den Bürokratiekostenindex der Bundesregierung abgebildet<sup>7</sup>.

5) Vgl. zum Standard-Kostenmodell (SKM): Fachhochschule des Mittelstands et al., a.a.O., Bericht 2016, Kapitel 4, S. 8ff.

6) Vgl. ausführlich zum Konzept und zur Definition von Informationspflichten: Kassenärztliche Bundesvereinigung; Bürokratie abbauen – mehr Zeit für Patienten, Handbuch zur Anwendung des Standardkosten-Modells in der vertragsärztlichen Versorgung, Juli 2011, Kapitel 3.4, S. 9ff. und Statistisches Bundesamt / Nationaler Normenkontrollrat, a.a.O.

Abschlussbericht August 2015, Kapitel 4.1., S. 25ff.

7) Statistisches Bundesamt, Bürokratiekostenindex, abrufbar unter: [www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/Buerokratiekosten/Ergebnisse/Buerokratiekostenindex/Buerokratiekostenindex.html](http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/Buerokratiekosten/Ergebnisse/Buerokratiekostenindex/Buerokratiekostenindex.html)

### Informationspflichten im Detail

#### In der Untersuchung betrachtet:

- Informationspflichten aus dem Verantwortungsbereich des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)
- Informationspflichten aus dem Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) sowie den Anlagen
- Informationspflichten aus Regelungen im Verantwortungsbereich der Bundesärztekammer (BÄK)
- Informationspflichten aus Vereinbarungen zwischen KBV und sonstigen Kostenträgern (zum Beispiel Unfallversicherung, Polizei, Bundeswehr)

#### In der Untersuchung NICHT betrachtet:

- Bundesgesetzliche Vorgaben
- Zahnärztliche Informationspflichten
- Ärztliche und psychotherapeutische Leistungen für privat versicherte Patienten
- Informationspflichten, die überwiegend Fachärzte mit geringem oder keinem Kontakt zu Patienten (zum Beispiel Bereich Labormedizin) betreffen
- Informationspflichten, die aus regionalen Regelungen im Verantwortungsbereich von KVen oder Landesärztekammern resultieren
- Regelungen auf Landes- und kommunaler Ebene

## Erhebung der Zeitwerte und Fallzahlen sowie notwendige Anpassungen

Der zeitliche Aufwand, der für die Erfüllung der Informationspflichten erforderlich ist, wurde im Rahmen des Projektes „Mehr Zeit für Behandlung“ durch das Statistische Bundesamt gemessen. Bei Bedarf wurden für einzelne Informationspflichten Nacherhebungen in Form von Ärztebefragungen durch die Fachhochschule des Mittelstands vorgenommen. Für neue Informationspflichten wurden Ex-ante-Abschätzun-

gen nach den Vorgaben des Methodenhandbuches der Bundesregierung<sup>8</sup> durchgeführt. Für Informationspflichten aus den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses wurden die Zeitwerte der dort durchgeführten Ex-ante-Abschätzungen übernommen.

Für die Ermittlung aktueller Fallzahlen wurde sowohl auf KBV-interne als auch auf veröffentlichte Daten zurückgegriffen. Hierbei wurden die jeweils aktuellsten Daten herangezogen. Durch den zeitlichen Abstand zwischen Erhebung und Veröffentlichung von Daten werden Änderungen im Bürokratieindex teilweise erst mit Verzug deutlich, was sich leider nicht verhindern lässt.

Eine weitere Herausforderung stellt die Tatsache dar, dass nicht für alle Informationspflichten auf veröffentlichte oder KBV-interne Daten zurückgegriffen werden kann, um die jährliche Fallzahl zu ermitteln. So wurde im Rahmen des Projektes „Mehr Zeit für Behandlung“ für die Zahl der jährlichen Hilfsmittelverordnungen auf eine Abschätzung des GKV-Spitzenverbandes zurückgegriffen, da keine veröffentlichten Zahlen für alle Krankenkassen vorliegen. Im Rahmen der Aktualisierung der Fallzahlen für den Bürokratieindex 2017 wurde aber beim Abgleich der damals angenommenen Fallzahl von bundesweit 4,7 Millionen Verordnungen jährlich mit den Daten aus dem aktuellen Heil- und Hilfsmittelreport der BARMER<sup>9</sup> deutlich, dass die Fallzahl für diese Informationspflicht bei der Bestandsmessung unterschätzt wurde. Nach den Angaben aus dem Heil- und Hilfsmittelreport haben 2015 bundesweit allein 2.254.074 BARMER-Versicherte Hilfsmittelverordnungen erhalten. Unter der Annahme, dass jeder dieser Versicherten durchschnittlich zwei Verordnungen

pro Jahr erhalten hat (was vermutlich eine konservative Schätzung darstellt), muss mit etwa 4,5 Millionen Hilfsmittelverordnungen allein für die Versicherten der BARMER gerechnet werden. Da aktuell ca. 13 Prozent der gesetzlich Versicherten bei der BARMER versichert sind, muss von bundesweit etwa 34,6 Millionen Hilfsmittelverordnungen (inklusive Hörhilfenverordnungen) ausgegangen werden. Aufgrund dieser ausgeprägten Unterschätzung der Fallzahl haben FHM und KBV entschieden, die Zahlengrundlage an diesem Punkt auch rückwirkend anzupassen. Hierdurch ändert sich auch die Gesamtbelastung durch Bürokratie. Anstatt der im BIX-Bericht von 2016 ausgewiesenen rund 52 Millionen Stunden<sup>10</sup> muss nun von etwa 54 Millionen Stunden ausgegangen werden. Um sinnvolle Vergleiche anstellen zu können, ist diese nachträgliche Anpassung unverzichtbar.

Die Tatsache, dass für einen so bedeutenden Bereich keine belastbaren bundesweiten und krankenkassenübergreifenden Zahlen veröffentlicht sind, macht deutlich, wie gering bisher das Bewusstsein für die aus der einzelnen Vorgabe resultierende Gesamtbelastung ist.

8) Statistisches Bundesamt. Einführung des Standardkosten-Modells – Methodenhandbuch der Bundesregierung, Version 1.2006.

9) BARMER GEK. Heil- und Hilfsmittelreport 2016 – Analysen zur Heil- und Hilfsmittelversorgung in Deutschland, Band 41, herausgegeben von Thomas Brechtel, Nils Kossack und Daniel Grandt.

10) Siehe dazu Fachhochschule des Mittelstands et al., a.a.O., Bericht 2016, Kapitel 5.2, S. 16.



# 3

## Ergebnis Bürokratieindex 2017

Der Bürokratieindex zeigt die Veränderungen der bürokratischen Gesamtbelastung für Vertragsärzte und -psychotherapeuten auf, indem er – an der Nettostunden- beziehungsweise Nettokostenbelastung des Basisjahres 2013 orientiert – die aktuell gemessene Bürokratiebelastung durch die Informationspflichten der gemeinsamen Selbstverwaltung dazu in Beziehung setzt.

› Der Bürokratieindex im Bereich der ärztlichen Selbstverwaltung ist im Vergleich zum Vorjahr 2017 um 0,21 Prozent auf 96,09 Punkte gestiegen (bei Betrachtung nach Nettostunden; 2016: 95,88 Punkte). Damit müssen insgesamt etwa 115.000 Stunden Bürokratieaufwand mehr geleistet werden als 2016.

› Neue Belastungen ergeben sich aus Informationspflichten, die im letzten Jahr neu eingeführt wurden, aber auch aus einem Anstieg der jährlichen Fallzahlen bestehender Informationspflichten.

Abb. 1

**BÜROKRATIEINDEX 2013 / 2016 / 2017**  
BETRACHTUNG NACH NETTOSTUNDEN in Punkten

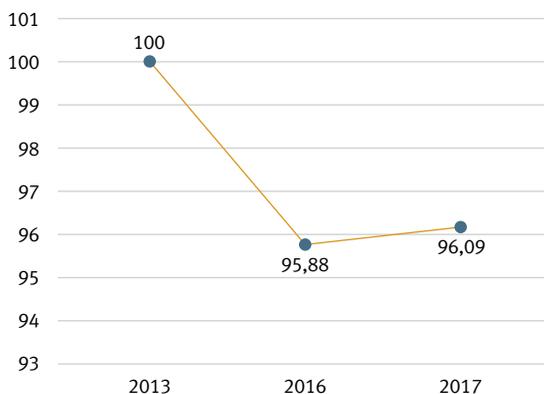
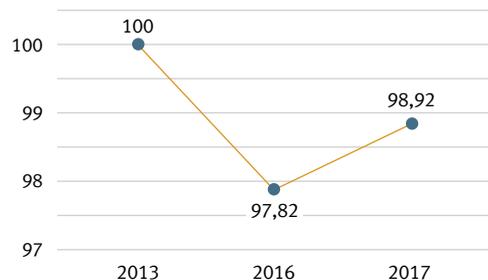


Abb. 2

**BÜROKRATIEKOSTENINDEX 2013 / 2016 / 2017**  
BETRACHTUNG NACH NETTOKOSTEN in Punkten



## 3.1 Index im Überblick

Im Vergleich zum Vorjahr ist es bei 166 Informationspflichten zu höheren Bürokratiebelastungen aufgrund von Erhöhungen bei den Fallzahlen und/oder Zeitwerten oder aber durch das Inkrafttreten neuer Informationspflichten gekommen. Sechs Informationspflichten wurden abgeschafft, bei 103 Informationspflichten hat sich der Aufwand verringert.

Der an der Nettostundenbelastung orientierte Bürokratieindex BIX zeigt einen geringen Anstieg der Bürokratiebelastung für Vertragsärzte und -psychotherapeuten von 95,88 Punkten 2016 auf 96,09 Punkte 2017 und damit eine Steigerung um 0,21 Prozent an. Dies bedeutet einen Anstieg von insgesamt rund 115.000 Nettoarbeitsstunden (Abb. 1, Seite 10).

Bei der Betrachtung der Nettokosten fällt hingegen ein etwas stärkerer Anstieg von 97,82 Punkten 2016 auf 98,92 Punkte 2017 auf, was einem Anstieg von 1,1 Prozent entspricht (Abb. 2, Seite 10). Dies erklärt sich dadurch, dass es auf der einen Seite zu Entlastungen bei Informationspflichten kommt, die typischerweise vor allem durch die Medizinischen Fachangestellten (MFA) erledigt werden (zum Beispiel die Erhebung von Daten im Ersatzverfahren). Auf der anderen Seite kommt es bei den Ärzten selbst zu einem Anstieg der Belastung durch höhere Fallzahlen bei Informationspflichten, die vor allem durch Ärzte erledigt werden (zum Beispiel Verordnung von Krankenförderung). Die Entlastungen betreffen also häufig bürokratische Vorgänge in den Praxen und kommen bei Medizinischen Fachangestellten durchaus an, es verbleibt aber eine vergleichsweise stärkere Belastung beim Arzt oder Psychotherapeuten mit entsprechend höheren Kosten, als durch die reine Stundenbelastung angezeigt.

Die Informationspflichten werden aktuell insgesamt zu 67 Prozent von den Ärzten und Psychotherapeuten selbst erfüllt, nur zu 26 Prozent vom Praxispersonal; 7 Prozent der Pflichten werden sowohl von Ärzten/ Psychotherapeuten als auch von Praxismitarbeitern erledigt (Abb. 3). In den Nachmessungen durch Ärztebefragungen bezüglich neuer oder geänderter Informationspflichten konnte dieser Umstand ebenfalls beobachtet werden. Ziel sollte es jedoch sein, möglichst viele bürokratische Aufwände vom Arzt weg hin zu den MFA zu verschieben.

Die in Abbildung 4 aufgeführten bürokratischen Be- und Entlastungen mit Abweichungen über 100.000 Stunden haben sich dabei entscheidend auf die Entwicklung des Indexes ausgewirkt.

Abb. 3

### AUFTEILUNG AUFWAND 2017 ARZT, PSYCHOTHERAPEUT, MFA NETTOSTUNDEN in Prozent

- Arzt/Psychotherapeut
- Medizinischer Fachangestellter
- gemischt

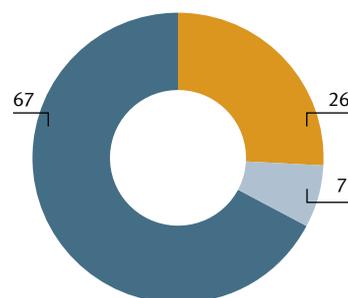
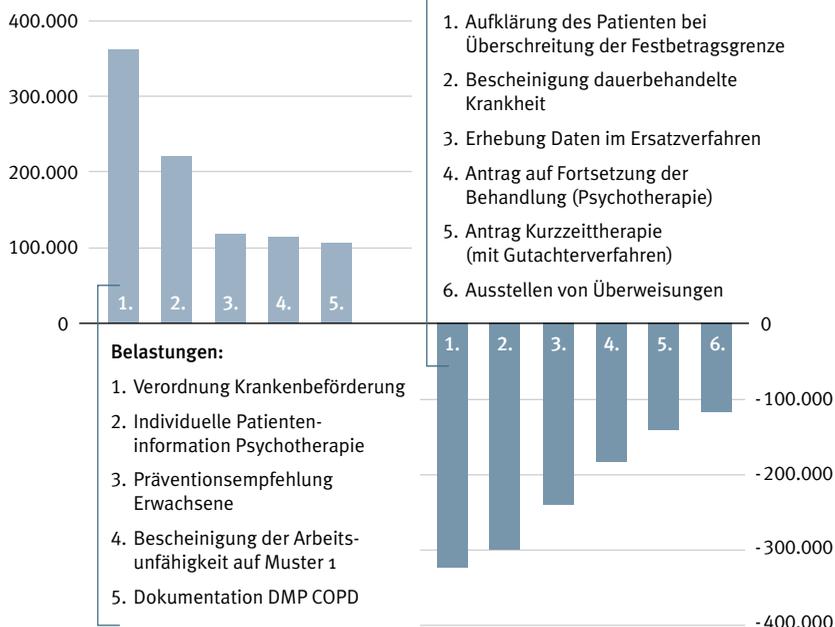


Abb. 4

### TOP BE- UND ENTLASTUNGEN 2017 in Stunden



## 3.2 Be- und Entlastungen im Detail

### Belastungen

Als deutlich stärkste Belastung ist 2017 die „Verordnung Krankenförderung“ zu nennen, die im Vorjahr bereits die zweitgrößte Belastung darstellte<sup>11</sup>. Die Fallzahl der Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransporten und Rettungsfahrten ist im Berichtszeitraum um über 10 Prozent deutlich weiter angestiegen auf über 51 Millionen Fälle pro Jahr. Dieser Anstieg dürfte typischerweise, ähnlich dem Effekt bei der Verordnung von Heilmitteln, auf die demographische Entwicklung zurückzuführen sein.

Durch die seit dem 1. April 2017 gültige Reform der Psychotherapie-Richtlinie wurde die Informationspflicht „Individuelle Patienteninformation Psychotherapie“ neu eingeführt. Unter der Annahme von jährlich rund 788.000 Fällen bedeutet diese eine beachtliche zusätzliche Belastung für die Psychotherapeuten von rund 223.000 zusätzlichen Nettoarbeitsstunden. Des Weiteren wird durch die Reform der Richtlinie die Belastung für die Informationspflicht „Antrag Kurzzeittherapie (ohne Gutachterverfahren)“ um rund 65.000 Arbeitsstunden erhöht und die Informationspflicht „Anzeigeverfahren Akutbehandlung Psychotherapie“ im Umfang von rund 45.000 Arbeitsstunden neu eingeführt. Diesen Aufwüchsen stehen aber auch erhebliche Entlastungen durch die Reform der Psychotherapie-Richtlinie entgegen, so dass im Saldo mit einer Entlastung durch diese Reform zu rechnen ist (siehe hierzu auch Exkurs „Auswirkungen der neuen Psychotherapie-Richtlinie“, Seite 14).

Eine weitere beachtliche bürokratische Belastung durch eine neu eingeführte Informationspflicht stellt die „Präventionsempfehlung“ dar. Aufgrund des Präventionsgesetzes (siehe auch Exkurs „Auswirkungen des Präventionsgesetzes“) sind von behandelnden Ärzten Präventionsempfehlungen für die Patienten in Form einer ärztlichen Bescheinigung auszustellen. Nach der Ex-ante-Abschätzung des Gemeinsamen Bundesausschusses<sup>12</sup> ist für diese seit dem 1. Januar 2017 gültige Informationspflicht von rund 3,6 Millionen Fällen mit einer Gesamtbelastung von ca. 120.000 Nettoarbeitsstunden für die Präventionsempfehlungen für Erwachsene auszugehen. Hinzu kommen die Aufwände für Präventionsempfehlungen für Kinder und Jugendliche mit etwa 500.000 Fällen und rund 17.700 Stunden.

Der weitere Anstieg der Bürokratielasten bei der „Bescheinigung Arbeitsunfähigkeit auf Muster 1“ ist auf eine weiter gestiegene Fallzahl von inzwischen jährlich rund 77 Millionen Fällen zurückzuführen. Seit dem Basisjahr 2013 mit rund 65,7 Millionen Fällen bedeutet dies einen Anstieg von insgesamt 17 Prozent. Dieser Befund lässt sich auf zwei allgemeine Trends zurückführen: Zum einen entspricht dies dem aktuell noch recht hohen Krankenstand der Arbeitnehmer von 4,3 Prozent im ersten Halbjahr 2017<sup>13</sup>. Zudem ist aber auch zu berücksichtigen, dass mit 43,7 Millionen Erwerbstätigen zum Jahresende 2016 ein historischer Höchststand der Beschäftigtenzahl (267.000 beziehungsweise 0,6 Prozent mehr als ein Jahr zuvor) erreicht wurde.

11) Verordnungen Krankenförderung für BIX 2016: 46,2 Millionen Fälle, für BIX 2017 51,05 Millionen Fälle.  
12) Gemeinsamer Bundesausschuss, Tragende Gründe S. 4 zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien: Regelungen über die Ausgestaltung der Empfehlung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 25 Absatz 1 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i. V. m. § 20 Absatz 5 SGB V (Präventionsempfehlung) vom 21.7.2016; abrufbar auf der Internetseite des G-BA unter [www.g-ba.de/downloads/40-268-3898/2016-07-21\\_GU-RL\\_Praevensionsempfehlung\\_TrG.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/40-268-3898/2016-07-21_GU-RL_Praevensionsempfehlung_TrG.pdf)  
13) Nach einer Erhebung der DAK-Gesundheit ist der Krankenstand im ersten Halbjahr 2017 mit 4,3 Prozent nur leicht ggü. dem Maximum von 4,4 Prozent im Jahre 2016 zurück gegangen, also weiterhin auf hohem Niveau, vgl. Pressemitteilung der DAK-Gesundheit vom 26.7.2017.



### Exkurs: Auswirkungen des Präventionsgesetzes

Im Präventionsgesetz von 2015<sup>14</sup> steht die Stärkung der Gesundheitsförderung und Förderung der Prävention in verschiedenen Lebenswelten der Menschen im Vordergrund. Der Prävention soll dabei ein höherer Stellenwert eingeräumt und die Präventionsarbeit umfassend zum Beispiel in Kita, Schule, Betrieb oder Pflegeheim verbessert werden. Niedergelassene Ärzte sind aufgrund ihrer Qualifikation und des besonderen Vertrauensverhältnisses zu ihren Patienten besonders geeignet, eine primärpräventiv orientierte Beratung und Begleitung ihrer Patienten zu leisten, namentlich in den Bereichen Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum. Seit Januar 2017 können sie ihren Patienten daher gemäß § 25 Abs. 1 SGB V in Form einer ärztlichen Bescheinigung Präventionsleistungen empfehlen, um verhaltensbezogene Risikofaktoren für bestimmte Erkrankungen zu senken. Präventionsempfehlungen können sowohl für Erwachsene als auch für Jugendliche und Kinder erstellt werden. Diese Bescheinigung ist von den Krankenkassen dann bei der Erbringung primärpräventiver Angebote an die Patienten zu berücksichtigen. Für die niedergelassenen Ärzte ergibt sich durch die Ausstellung dieser Präventionsbescheinigungen eine neue Informationspflicht mit voraussichtlich beachtlichen Fallzahlen (siehe Kapitel 3.2 zu den Belastungen).

14) Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) vom 17.6.2015, BGBl. I, S. 1368ff.

Für die Ärzte ergibt sich durch die Präventionsbescheinigung eine neue Informationspflicht mit voraussichtlich beachtlichen Fallzahlen.

Neue Leistungen  
werden eingeführt  
und Antrags-  
verfahren geändert.



### Exkurs: Auswirkungen der neuen Psychotherapie- Richtlinie

Die Reform der Psychotherapie-Richtlinie<sup>15</sup> zum 1. April 2017 bringt zahlreiche Neuerungen für Vertragspsychotherapeuten mit sich; so werden neue Leistungen eingeführt und Antragsverfahren geändert: Neben Regelungen zur Einführung einer psychotherapeutischen Sprechstunde und zur telefonischen Erreichbarkeit wurde auch eine sogenannte „individuelle Patienteninformation“ eingeführt, die dem Patienten im Anschluss an die Sprechstunde schriftlich auszuhändigen ist. Bei der Kurzzeittherapie entfällt das regelhafte Gutachterverfahren bei einem geteilten Sitzungskontingent, was voraussichtlich zu einem Anstieg bei der Fallzahl der Anträge führen wird. Bei der weiterhin gutachterpflichtigen Langzeittherapie wurden dagegen die Zeitkontingente verlängert, was voraussichtlich zu einem deutlichen Rückgang bei der Zahl der erforderlichen Anträge führen wird. Da die Beantragung der Langzeittherapie die aufwändigste Informationspflicht im Bereich der Psychotherapie ist, schlägt sich die Reduzierung der jährlichen Fallzahl entsprechend stark in den Bürokratiekosten nieder. Insofern ergeben sich für niedergelassene Psychotherapeuten durch die Neuregelungen der Psychotherapie-Richtlinie sowohl bürokratische Be- wie auch Entlastungen (siehe hierzu Kapitel 3.2). In einer ersten Abschätzung geht der Gemeinsame Bundesausschuss von einer saldierten Gesamtentlastung für die niedergelassenen Psychotherapeuten von 1,81 Millionen Euro p.a. aus<sup>16</sup>. Ob die im Rahmen der Abschätzung getroffenen Annahmen zutreffend sind, kann überprüft werden, wenn die Abrechnungsdaten für das Jahr 2017 vorliegen.

15) Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, zuletzt geändert durch Beschluss vom 16. Juni 2016 in der Fassung vom 24. November 2016, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.02.2017 B2), in Kraft getreten am 16.02.2017; erarbeitet durch den Gemeinsamen Bundesausschuss auf Grundlage eines Auftrags des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes) vom 11.6.2015, BGBl. I S. 1211 in § 92 Abs. 6 a SGB V.

16) Gemeinsamer Bundesausschuss, Tragende Gründe S. 10 zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 24.11.2016 über eine Änderung des Beschlusses zur Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Strukturreform der ambulanten Psychotherapie vom 16.6.2016; abrufbar auf der Internetseite des G-BA unter [www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2634/](http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2634/)

## Entlastungen

Die stärkste Entlastung konnte bei der Informationspflicht „Aufklärung des Patienten bei Überschreitung der Festbetragsgrenze“ festgestellt werden. Nach dem deutlichen Anstieg aufgrund zahlreicher Medikamente über der Festbetragsgrenze im Vorjahr, als diese Informationspflicht daher noch den stärksten bürokratischen Anstieg verursacht hatte<sup>17</sup>, ist dieser stark volatile Wert nun erwartungsgemäß deutlich zurückgegangen im Umfang von knapp 320.000 Arbeitsstunden.

Eine besonders erwähnenswerte bürokratische Entlastung konnte durch die Neugestaltung des Formulars „Chronikerbescheinigung“ (Muster 55) erzielt werden<sup>18</sup>. Dieses über 6 Millionen mal pro Jahr von Haus- und Fachärzten ausgestellte Formular konnte durch die Vorarbeit des Formularlabors Westfalen-Lippe deutlich verschlankt werden. Zudem liegt der Vordruck nun in den Praxen vor und kann IT-gestützt befüllt werden. Damit wurde eine beachtliche Entlastung von knapp 300.000 Nettoarbeitsstunden erzielt.

Im Rahmen der Reform der Psychotherapie-Richtlinie konnten durch Verschlinkung der Antragsverfahren für psychotherapeutische Behandlungen auch, wie oben bei den Belastungen bereits angedeutet, beachtliche Entlastungen erzielt werden (vgl. Seite 12 „Belastungen“ und Seite 14 „Exkurs: Auswirkungen der neuen Psychotherapie-Richtlinie“). So können im Verfahren der „Antragstellung auf Fortsetzung der Behandlung“ voraussichtlich gut 182.000 Arbeitsstunden eingespart werden; der Wegfall des Gutachterver-

fahrens bei der Kurzzeittherapie, das bisher grundsätzlich bei den ersten 35 Anträgen vorgesehen war, führt zu einer Reduktion um weitere rund 140.000 Nettoarbeitsstunden.

Wie im Vorjahr konnte ein weiterer Rückgang der Fallzahlen beim „Ausstellen von Überweisungen“ festgestellt werden. Während die Entlastung bei dieser Pflicht in Folge des Wegfalls der Praxisgebühr im Vorjahr noch die mit Abstand deutlichste Entlastung im Umfang von 2,47 Millionen Arbeitsstunden darstellte<sup>19</sup>, kann im Berichtszeitraum immer noch ein weiterer Rückgang um rund 117.000 Stunden und damit noch Platz 6 der Entlastungen ermittelt werden.

Schließlich sei noch eine weitere beachtliche Entlastung mit der „Abnahmeprüfung Ultraschall“ im Umfang von jährlich gut 47.000 Stunden kurz dargestellt. Nach alter Rechtslage mussten Vertragsärzte nach Neuanschaffung eines Ultraschallgerätes noch aufwändig Testbilder des neuen Gerätes anfertigen und einreichen. Nunmehr ist das Verfahren in der neuen Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik deutlich verschlankt worden: Der bürokratische Gesamtaufwand konnte dadurch von zuvor insgesamt 114 auf nur noch 7,5 Minuten für den Arzt entscheidend reduziert werden. Der notwendige Qualitätsnachweis kann jetzt durch eine Gewährleistungserklärung des Geräteherstellers erbracht werden. Dies ist eine Verbesserung, die bis dato nur den Ärzten mit kürzlich im Erhebungszeitraum neu angeschafften Geräten zu Gute gekommen ist; diese Erleichterung wird aber sukzessive zahlreiche Praxisinhaber entlasten.

17) Vgl. Fachhochschule des Mittelstands et al., a.a.O., Bericht 2016, Kapitel 6.3, S. 27: Top 1 Belastung mit dem stärksten Anstieg im Umfang von rund 746.000 Nettoarbeitsstunden.

18) Vgl. im Einzelnen zum Musterfall Chroniker-Bescheinigung und zur Arbeit des Formularlabors Westfalen-Lippe S. 30/31.

19) Vgl. Fachhochschule des Mittelstands et al., a.a.O., Bericht 2016, Kapitel 6.3, S. 27: Top 1 Entlastung.

# 4

## Aktuelle Belastung durch Bürokratiekosten



› Die zeitliche Belastung von Vertragsärzten und -psychotherapeuten durch Informationspflichten im Bereich der Selbstverwaltung ist 2017 im Vergleich zum Vorjahr bundesweit um 0,21 Prozent leicht angestiegen (2016: 54,05 Millionen Nettostunden / 2017: 54,16 Millionen Nettostunden)<sup>20</sup>.

› Der jährliche Bürokratieaufwand für die durch die gemeinsame Selbstverwaltung induzierten Informationspflichten beträgt im Bundesdurchschnitt pro Praxis 60 Nettoarbeitstage. Hinzu kommt der Aufwand, der sich aus der Bundesgesetzgebung sowie aus den Vorgaben auf KV-, Landes- und Kommunalebene ergibt.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Messung der bürokratiebedingten Aufwände für den Bereich der gemeinsamen ärztlichen Selbstverwaltung genauer dargestellt. Dabei liegt der Fokus auf der zeitlichen Belastung für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten; es werden aber auch die dadurch entstehenden Bürokratiekosten für die Praxen betrachtet.

<sup>20</sup>) Vgl. zur Anpassung der Werte für 2016 Kapitel 2.2. a.E.

# 4.1 Aufwände nach Themenbereichen

Insgesamt umfassen die aktuellen Informationspflichten der gemeinsamen Selbstverwaltung 383 Pflichten. Diese Informationspflichten lassen sich nach folgenden Themenfeldern aufteilen:

- Qualität in der Versorgung
- Verordnungen und Bescheinigungen
- Auskünfte an Kostenträger
- Überweisung und eGK (elektronische Gesundheitskarte)
- Sonstige

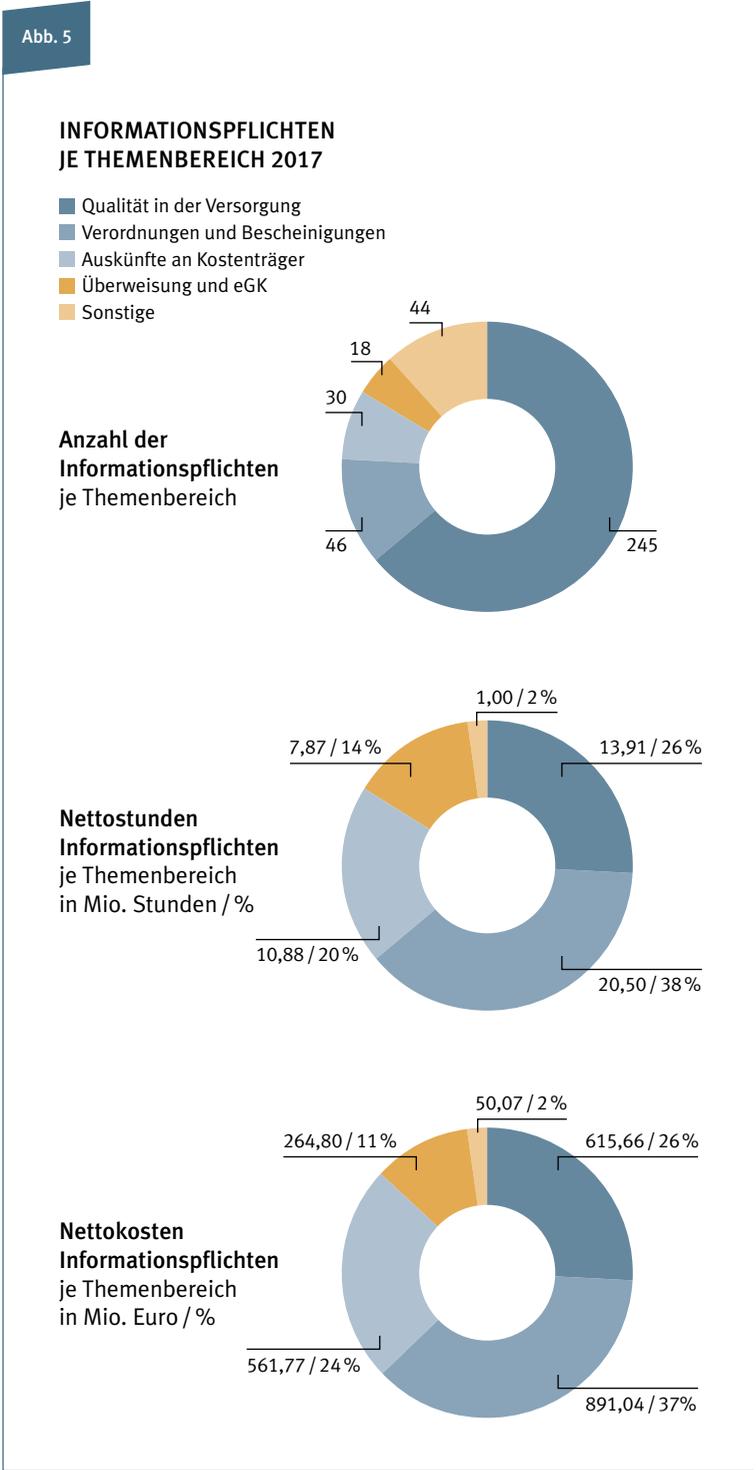
Betrachtet man neben der Unterteilung nach Themenfeldern ebenfalls die jeweiligen Stunden- beziehungsweise Kosten- aufwände zu den Informationspflichten, ist klar eine abweichende Gewichtung zu erkennen. Dies verdeutlichen die nebenstehenden Grafiken (Abb. 5).

Den zahlenmäßig mit Abstand größten Teil machen die 245 Informationspflichten aus dem Bereich „Qualität der Versorgung“ aus; allerdings entspricht dies bei kostenmäßiger Betrachtung mit 26 Prozent nur gut einem Viertel der Nettostunden beziehungsweise Nettokosten.

Diese Aufteilung der Informationspflichten nach Themenbereichen ist konstant und nahezu identisch mit den Daten des Vorjahres<sup>21</sup>.

Der Bereich „Verordnungen und Bescheinigungen“ mit nur 46 Informationspflichten kommt aufgrund hoher Fallzahlen und größerer beziehungsweise aufwändigerer Pflichten aber bereits auf einen Nettostundenanteil von 38 Prozent beziehungsweise einen Nettokostenanteil von 37 Prozent und ist gegenüber dem Vorjahresergebnis von 35 Prozent bei den Stunden und 36 Prozent bei den Kosten sogar weiter leicht angestiegen<sup>22</sup>.

21), 22) Vgl. Fachhochschule des Mittelstands et al., a.a.O., Bericht 2016, Kapitel 5.1., S. 15



## 4.2 Aufwände in Stunden und Kosten

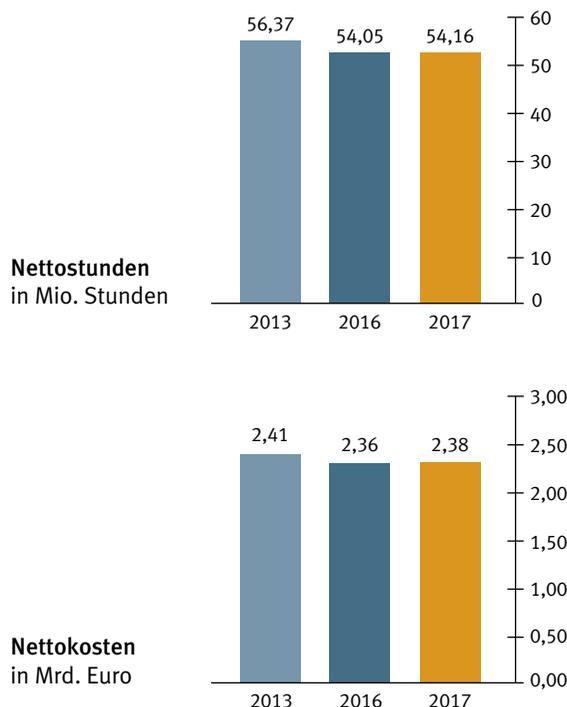
Die durch die gemeinsame Selbstverwaltung induzierten Informationspflichten verursachen bei den Vertragsärzten und -psychotherapeuten eine Gesamt-Bürokratiebelastung im Umfang von 54,16 Millionen Nettoarbeitsstunden; dies bedeutet im Vergleich zum Vorjahr mit 54,05 Millionen Stunden einen leichten Anstieg von 0,21 Prozent. Unter Berücksichtigung der jeweiligen Tarifsätze und Zusatzkosten führt dies zu einer Bürokratiekostenbelastung von 2,38 Milliarden Euro im Vergleich zu 2,36 Milliarden Euro im Vorjahr.

Der stärkere Anstieg bei den Kosten erklärt sich, wie bereits in Kapitel 3.1. dargestellt, aus der stärkeren Belastung der Ärzte und Psychotherapeuten selbst im Vergleich zum Praxispersonal, was hier ein stärkeres Anwachsen der Nettokosten nach sich zieht.

Hochgerechnet auf die Zahl der Arzt- und Psychotherapeutenpraxen ergibt sich damit ein durchschnittlicher Zeitaufwand für die durch die Selbstverwaltung verursachte Bürokratie von 60 Tagen pro Praxis und Jahr; dieser Wert ist konstant zum Vorjahreszeitraum.

Abb. 6

### BÜROKRATIEBELASTUNG 2013 / 2016 / 2017 SELBSTVERWALTUNG BUNDESEBENE



## 4.3 Top 25 Informationspflichten

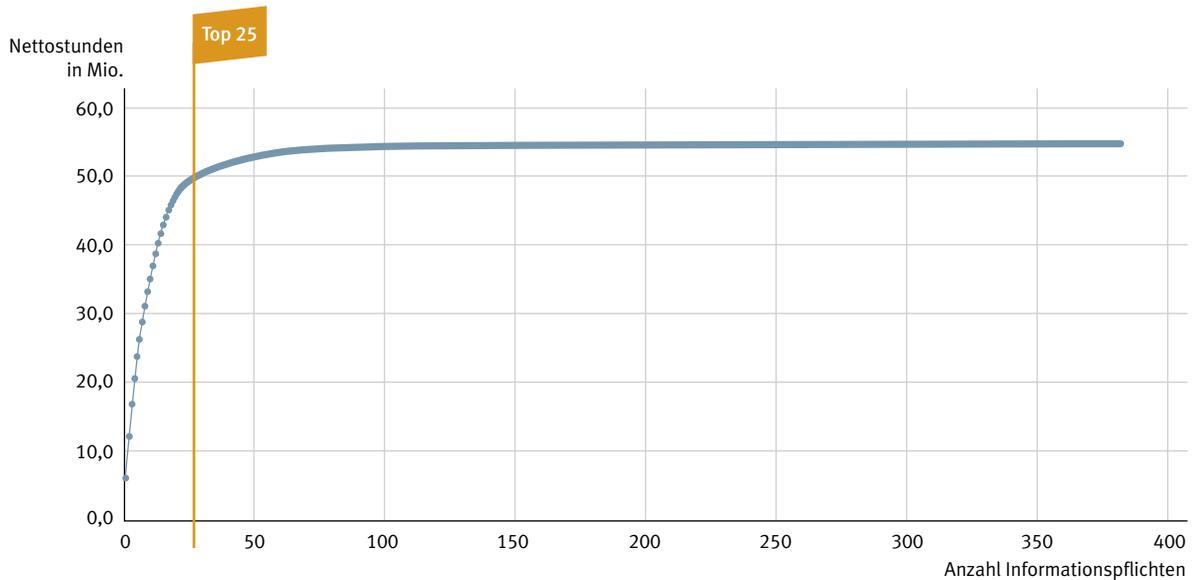
Die Untersuchung der aufwändigsten Informationspflichten zeigt, dass knapp 90 Prozent aller bürokratischen Belastungen für Ärzte und Psychotherapeuten durch nur 6,5 Prozent der Pflichten ausgelöst werden.

Oder anders dargestellt: Diese Top 25 der untersuchten 383 Informationspflichten bilden bereits 48,71 Millionen Stunden des Gesamtaufwands von 54,16 Millionen Stunden pro Jahr ab, wie die Kurve der kumulierten Aufwände in Abbildung 7 (Seite 19) zeigt. Dabei ist zu be-

rücksichtigen, dass hier die Gesamtheit aller Vertragsärzte und -psychotherapeuten betrachtet wird; bei einzelnen Facharztgruppen können durchaus andere Schwerpunkte der Informationspflichten gegeben sein.

Abb. 7

### KUMULIERTER AUFWAND AUS INFORMATIONSPFLICHTEN in Mio. Stunden



### Zu ausgewählten Pflichten im Einzelnen

In der Liste der 25 aufwändigsten Informationspflichten (siehe Seiten 20/21) kann man insbesondere exemplarisch zwei idealtypische Konstellationen feststellen, die zu einem hohen Bürokratieaufwand führen:

Zum einen sind zahlreiche Informationspflichten zu identifizieren, die mit einem vergleichsweise geringen Zeitaufwand für den Arzt oder Psychotherapeuten von wenigen Minuten, aber aufgrund einer hohen Fallzahl im Ergebnis zu einem sehr hohen bürokratischen Aufwand führen. Aus dieser Gruppe fällt als deutlich aufwändigste Informationspflicht wie im Vorjahr das „Ausstellen von Überweisungen“ auf, welches trotz des geringen Zeitaufwands pro Fall von zwei Minuten auf-

grund der Fallzahl von über 200 Millionen Fällen immer noch die Spitzenposition einnimmt. Dieses Ergebnis ist um so bezeichnender, als das Ausstellen von Überweisungen immer noch die aufwändigste Informationspflicht darstellt, obwohl seit 2013 ein signifikanter Rückgang der Überweisungen und eine damit einhergehende Entlastung zu verzeichnen sind (siehe hierzu auch Kapitel 3.2). Weitere Informationspflichten mit sehr hohen Fallzahlen sind zum Beispiel die „Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit auf Muster 1“ mit knapp 77 Millionen Fällen bei einem zeitlichen Aufwand von rund 4 Minuten oder die „Verordnung Krankenbeförderung“ mit über 51 Millionen Fällen und einem Zeitaufwand von rund 4,5 Minuten.

Auf der anderen Seite fallen in den Top 25 solche Informationspflichten auf, die zwar besonders zeitintensiv sind,

allerdings nur mit einer recht geringen Gesamtfallzahl in die Berechnung eingehen. Auf Platz 7 findet sich zum Beispiel die Informationspflicht „Dokumentation Qualitätsmanagement“ nach der Qualitätsmanagement-Richtlinie, die die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement in den Praxen regelt. Die „Dokumentation Qualitätsmanagement“ erfordert zum Beispiel rund 1.300 Minuten Zeitaufwand pro Fall bei einer Gesamtzahl von rund 114.000 Fällen. Als weitere Beispiele mit hohem Zeitaufwand seien die Antragsverfahren in den psychotherapeutischen Behandlungen (siehe hierzu auch Kapitel 3.2 und Exkurs: „Auswirkungen der neuen Psychotherapie-Richtlinie“) genannt; der „Antrag Langzeittherapie“ auf Platz 19 erfordert zum Beispiel einen Nettozeitaufwand von 246 Minuten pro Fall bei rund 192.000 Fällen insgesamt.

## Die 25 aufwändigsten Informationspflichten

RANG	BEZEICHNUNG DER INFORMATIONSPLICHT	FALLZAHL aktuell	GESAMTSTUNDEN netto aktuell
1	Ausstellen von Überweisungen	200.364.084	6.010.922,52
2	Auskünfte an Krankenkassen und MDK auf vereinbarten Vordrucken	26.694.688	5.783.849,07
3	Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit auf Muster 1 und Prüfung genauer Umstände und Ausnahmetatbestände	76.914.109	4.730.217,68
4	Verordnung Krankenbeförderung	51.050.329	3.845.791,45
5	Foto-/Video-/Bilddokumentation	13.407.368	3.078.108,24
6	Aufklärung des Patienten, dass Kosten für eine nicht verordnungsfähige veranlasste Leistung selbst zu tragen sind (Erstaufklärung)	26.249.440	2.515.571,33
7	Dokumentation Qualitätsmanagement	114.470	2.488.005,45
8	Auskünfte an Krankenkassen und MDK (formfrei)	12.616.400	2.313.006,67
9	Heilmittelverordnung im Regelfall	29.901.910	2.018.378,93
10	Verordnung Hilfsmittel	33.000.000	1.980.000,00
11	Durchgangsarztbericht	2.916.176	1.822.610,00
12	Dokumentation DMP DM Typ 2	12.128.532	1.667.673,15
13	Erhebung Daten im Ersatzverfahren	10.922.994	1.638.449,10
14	Dokumentation zytologische Untersuchung	14.725.441	1.398.916,90
15	Aufklärung des Patienten bei Überschreitung der Festbetragsgrenze	31.527.328	1.313.638,67
16	Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalls	7.475.477	1.009.189,40
17	Begründungspflicht Gebührenordnungspositionen	14.543.517	906.545,89
18	Aufklärung des Patienten, dass Kosten für eine nicht verordnungsfähige veranlasste Leistung selbst zu tragen sind (Folgeaufklärung)	104.997.760	874.981,33
19	Antrag Langzeittherapie	192.044	709.362,53
20	Dokumentation DMP KHK	5.365.815	693.084,44
21	Ausfüllen und Archivieren Muster 30	10.910.163	509.140,94
22	Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung	8.923.272	490.779,96
23	Dokumentation DMP COPD	2.138.127	365.263,36
24	Dokumentation DMP Asthma	2.652.327	320.489,51
25	Antrag Kurzzeittherapie (ohne Gutachterverfahren)	586.437	311.544,66

## RECHTSGRUNDLAGE

Bundesmantelvertrag

Bundesmantelvertrag

Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien des G-BA über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB V

Richtlinien des G-BA über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V

Einheitlicher Bewertungsmaßstab

Bundesmantelvertrag

Qualitätsmanagement-Richtlinie

Bundesmantelvertrag

Richtlinie des G-BA über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung

Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung

Vertrag über die Durchführung der Heilbehandlung, die Vergütung der Ärzte sowie die Art und Weise der Abrechnung der ärztlichen Leistungen

DMP-Anforderungen-Richtlinie

Vereinbarung zum Inhalt u. zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte

Richtlinie des G-BA über die Früherkennung von Krebserkrankungen

Bundesmantelvertrag

Richtlinie des G-BA über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung

Einheitlicher Bewertungsmaßstab

Bundesmantelvertrag

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung

DMP-Anforderungen-Richtlinie

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Krankenhausbehandlung

DMP-RL

DMP-RL

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung

Besonders auffällig ist bei der Liste der Top 25 Informationspflichten die sehr hohe Konstanz der Pflichten: Neun der ersten zehn Pflichten sind sogar in der Reihenfolge identisch zum Vorjahr; insgesamt waren 23 Pflichten aus 2017 bereits im Vorjahr in der Liste der aufwändigsten Pflichten enthalten<sup>23</sup>.

Dieses Ergebnis unterstreicht die in Abbildung 7 (Seite 19) dargestellte Konzentration der durch die gemeinsame Selbstverwaltung begründeten Informationspflichten auf einige wenige zentrale Pflichten umso mehr und zeigt damit, dass angestrebte Verbesserungen, die tatsächlich zu einer signifikanten Bürokratieentlastung führen sollen, sich vor allem auf diese Top 25 Pflichten konzentrieren müssen.

<sup>23</sup> Neu in der Liste der TOP 25 Informationspflichten sind auf Platz 23 die Dokumentation DMP COPD und auf Platz 25 der Antrag Kurzzeittherapie (ohne Gutachterverfahren). Nicht mehr in den TOP 25 enthalten sind die Bescheinigung dauerbehandelte Krankheit und der Antrag auf Fortsetzung der Behandlung (Psychotherapie). Die Änderungen bei den Anträgen im Bereich der psychotherapeutischen Behandlungen sind in den neuen Bestimmungen der Psychotherapie-Richtlinie begründet; siehe dazu oben Kapitel 3.2.

# 5

## Entbürokratisierung durch Digitalisierung?



› Die Digitalisierung der bislang fast ausschließlich papierbasierten Formulare in der vertragsärztlichen Versorgung hat begonnen. Bei bürokratiearmer Umsetzung kann dies administrative Prozesse in Praxen verschlanken.

› Mit der umfassenden Digitalisierung im Gesundheitswesen werden die Hoffnung auf eine Verbesserung der Versorgung sowie Effizienzsteigerungen verbunden. Auch für den Abbau von Bürokratie stellt die Digitalisierung eine große Chance dar.

› Durch das E-Health-Gesetz wurden unter anderem neue Informationspflichten für Vertragsärzte eingeführt. Die neuen Belastungen sind damit aktuell für viele Praxen greifbarer als die durch die Digitalisierung mögliche Entlastung.

# 5.1 Digitalisierung in der vertragsärztlichen Versorgung

## Digitalisierung im Gesundheitswesen als allgemeiner Trend

Keine Veränderung der letzten Jahrzehnte ist so umfassend wie das Internet und die digitalen Technologien. Die Digitalisierung erfasst alle Lebensbereiche und hat auch die Medizin längst erreicht; sie verändert auch die Anforderungen an eine moderne Gesundheitsversorgung nachhaltig. Gesundheits-Apps, Fitness-Tracker beziehungsweise Wearables sind längst Alltag für den Patienten geworden. Die elektronische Übermittlung von Patientendaten und Befunden läuft an; auch die Online-Videosprechstunde ist inzwischen möglich.

Die Digitalisierung eröffnet mithin Chancen durch einen erleichterten Informationsaustausch zwischen niedergelassenen Ärzten, Psychotherapeuten, Kliniken, Patienten und anderen Akteuren im Gesundheitswesen. Die Möglichkeiten innovativer digitaler Anwendungen sind dabei breit gestreut, sie können beispielsweise die Effektivität und Effizienz der Patientenversorgung durch digitale Vernetzung und elektronische Kommunikation steigern, medizinisches Wissen und therapeutische Möglichkeiten durch Telemedizin breiter und einfacher verfügbar machen. Die Fortschritte bei der Digitalisierung vertragsärztlicher Praxen können dabei sowohl den Patientennutzen wie auch den Aufwand und Nutzen für die Praxen betreffen.

## Politischer Rahmen – das E-Health-Gesetz

Mit dem zum 29. Dezember 2015 in Kraft getretenen Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitsbereich (E-Health-Gesetz<sup>24</sup>) soll die Digitalisierung im Gesundheitswesen vorangetrieben werden, um die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Versorgung weiter zu verbessern. Es enthält einen Fahrplan zur Einführung einer digitalen Infrastruktur mit höchsten Sicherheitsstandards und die Einführung von Anwendungen für die Versicherten auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Alle Akteure des Gesundheitssystems sollen perspektivisch durch die Telematikinfrastruktur miteinander vernetzt werden. Das Gesetz zielt auf die zügige Einführung und Nutzung diverser medizinischer und administrativer Anwendungen ab. Gleichzeitig entstehen für die Vertragsärzte aber auch neue bürokratische Pflichten.

Seit dem 1. Oktober 2016 haben Versicherte, denen regelmäßig drei oder mehr Medikamente gleichzeitig verordnet werden, Anspruch auf einen Medikationsplan in Papierform, um die Arzneimitteltherapiesicherheit zu erhöhen; ab 2018 soll dieser Plan dann mit Zustimmung des Patienten auch auf der eGK gespeichert werden können. Die Rückmeldungen aus den Praxen deuten darauf hin, dass durch den Medika-

tionsplan neue zeitliche Aufwände und Kosten entstanden sind. Ob es sich hierbei nur um Umstellungskosten oder aber um permanente Aufwände handelt, bleibt abzuwarten. Auch durch das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM), das voraussichtlich ab 2019 für alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verpflichtend sein wird, könnte der Bürokratieaufwand in den Praxen steigen. Eine Messung der Bürokratiekosten der Kassenzusammenarbeit im Rahmen der Pilotphase der Testregion Nordwest hat ergeben, dass sich die durchschnittliche Prozesszeit beim Einlesen der eGK durch das VSDM um 45 Sekunden verlängert<sup>25</sup>. Spürbar sind damit zunächst in den Praxen eher die zusätzlichen Aufwände, die mit dem E-Health-Gesetz einhergehen. Die Umsetzung der weiteren Maßnahmen sollte so erfolgen, dass der Nutzen für Patienten und Praxen deutlich wird.

24) Sog. E-Health-Gesetz: Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen vom 21.12.2015, BGBl. I S. 2408ff.

25) Roland Berger, Validierung von Prozesskosten in der Arztpraxis im Zuge des Online-Rollout Stufe 1 der eGK. Messung der administrativen Belastungen mithilfe des Standardkosten-Modells (SKM). Berlin, Juli 2017

Das E-Health-Gesetz enthält zudem einen gesetzlichen Prüfauftrag<sup>26</sup> zur Digitalisierung an die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen:

Um die weiteren Potenziale der Informations- und Kommunikationstechnologien für Prozesse in der gesetzlichen Krankenversicherung erschließen zu können, sollte geprüft werden, inwiefern die bislang papierbasierten Prozesse beim Formularwesen – soweit sinnvoll und praktikabel – schrittweise durch IT-unterstützte Prozesse abgelöst werden können. Im entsprechenden Prüfbericht vom 20. Dezember 2016 kommen die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu dem Ergebnis, dass in einigen Bereichen eine Digitalisierung der Verfahren heute schon Sinn macht, während in anderen Bereichen die digitale Umsetzung zum jetzigen Zeitpunkt und mit der derzeitigen digitalen Infrastruktur noch nicht möglich oder noch nicht sinnvoll ist<sup>27</sup>.

Insgesamt wird deutlich, dass Digitalisierung zwar zu einem Abbau von Bürokratie beitragen kann, dies aber kein Automatismus ist. Aktuell zeigt sich, dass Maßnahmen mit denen die Digitalisierung vorangetrieben werden soll, zumindest mittelfristig auch zusätzliche Aufwände in den Praxen auslösen.

**Voraussetzung für eine echte Zeiteinsparung ist, dass die verwendeten Softwaresysteme über Schnittstellen gut kommunizieren können.**

## **Aktueller Sachstand der Digitalisierung der in der vertragsärztlichen Versorgung genutzten Formulare**

Insbesondere die Digitalisierung von Vordrucken und die digitale Übermittlung von Patientendaten können zur Entbürokratisierung beitragen. Die KBV hat in Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband erreichen können, dass inzwischen in ersten Bereichen die digitale Verwendung der vereinbarten Vordrucke möglich ist. Bereits ab dem 1. April dieses Jahres kann die Überweisung zum radiologischen Telekonsil digital erfolgen. Seit dem 1. Juli können die Laborüberweisung und der Anforderungsschein für Laboruntersuchungen bei Laborgemeinschaften digital übermittelt werden. Damit werden die Medienbrüche in der Kommunikation zwischen Praxen und Laboren beseitigt, was unter anderem hilft, die Patientensicherheit zu verbessern.

Ab dem 1. April 2018 wird es zudem möglich sein, die digitale Überweisung (Muster 6) immer dann zu nutzen, wenn für die Erbringung der Leistung des überweisungsannahmenden Arztes kein Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich ist. Damit kann das digitale Muster 6 zukünftig zum Beispiel für die Überweisung zum Pathologen genutzt werden oder bei der Übersendung von Langzeit-EKG-Daten zur Auswertung durch entsprechend qualifizierte Vertragsärzte. Auch bei der Übermittlung von Daten für ein geriatrisches Assessment kann mit dem digitalen Muster 6 zukünftig ein vollständig papierloser Datenaustausch erfolgen. Im Laufe des nächsten Jahres soll die digitale Nutzung von Vordrucken für weitere Verfahren im Bereich der innerärztlichen Kommunikation ermöglicht werden.

Grundsätzlich stellt die Digitalisierung somit eine Chance für die Entbürokratisierung dar. Wenn Informationen, die bisher über Papier transportiert wurden, medienbruchfrei digital übermittelt werden können, können Arbeitsschritte wie das Ausdrucken oder Einscannen entfallen. Voraussetzung für eine echte Zeiteinsparung ist allerdings, dass die verwendeten Softwaresysteme über Schnittstellen so gut kommunizieren können, dass maximal eine geringe händische Nachbearbeitung der Daten erforderlich ist. Dies ist aktuell leider oft nicht der Fall.

Eine weitere Herausforderung entsteht durch die Tatsache, dass Verfahren und Technologien, die die Sicherheit der Informationsübermittlung gewährleisten sollen, oft mit zeitlichen und finanziellen Aufwänden einhergehen. So ist zum Beispiel das Signieren digitaler Dokumente mit der qualifizierten elektronischen Signatur des elektronischen Heilberufes mit zeitlichen Aufwänden verbunden (die in Abhängigkeit von der Umsetzung durch die verwendete Software unterschiedlich hoch ausfallen können). Es muss daher mit Augenmaß entschieden werden, welches Sicherheitsniveau für einzelne Verfahren erforderlich ist. Stets für alle digitalen Vorgänge das höchste Sicherheitsniveau zu fordern, entspricht nicht dem aktuell in der Papierwelt vorhandenen Standard und kann dazu führen, dass digitale Verfahren bürokratischer und damit für Ärzte unattraktiver sind als die etablierten Verfahren.

26) Neuregelung durch das E-Health-Gesetz in § 87 Abs. 1 Satz 6 SGB V.

27) GKV-SV, KBV und KZBV, Die Digitalisierung der vereinbarten Vordrucke in der vertrags(zahn)-ärztlichen Versorgung. Ergebnis des Prüfauftrags nach § 87 Abs. 1 SGB V. Version 1.07. Abrufbar unter: [www.kbv.de/html/e-health.php](http://www.kbv.de/html/e-health.php)



Der LADR Laborverbund Dr. Kramer und Kollegen hatte zwei Jahre lang im Rahmen eines Pilotprojektes gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, dem Praxisnetz Herzogtum Lauenburg (PNHL) und dem Deutschen Gesundheitsnetz (DGN) die digitale Laborüberweisung erprobt. Im Rahmen des Pilotprojektes wurden rund 350.000 Laboraufträge papierlos versendet. Die Ergebnisse dieser Erprobung sind in die bundesweite Umsetzung der digitalen Laborüberweisung, die zum 1. Juli dieses Jahres gestartet ist, eingeflossen.

## Blick in die Praxis: Digitale Laborüberweisungen

**Interview:**  
Prof. Dr. med. Jan Kramer,  
ärztlicher Leiter und  
Geschäftsführer LADR

Seit dem 1. Juli dieses Jahres können Laborüberweisungen auch digital erfolgen. Was hat sich damit für die Labore geändert?

Durch die digitale Übertragung von Laboranforderungen aus der Praxis in unsere LADR-Laborzentren können wir die Bearbeitungszeit in unseren Laboren noch einmal deutlich verkürzen, da beim Eingang der Probe im Labor die dazugehörige Laboranforderung einschließlich aller relevanten Patientendaten bereits vollständig und fehlerfrei in unserem Laborinformationssystem vorliegt. Das Probenmaterial kann daher sofort nach Eingang in die Analytik gehen. Die Zeitersparnis kommt am Ende des Analyseprozesses der Praxis und dem Patienten in Form eines schnelleren Befundes zu Gute.

Kann auch bei Ihren Einsendern durch die digitale Laborüberweisung der Bürokratieaufwand verringert werden?

In erster Linie war es natürlich unser Ziel, neben den positiven Effekten, die sich laborintern durch eine digitale Laboranforderung realisieren lassen, einen organisatorischen Vorteil für unsere einsendenden Praxen in Form einer Arbeits- und Zeitersparnis zu erreichen. Die eingesparte Zeit, so unser Ansatz, steht dem Praxisteam zusätzlich für die Betreuung der Patienten zur Verfügung. Mit der digitalen Laborbeauftragung, wie wir sie jetzt mit LOEM online zusätzlich zu dem seit vielen Jahren etablierten papiergestützten Verfahren LOEM (bundesweit bereits über 1.500 Installationen) seit dem 1. Juli dieses Jahres

in allen unseren LADR-Laborzentren anbieten, können wir den langegehegten Wunsch vieler ärztlicher Kollegen nach einer papierlosen Arztpraxis für den Bereich Labor erfüllen. Neben den direkten Effekten der digitalen Laboranforderung, so unsere Erfahrungen, führt die Einführung von LOEM online auch zu indirekten positiven Effekten, wenn zum Beispiel im Zuge der Umstellung andere langjährige praxisinterne Arbeitsabläufe, die eigentlich mit dem Thema Labor gar nichts zu tun haben, in Frage gestellt und optimiert werden. Wir sind sehr froh, dass wir unseren Einsendern diese innovative Technik anbieten können, und sehen darin eine wertvolle Ergänzung mit viel Potential zu den bisherigen klassischen Wegen der Laborbeauftragung.

# 6

## Schlussfolgerungen der KBV

Bürokratieabbau  
braucht  
verbindliche Ziele.

Die Ergebnisse des diesjährigen Bürokratieindex machen deutlich, dass Bürokratieabbau oft eine Sisyphos-Arbeit ist: Während an einer Stelle Bürokratie mit viel Aufwand abgebaut wird, entstehen an anderer Stelle neue Belastungen, die die erzielte Entlastung sogar übersteigen. Somit bleibt es in diesem Jahr zumindest bei einem nur leichten Anstieg der Bürokratiebelastung aus den Vorgaben der Selbstverwaltung. Dies macht aber auch deutlich, dass Bürokratieabbau kein Selbstläufer ist. Wenn nicht ständig vehemente Anstrengungen zur Reduzierung des Aufwands unternommen werden, wird die Belastung zunehmen. Dies ist zum einen bedingt durch die steigende Morbidität. Wie bereits im letzten Jahr lässt sich ein Anstieg der jährlichen Fallzahlen für die Verordnung von Krankenförderung, die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit oder die Heilmittelverordnungen beobachten. Zum anderen kommen regelmäßig neue Leistungen zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung hinzu, die in der Regel neue Informationspflichten für Ärzte und Psychotherapeuten mit sich bringen.

Die Bundesregierung hat die Stagnation im Bereich Bürokratieabbau in der Bundesgesetzgebung vor einigen Jahren durchbrochen, als ein Abbauziel von 25 Prozent der Bürokratiebelastung für die Wirtschaft beschlossen und umgesetzt wurde. Der Erfolg dieses

Bürokratieabbau ist vor  
allem die Steigerung der  
Qualität von Regulierung.

Ansatzes, der übrigens in vielen anderen europäischen Ländern ebenfalls gewählt wurde, zeigt, dass Bürokratieabbau verbindliche Ziele braucht. Mit einem Abbauziel für Aufwände aus Bürokratie sollte sich die gemeinsame Selbstverwaltung daher selbst hohe Ziele stecken. Bei einer Reduzierung des Bürokratieaufwands um 25 Prozent würden im vertragsärztlichen Bereich über 13 Millionen Stunden pro Jahr zusätzlich für die Versorgung der Patienten zur Verfügung stehen. Zeit, die angesichts des demographischen Wandels dringend gebraucht wird!

Eine Absenkung der bestehenden hohen Standards in der vertragsärztlichen Versorgung wäre hierbei übrigens nicht zu befürchten, im Gegenteil: Bürokratieabbau ist vor allem die Steigerung der Qualität von Regulierung, indem diese stärker auf Praxistauglichkeit hin überprüft wird und stärker berücksichtigt wird, wie verschiedene Regelungsbereiche miteinander interagieren. Von zentraler Bedeutung ist hierbei die Fähigkeit der Entscheider, Wichtiges von Unwichtigem zu trennen und Prioritäten zu setzen. Aktuell ist das Bewusstsein dafür, dass ärztliche und psychotherapeutische Zeit begrenzt ist, vor allem auf Seiten der Krankenkassen, aber leider auch der Politik, immer noch zu gering ausgeprägt. Noch immer kommt es vor, dass Ärzte Daten erheben und übermitteln müssen, die am Ende doch nicht benötigt werden

oder sich für eine Auswertung nicht eignen. Diese Verschwendung von ärztlichen und psychotherapeutischen Ressourcen geht zulasten der Behandlungszeit und ist daher unverantwortlich.

Neben der Belastung durch die Vorgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene, die im Bürokratieindex dargestellt wird, ergeben sich bürokratische Belastungen für Praxen auch durch die weiteren Regulierungsebenen. Auch die neue Bundesregierung ist daher aufgerufen, bei der Umsetzung ihrer gesundheitspolitischen Vorhaben in der nächsten Legislaturperiode darauf zu achten, dass Ärzte und Psychotherapeuten nicht mit weiterer Bürokratie belastet werden. Denn Versorgung funktioniert nur, wenn Ärzte und Psychotherapeuten die Zeit haben, das zu tun, was sie am besten können: sich um die Gesundheit ihrer Patienten kümmern.

Dr. Andreas Gassen  
Vorstandsvorsitzender der KBV

Foto: Mitte

Dr. Stephan Hofmeister  
Stellvertretender  
Vorstandsvorsitzender der KBV

Foto: links

Dr. Thomas Kriedel  
Mitglied des Vorstands

Foto: rechts



Das Bewusstsein dafür, dass ärztliche und psychotherapeutische Zeit begrenzt ist, ist auf Seiten der Krankenkassen, aber auch der Politik zu gering ausgeprägt.

# 7

## Vorschläge der KBV zum Bürokratieabbau

Im Rahmen des Projektes „Mehr Zeit für Behandlung“ wurden 2015 insgesamt 13 Vorschläge zum Bürokratieabbau in der vertragsärztlichen Versorgung identifiziert, denen sich alle Projektbeteiligten anschließen konnten. Ein Großteil dieser Vorschläge wurde inzwischen ganz oder teilweise umgesetzt. Die Tatsache, dass die Bürokratiebelastung immer noch hoch und seit dem letzten Jahr sogar leicht angestiegen ist, macht aber deutlich, dass es mehr als eine einmalige Kraftanstrengung braucht, um die Bürokratie in den Praxen nachhaltig zu reduzieren. Hierfür sind zum einen Maßnahmen erforderlich, die die Kultur der Regulierung verändern, wie zum Beispiel die Setzung eines verbindlichen Abbauziels für Bürokratiekosten. Zum anderen müssen immer wieder konkrete Ansatzpunkte gefunden werden, um rechtliche Vorgaben und deren Umsetzung möglichst praxistauglich und bürokratiearm auszugestalten. Aus Sicht der KBV sind die folgenden Punkte geeignet, zu einem Abbau der Bürokratie in den Praxen beizutragen:

### > Verbindliches Abbauziel für die Selbstverwaltung setzen

Der Bundesregierung ist es gelungen, mithilfe eines Abbauziels die aus der Bundesgesetzgebung resultierende Belastung der Wirtschaft durch Bürokratiekosten um ein Viertel zu reduzieren. Diese Erfahrung macht deutlich: Zum Erreichen echter Entlastungen werden konkrete Ziele benötigt. Eine Reduzierung der aktuellen Bürokratiebelastung in den Praxen von Ärzten und Psychotherapeuten um 25 Prozent würde über 13 Millionen Stunden pro Jahr mehr für die Versorgung der Patienten bedeuten. Angesichts der demographischen Entwicklung wird diese zusätzliche Zeit in den Praxen dringend gebraucht. Es sollte daher ein verbindliches Abbauziel auf Ebene der Selbstverwaltung definiert werden.

### > Digitalisierung für den Bürokratieabbau in Praxen nutzen

Vor dem Hintergrund der Einführung der Telematikinfrastruktur ist die Digitalisierung der vielfältigen Kommunikationsprozesse in der vertragsärztlichen Versorgung ein hochaktuelles Thema. Die Erfahrungen, die vor einigen Jahren bereits mit der Digitalisierung der vertragsärztlichen Abrechnung gemacht wurden, zeigen, dass die digitale Übermittlung von Daten eine große Chance darstellt, Prozesse effizienter zu gestalten und Praxen damit von administrativen Aufgaben zu entlasten. Gleichzeitig muss beachtet werden, dass Digitalisierung nicht in jedem Fall mit Bürokratieabbau gleichzusetzen ist. Wenn praxisuntaugliche Vorgaben gemacht werden oder im Zuge der Digitalisierung Bürokratie aus anderen Bereichen auf die Praxen übertragen wird, kann dies die Belastung weiter anwachsen lassen. Die Aspekte der Praxistauglichkeit und des Abbaus von Bürokratie sollten daher bei der Digitalisierung von Prozessen stets mitgedacht werden, um diese Chance nicht zu vertun.

### > Bürokratiebelastung besser bei Entscheidungen des G-BA berücksichtigen

Seit 2012 ist der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet, die aus seinen Beschlüssen resultierenden Bürokratiekosten nachvollziehbar auszuweisen. Nach anfänglicher Skepsis vieler Beteiligter hat sich das Verfahren der Ex-ante-Abschätzung der Bürokratiekosten mithilfe des Standardkosten-Modells inzwischen etabliert. Die methodischen Vorgaben werden hierbei eingehalten, in der Regel werden die Ergebnisse sehr transparent dargestellt. Verbesserungsbedürftig ist allerdings die Nutzung der Ergebnisse für die Entscheidungsfindung. In vielen Fällen erfolgt die Abwägung verschiedener Alternativen vor Durchführung der Ex-ante-Abschätzung, die Bürokratiekosten für den bereits konsentierten Entwurf gelten damit als unvermeidlich. Es sollte daher eine möglichst frühzeitige Befassung mit dem Thema erfolgen, um die Frage der praktischen Umsetzung der Richtlinien und der daraus resultierenden bürokratischen Belastung als ein wichtiges Kriterium in die Entscheidungsfindung einfließen zu lassen.



### > Praxistauglichkeit von Formularen und sonstigen Vorgaben verbessern

Formulare und sonstige Vorgaben können nur dann die ihnen zugedachte Funktion erfüllen, wenn sich diese in der Praxis als gut umsetzbar erweisen. Bürokratie entsteht in vielen Fällen dadurch, dass mit guten Intentionen beschlossene Regelungen sich im Praxisalltag als nicht realisierbar erweisen. Eine Prüfung der Praxistauglichkeit sollte daher zentraler Bestandteil der entsprechenden Entscheidungsprozesse sein. Als ein guter Ansatzpunkt für die Einbeziehung von Wissen aus der Praxis hat sich die Zusammenarbeit mit sogenannten Formularlaboren erwiesen (siehe hierzu den Exkurs auf Seite 30). Die KBV greift daher seit 2011 bei der Entwicklung neuer Vordrucke oder der Überarbeitung der bestehenden Formulare auf das Praxiswissen der Formularlabore zurück. Eine breitere Akzeptanz dieses Austauschs mit der Praxisebene bei allen relevanten Akteuren der gemeinsamen Selbstverwaltung würde helfen, diese Möglichkeit noch besser zu nutzen.

### > Formfreie Anfragen in den Praxen reduzieren

Seit Jahren ein großer Kritikpunkt bei den Ärzten hinsichtlich der bürokratischen Belastung in Praxen und aktuell auf Platz acht der aufwändigsten Informationspflichten sind die sogenannten formfreien Anfragen, die Praxen von Krankenkassen, MDK oder verschiedenen Ämtern erreichen. Zum Ärgernis werden diese vor allem dann, wenn die Praxen das Gefühl haben, mit Anfragen „geflutet“ zu werden, oder wenn die oft von Krankenkassenmitarbeitern selbst gestalteten Fragebögen von geringer Qualität sind. So berichten Ärzte, dass mit formfreien Anfragen oft Informationen angefordert werden, die der Krankenkasse bereits vorliegen, oder dass die gestellten Fragen nicht zum konkreten Fall passen. Bei den formfreien Anfragen sollte daher eine Fokussierung auf weniger Anfragen mit höherer Qualität erfolgen. Erreicht werden könnte dies zum Beispiel durch die extrabudgetäre Vergütung dieser Anfragen, die bei den Absendern der Anfragen zu einem verstärkten Reflektionsprozess führen würde.

### > Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) verschlanken

Die Zulassung als Vertragsarzt ist gewissermaßen die erste bürokratische Hürde, die Vertragsärzte nehmen müssen. Obwohl viele Kassenärztliche Vereinigungen junge Ärztinnen und Ärzte hierbei unterstützen und beraten, wird die Zulassung oft als umständlicher und langwieriger Prozess beschrieben. Auch bei der Übergabe der Praxis im Rentenalter sind viele Vertragsärzte mit bürokratischen Hindernissen konfrontiert. Viele Regelungen der Ärzte-ZV bestehen schon seit vielen Jahren und entsprechen zum Teil nicht mehr den Standards moderner Verwaltung. Die KBV wird daher gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Vorschläge zur Verschlinkung und Modernisierung der Ärzte-ZV erarbeiten, um die Verfahren für alle Beteiligten schneller und weniger bürokratisch zu machen.

### > Wahlfreiheit für Praxen durch verbindliche IT-Schnittstellen erhöhen

Ob die zunehmende Digitalisierung in den Praxen tatsächlich genutzt werden kann, um Vertragsärzte und -psychotherapeuten von Bürokratie zu entlasten, hängt auch von der konkreten Umsetzung in der genutzten Software ab. Bisher bestand im Bereich der Praxisverwaltungssysteme eine monopolähnliche Situation: Eine Praxis war technisch und organisatorisch an die einmal gewählte Software gebunden. Der Wechsel eines Systems wurde von vielen Herstellern nicht unterstützt und brachte für Praxen massive Aufwände mit sich. Einfach zu einer Software mit einer bürokratieärmeren Umsetzung zu wechseln, war daher bisher nicht möglich. Durch die im Sommer dieses Jahres beschlossene gesetzliche Neu-Regelung des § 291 d SGB V<sup>28</sup> sollen zukünftig der Wechsel auf ein anderes Praxisverwaltungssystem sowie die Nutzung einer anderen Arzneimittelverordnungsdatenbank deutlich einfacher werden. Auch in anderen Bereichen (wie zum Beispiel bei der Patientenakte/ dem Patientenfach) könnten Praxen von einheitlichen Schnittstellen profitieren, um möglichst bürokratiearme Lösungen auswählen und bedienen zu können. Es sollten daher für weitere wichtige Funktionen verbindliche Schnittstellen geschaffen werden.

28) Artikel 8a im Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten vom 17.7.2017, BGBl. I S. 2615ff.



## Blick in die Praxis: Das Formularlabor Westfalen-Lippe

Die Dimensionen des Formularwesens in der Gesundheitsversorgung sind gewaltig: zahlreiche ärztliche Verordnungen erfolgen viele Millionen mal pro Jahr<sup>29</sup>, so dass dies alles andere als nur leidiger Papierkram für niedergelassene Ärzte ist. Viele verschiedene vereinbarte und nicht vereinbarte Vordrucke, komplexe leistungsrechtliche Regelungen, Mehrfachabfragen der Kassen, letztlich ein unübersichtliches Dickicht an Formularen – all das gehört zum bürokratischen Alltag eines Vertragsarztes. Die Gründe dafür sind vielfältig: Die ständig steigende Ausdifferenzierung des Leistungsrechts, die sich auch auf den Formularen niederschlägt, der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, der diese zu Anfragen bei Ärzten motiviert, um die Ausgaben zu reduzieren. Zudem haben sich bei den verschiedenen Krankenkassen und sonstigen Kostenträgern über Jahrzehnte parallele Strukturen entwickelt, die nun ebenfalls die Komplexität der Regelungen des Gesundheitssystems erhöhen. Das Formularwesen darf in seiner Bedeutung aber keineswegs unterschätzt werden, sondern stellt vielmehr einen wesentlichen Bestandteil in der Organisation der vertragsärztlichen Versorgung dar, allerdings mit erheblichem Verbesserungs- und Einsparpotential im Hinblick auf die Bürokratiebelastung von Vertragsärzten.

Um hier zu tragfähigen praxisorientierten Verbesserungen zu kommen, haben die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen Lippe (KVWL) und die BARMER 2011 das Projekt Formularlabor Westfalen-Lippe<sup>30</sup> ins Leben gerufen. Es handelt sich dabei um ein Labor für den Praxistest von Formularen, in dem in drei regionalen Arbeitsgruppen niedergelassene Haus- und Fachärzte, Ärzte des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) und Mitarbeiter der Krankenkassen Mustervordrucke und formfreie Arztanfragen gemeinsam unter die Lupe nehmen und an praxistauglichen Lösungen arbeiten. Wichtig ist dabei die Interdisziplinarität der Zusammenarbeit, die bei den Beteiligten das gegenseitige Verständnis für Prozessabläufe und die Hintergründe von formularmäßigen Abfragen fördert. Die niedergelassenen Ärzte können dabei ihre besonderen Erfahrungen aus den Erfordernissen des Arbeitsalltags in ihren Praxen einbringen. Nur so ist es möglich, im Miteinander praxistaugliche Verbesserungen für eine schlanke Bürokratie zu erreichen.

Einige nachhaltige Verbesserungen im Formularwesen konnten bereits durch die fachlichen Anregungen des Formularlabors Westfalen-Lippe erzielt werden. So zum Beispiel die deutliche Verschlan-  
kung der Chroniker-Bescheinigung

(Muster 55, siehe Seite 31) oder die Überarbeitung der Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Muster 12). Bei der Verordnung häuslicher Krankenpflege wurde die Beratung durch das Formularlabor intensiv in Anspruch genommen, um auf dem Formular die aktuell für die Praxen relevanten Leistungen abzubilden. Der modernisierte Vordruck, der zukünftig nur noch dreiseitig statt wie bisher vierseitig ist, ist seit Oktober 2017 in Kraft.

Das Formularlabor Westfalen-Lippe hat gezeigt, dass durch konstruktiven Dialog und die Einbeziehung von Praktikern die Verschlan-  
kung von Vordrucken möglich ist, ohne dass hierbei wichtige Informationen verloren gehen oder die Versorgung der Patienten leidet. Damit wurde ein neuer Ansatzpunkt für die Erhöhung der Praxistauglichkeit von Formularen und sonstigen Vorgaben geschaffen.

29) Siehe Bericht Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe und BARMER GEK „Wir managen Richtlinien, aber nicht die Versorgung“, Zwischenbericht des Formularlabors Westfalen Lippe 2011–2016, Juni 2016, S. 1: alleine bei der BARMER GEK rd. 1,5 Millionen Verordnungen Fahrt- und Transportkosten – Muster 4 oder rd. 5,7 Millionen Heilmittelverordnungen – Muster 13, 14, 18.

30) Zu Zielen und Struktur des Formularlabors Westfalen-Lippe siehe Bericht KVWL und BARMER GEK, a.a.O., S. 3.



## Praxisbeispiel: Muster 55 Die neue Chroniker-Bescheinigung

Die sogenannte Chroniker-Bescheinigung ist insbesondere für Hausärzte relevant. Sie wird über 6 Millionen Mal pro Jahr ausgestellt. In der ursprünglichen Form bestand das Formular aus mehreren, bei verschiedenen Krankenkassen bisweilen uneinheitlich gestalteten DIN A4-Seiten. Basierend auf einem Vorschlag des Formularlabors Westfalen-Lippe, konnte die Chroniker-Bescheinigung (Muster 55) nun vereinheitlicht und auf Rezeptgröße verschlankt werden, eine IT-gestützte Befüllung durch das Praxisverwaltungssystem ist möglich. Dadurch wurde der bei den Ärzten gemessene Zeitaufwand pro Fall von 2 Minuten auf 45 Sekunden für Ärzte und von 2,5 Minuten auf 1 Minute für Praxismitarbeiter reduziert. Aufgrund der beachtlichen Fallzahl konnte damit insgesamt eine Bürokratienteilastung im Umfang von knapp 300.000 Stunden und damit die zweitgrößte Entlastung im Berichtsjahr 2017 erzielt werden (siehe hierzu auch Kapitel 3). Damit stellt die Neugestaltung der Chroniker-Bescheinigung ein Beispiel für die Chancen, die sich aus der Zusammenarbeit mit dem Formularlabor ergeben können, dar.

**Bescheinigung zum Erreichen der Belastungsgrenze bei Feststellung einer schwerwiegenden chronischen Krankheit im Sinne des § 62 SGB V** 55

Die Feststellung, dass der Versicherte an einer schwerwiegenden chronischen Krankheit leidet, wird durch die Krankenkasse getroffen. Eine Krankheit ist schwerwiegend (chronisch), wenn eine Dauerbehandlung gemäß Absatz 21 erfolgt und diese die Belastung für die AG übersteigt (in § 20 Abs. 1 SGB V).

**Zuerst von der Krankenkasse auszufüllen!**

Name, Vorname des Versicherten: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

A1 Es liegt eine Pflichterfüllung der Pflichten 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB X vor?  
 ja  nein

A2 Es ist ein Grad der Behinderung (BfG) von mindestens 80% oder ein Grad der Schädigungsmenge (SM) bzw. eine Wölkung der Erwerbstätigkeit (WET) von mindestens 80% (bei Mafällen des § 20 Abs. 1 SGB V oder des § 20 Abs. 2 SGB V festgesetzt worden)?  
 ja  nein

Ausstellungsdatum: \_\_\_\_\_

**Vom Vertragsarzt auszufüllen!**

B1 Der oben genannte Versicherte ist seit dem \_\_\_\_\_ gegen die oben genannte Krankheit in Dauerbehandlung.  
Eine Dauerbehandlung liegt vor, wenn die Erkrankung mindestens ein Jahr lang in kontinuierlicher oder intermittierender Behandlung besteht. Eine Dauerbehandlung ist eine kontinuierliche oder intermittierende Behandlung, die eine lebenslange oder eine dauerhafte Beseitigung der Lebensqualität zu erwarten ist.  
Dauerdiagnose(n): \_\_\_\_\_

Ende der Dauerbehandlung:  
 nicht absehbar  voraussichtlich am: \_\_\_\_\_

Die voraussichtliche Prognose muss nicht bescheinigt werden, wenn A1 und/oder A2 mit ja beantwortet wurde.

B2 Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung der oben B1 genannten Krankheit erforderlich (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungsfahrte, Versorgung mit Hilf- und Hilfsmitteln), die ohne Behandlung nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedingliche Verschlechterung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.  
 ja  nein

Die Vergütung für das Ausstellen dieser Bescheinigung erfolgt über die hausärztliche Versicherungsanstalt bzw. die Nr. 01610 EBM berechnungsfähig.

Ausstellungsdatum: \_\_\_\_\_

**Abschließend von der Krankenkasse auszufüllen!**

A3 Es liegt eine kritisierte Bescheinigung der kontinuierlichen Behandlungsforderung gemäß Absatz 21 vor?  
 ja  nein

November 2016 © 2016



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten: \_\_\_\_\_ ja/ am \_\_\_\_\_

Krankengruppe(n): \_\_\_\_\_ Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_ Status: \_\_\_\_\_

Verteilstellen-Nr.: \_\_\_\_\_ Arzt-Nr.: \_\_\_\_\_ Station: \_\_\_\_\_

behandlungsbedürftige Dauerdiagnose(n) gem. § 62 SGB V (Code): \_\_\_\_\_

Kontinuierliche medizinische Versorgung der oben genannten Erkrankung ist/wurde/wird nicht absehbar?  
 ja, Ende der Dauerbehandlung derzeit nicht absehbar  
 ja, voraussichtlich bis: \_\_\_\_\_  
 nein

Die Vergütung für das Ausstellen dieser Bescheinigung erfolgt über die hausärztliche Versicherungsanstalt bzw. die Nr. 01610 EBM berechnungsfähig.

Vertragsschlussart: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_

Muster 55 (03/2016)

[www.fh-mittelstand.de](http://www.fh-mittelstand.de)  
[www.kbv.de](http://www.kbv.de)



Staatlich anerkannte, private  
**Fachhochschule des  
Mittelstands (FHM)**

**KBV**

KASSENÄRZTLICHE  
BUNDESVEREINIGUNG