

**BIX  
2019**

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  
Elisa Goldmann MBA,  
Fachhochschule des Mittelstands (FHM)

### Herausgeberin

Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Dezernat Versorgungsmanagement –  
Sicherstellung und Versorgungsstruktur  
Aufgabenbereich Bessere Regulierung  
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin



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

### Layout

[www.artisan-berlin.de](http://www.artisan-berlin.de)

### Druckerei

[www.kerndruck.de](http://www.kerndruck.de)

### Bildnachweise

Titelbild: © Istockphoto/EasyBuy4u  
Seite 7: © Istockphoto/RichVintage  
Seite 13: © Istockphoto/endopack  
Seite 14: © Istockphoto/fstop123  
Seite 20: © Istockphoto/utah778  
Seite 21: © Istockphoto/fatihhoca  
Seite 22: © Istockphoto/YingYang  
Seite 23: © Istockphoto/izusek  
Seiten 24, 25, 27: KBV  
Seite 29: © Lopata / Axentis  
Seite 31: © Istockphoto/ipopba

### Stand

November 2019

**KBV**

KASSENÄRZTLICHE  
BUNDESVEREINIGUNG

# Inhalt

**1**

**Management  
Summary**  
Seite 2

**2**

**Ziel und Methode des  
Bürokratieindex**  
Seite 4

- 2.1 Bürokratiekostenkontrolle  
und -begrenzung durch  
den Bürokratieindex  
Seite 5
- 2.2 Methodisches Vorgehen  
Seite 6

**3**

**Ergebnis  
Bürokratieindex 2019**  
Seite 8

- 3.1 Index im Überblick  
Seite 9
- 3.2 Be- und Entlastungen  
im Detail Seite 10

**4**

**Aktuelle Belastung  
durch Bürokratiekosten**  
Seite 14

- 4.1 Aufwände nach  
Themenbereichen Seite 15
- 4.2 Aufwände in Stunden  
und Kosten Seite 16
- 4.3 Die Top-25-Informationen-  
pflichten Seite 16

**5**

**Niederlassungshemmnis  
Bürokratie**  
Seite 20

- 5.1 Status Quo Niederlassung Seite 21
- 5.2 Niederlassungshemmnisse Seite 23
- 5.3 Blick in die Praxis – Bürokratische Hürden bei  
der Niederlassung Seite 24

**6**

**Schlussfolgerungen  
der KBV**  
Seite 28

**7**

**Vorschläge der KBV  
zum Bürokratieabbau**  
Seite 30

# 1

## Management Summary

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Fachhochschule des Mittelstands (FHM) legen hiermit den vierten Bericht über die Entwicklung der durch die gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen verursachten Bürokratiebelastung für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten<sup>1</sup> vor. Die FHM hat auf Basis des Projektes „Mehr Zeit für Behandlung“ des Nationalen Normenkontrollrates und des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2013 den Bürokratieindex (BIX) entwickelt, mit dem die bürokratische Belastung für die vertragsärztlichen Praxen jährlich ermittelt und kontrolliert wird.

Die Entwicklung der Bürokratiekosten verläuft dabei uneinheitlich. Nach einem deutlichen Rückgang der Belastung für die Praxen um fast 5 Prozent zwischen dem Basisjahr 2013 mit über

58 Millionen Nettoarbeitsstunden Gesamtaufwand auf 55,6 Millionen im Jahr der ersten Erhebung 2016 stiegen die Bürokratielasten in den beiden letzten Jahren 2017 und 2018 wieder moderat an, während im Berichtsjahr 2019 nun erneut eine deutliche Reduzierung verzeichnet werden konnte.

2019 konnte ein Rückgang um 1,93 Prozent zum Vorjahr auf nun rund 55 Millionen Nettoarbeitsstunden festgestellt werden, was durchschnittlich einer um einen Tag reduzierten Gesamtbelastung pro Praxis entspricht, die allein durch Informationspflichten der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene begründet sind. Hinzu kommen Aufwände aufgrund von Bundes- und Landesgesetzen sowie Vorgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kommunen.

Die grundsätzlich weiterhin sehr hohe bürokratische Belastung in den Praxen stellt ein beachtliches Problem und auch ein zentrales Niederlassungshemmnis für junge Mediziner dar, für die die inhabergeführte eigene Praxis als Berufsziel damit an Attraktivität verloren hat.<sup>2</sup>

2019 konnte ein Rückgang der Belastung um 1,93 Prozent zum Vorjahr auf rund 55 Millionen Nettoarbeitsstunden festgestellt werden.

Neben den bekannten bürokratischen Aufwänden im regulären Praxisbetrieb werden insbesondere bürokratische Hürden und Unsicherheiten im Zulassungsverfahren als sehr belastend für die Gründerphase empfunden.

Die KBV und die FHM haben in Workshops mit neu Niedergelassenen diese Probleme näher beleuchtet und festgestellt, dass neben den bekannten bürokratischen Aufwänden im regulären Praxisbetrieb insbesondere bürokratische Hürden und Unsicherheiten im Zulassungsverfahren als sehr belastend für die Gründungsphase empfunden werden. Vereinfachungen bei der Zulassung, dem Ordnungsmanagement und bei der Abrechnung wurden von jungen Medizinerinnen und Psychotherapeuten gewünscht, um die Belastungen für Praxisgründer wirksam zu reduzieren.

1) Ausschließlich zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird auf die geschlechtsspezifische Schreibweise verzichtet. Alle personenbezogenen Bezeichnungen sind geschlechtsneutral und beziehen sich auf Angehörige aller Geschlechter.

2) Vgl. KBV, online-Artikel „Arztzeitmangel“ abrufbar unter [www.kbv.de/html/themen\\_38343.php](http://www.kbv.de/html/themen_38343.php).

# 2

## Ziel und Methode des Bürokratieindex

### Ziel

› Die jährliche Messung der Bürokratielasten für Vertragsärzte und -psychotherapeuten und ihre Sichtbarmachung im Bürokratieindex (BIX) dient der Verbesserung der Transparenz und mittelbar der effektiven Kontrolle der Bürokratielasten. Der Index liefert für Entscheider der Gesundheitspolitik wichtige Informationen für eine bessere Regulierung und Begrenzung sowie Reduzierung der Belastung für Ärzte und Psychotherapeuten.

### Methode

› Auf der Grundlage des bewährten Standardkosten-Modells (SKM) wird der in den Praxen anfallende bürokratische Aufwand, der durch Informationspflichten aufgrund von Regelungen der gemeinsamen Selbstverwaltung verursacht wird, ermittelt und die Entwicklung der Belastung im Bürokratieindex veranschaulicht.

Die Bürokratiebelastung für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten bewegt sich seit Jahren auf einem hohen Niveau, behindert die Arbeit für und mit den Patienten und stellt ein relevantes Hindernis auf dem Weg in die Zulassung und eigene Praxis dar.

## 2.1 Bürokratiekostenkontrolle und -begrenzung durch den Bürokratieindex

Die Bürokratiebelastung für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten bewegt sich seit Jahren auf einem hohen Niveau,<sup>3</sup> behindert die Arbeit für und mit den Patienten und stellt ein relevantes Hindernis auf dem Weg in die Zulassung und eigene Praxis dar.<sup>4</sup>

Eine wertvolle Hilfe für eine effektive Bürokratie- und auch Kostenkontrolle ist dabei zunächst eine Messung der bürokratischen Belastung für Vertragsärzte und -psychotherapeuten und eine Analyse der Entwicklung über mehrere Jahre.

Bereits zum vierten Mal seit 2016 führen die KBV und die Fachhochschule des Mittelstands daher zur Kontrolle und Bestandsaufnahme eine Bürokratiemessung in den Praxen durch und bilden den dort anfallenden bürokratischen Aufwand durch den Bürokratieindex (BIX) ab, um zu mehr Bewusstsein und Aufmerksamkeit für die Problematik durch die nötige Transparenz und Information beizutragen. Der Bürokratieindex gibt Hinweise darauf, ob und in welchem Umfang das Ziel des Bürokratieabbaus im vertragsärztlichen Bereich tatsächlich erreicht wird, und stellt damit für Entscheider eine wichtige Infor-

mation für eine bessere Regulierung und Normsetzung dar. Vor dem Hintergrund dieser Informationen ist es umso wichtiger, bei jeder Normsetzung bereits von vorneherein die verursachten Bürokratielasten unbedingt mit zu bedenken, um eine bessere Rechtsetzung in der gemeinsamen Selbstverwaltung zu erreichen.

Der Bürokratieindex (BIX) für Vertragsärzte und -psychotherapeuten wurde von der FHM analog zum Bürokratiekostenindex des Statistischen Bundesamtes (BKI) konzipiert, mit dem die Bundesregierung die Bürokratiekosten für die Wirtschaft seit 2012 misst und kontrolliert.<sup>5</sup>

Der BIX schreibt die durch das Statistische Bundesamt (Destatis) und den Nationalen Normenkontrollrat (NKR) im Jahre 2015 vorgelegte Untersuchung „Mehr Zeit für Behandlung“<sup>6</sup>, die als Nullmessung und Ausgangspunkt dient, für den Bereich der Selbstverwaltung auf Bundesebene kontinuierlich fort und ermöglicht so eine Vergleichbarkeit und fortlaufende jährliche Bürokratiekostenkontrolle bezogen auf das Basisjahr 2013 (=Index 100).

3) Vgl. im Einzelnen zur Entwicklung Kapitel 3, S. 8 ff.

4) Zum Themenschwerpunkt Bürokratie als Niederlassungshemmnis vgl. Kapitel 5, S. 20 ff.

5) Siehe dazu Fachhochschule des Mittelstands, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Belastung transparent machen, Bürokratie abbauen, BIX 2016, Kapitel 6, S. 24.

6) 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.

Der Bürokratieindex gibt Hinweise darauf, ob und in welchem Umfang das Ziel des Bürokratieabbaus im vertragsärztlichen Bereich tatsächlich erreicht wird, und stellt damit für Entscheider eine wichtige Information für eine bessere Regulierung und Normsetzung dar.

## 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 bewährten Standardkosten-Modells (SKM)<sup>7</sup>; dieses in den Niederlanden entwickelte Verfahren ist bereits in mehreren europäischen Ländern zur Messung von Bürokratielasten etabliert und wird eingesetzt, um sogenannte Informations- und Berichtspflichten zu erfassen, die den Normadressaten durch gesetzliche und untergesetzliche Normen auferlegt werden.

Informationspflichten<sup>8</sup> stellen einen klar abgegrenzten Bereich der bürokratischen Belastungen dar, nämlich unmittelbare und mittelbare Informationstransfers, zu denen die Normadressaten wie z.B. Unternehmen oder in diesem Falle niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten durch den Staat verpflichtet werden. Insbesondere ergeben sich für sie aus formellen Gesetzen oder aus Regelungen der gemeinsamen Selbstverwaltung Berichts-, Dokumentations- oder Antragspflichten wie zum Beispiel Genehmigungsanträge, Bescheinigungen, Verordnungen sowie Statistiken, Nachweise etc., deren Zeit- bzw. Kostenaufwand für die Studie durch Befragungen ermittelt werden.

### Auswahl der Informationspflichten

Die FHM-Studie BIX 2019 ist wie in den Vorjahren fokussiert auf die durch die gemeinsame Selbstverwaltung in ihrem eigenen Verantwortungsbereich auf Bundesebene veranlassten Informationspflichten 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 31.03.2019 beschlossen wurden und bis zum 30.09.2019 in Kraft getreten sind.

Nicht betrachtet wurden hingegen Informationspflichten, die durch die Bundesgesetzgebung begründet sind,<sup>9</sup> wodurch Mehrfacherfassungen von gesetzgeberischen Aktivitäten auf Bundesebene vermieden werden. Ferner können die Bürokratielasten, die durch die zum Teil

heterogenen und damit schwer abbildbaren Vorgaben auf der Landes- bzw. KV-Ebene entstehen, nicht berücksichtigt werden.

7) Ausf. zum Standardkostenmodell: Statistisches Bundesamt, Einführung des Standardkosten-Modells – Methodenhandbuch der Bundesregierung, Version 1.2006.

8) Vgl. ausführlich zum Konzept und zur Definition von Informationspflichten Statistisches Bundesamt/ Nationaler Normenkontrollrat, a.a.O. Kapitel 4.1., S. 25 ff.

9) Aus der Bundesgesetzgebung resultierende Informationspflichten werden durch den Bürokratieindex BKI abgebildet; siehe [www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/Buerokratiekosten/Aktuell\\_Buerokratiekostenindex.html](http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/Buerokratiekosten/Aktuell_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

Basis der Erhebung sind die zeitlichen Aufwände für die Erfüllung von Informationspflichten, die im Rahmen des Projektes „Mehr Zeit für Behandlung“ durch das Statistische Bundesamt gemessen wurden. Für neue Informationspflichten wurden Ex-ante-Abschätzungen nach den Vorgaben des Methodenhandbuches der Bundesregierung<sup>10</sup> durchgeführt. Für Informationspflichten aus den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) 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.

Folgende wesentliche Anpassungen von Daten wurden in diesem Berichtsjahr vorgenommen:<sup>11</sup>

Auf der Grundlage von Prüfungen der Zeitwerte einzelner Informationspflichten konnten diese zum Teil angepasst und somit ein realitätsnäheres Gesamtergebnis erreicht werden. Um die Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten, mussten Anpassungen auch rückwirkend vorgenommen und Vorjahreswerte korrigiert werden.

So konnten etwa durch Nachmessungen bei den Disease-Management-Programmen (DMP) die Zeitwerte für die Dokumentation aktualisiert werden. Bisher wurde für die DMPs der Schätzwert aus der Bestandsmessung der Bundesregierung aus dem Jahr 2007 verwendet. Da die DMPs inzwischen weiterentwickelt worden sind, bildete dieser Wert nicht mehr den aktuellen Aufwand ab. Durch die Nachmessung konnte die zeitliche Belastung realitätsnäher abgebildet werden; die Anpassung der Zeitwerte erfolgte nun rückwirkend ab 2013.

Im Zusammenhang mit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie zum 1.4.2017<sup>12</sup> wurden die Zeitwerte und Fallzahlen von zu erwartenden Belastungen durch den G-BA seinerzeit zunächst über Ex-ante-Abschätzungen ermittelt. Durch Expertengespräche und Messungen konnten inzwischen aktuelle Zeitwerte ermittelt werden, so dass die Zeitwerte für die Informationspflichten „Antrag auf Fortsetzung der Behandlung“ und „Anzeige Akutbehandlung“ rückwirkend ab 2017 angepasst wurden. Die Fallzahlen der im Rahmen der Reform geänderten oder neu eingeführten Informationspflichten wurden zunächst abgeschätzt. Da nun Fallzahlen aus den Abrechnungsdaten vorlie-

gen, wurden die Fallzahlen der betroffenen Informationspflichten rückwirkend ab 2017 angepasst.

Den Fallzahlen der Informationspflichten bei den Präventionsempfehlungen lagen bisher Vorabschätzungen des G-BA im Zusammenhang mit der Reform der Präventionsrichtlinie<sup>13</sup> zu Grunde, die nun durch aktuelle Fallzahlen ersetzt werden konnten und rückwirkend ab 2017 angepasst wurden.

Um die durch die Anpassungen der Lohnkostentabelle des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2017 in absoluten Zahlen hervorgerufenen Steigerungen der Lohnkosten aus dem Index herauszuhalten, wurde, wie auch im vergangenen Berichtsjahr<sup>14</sup>, für die Indexierung der Bürokratiekosten auf die Bildung eines Kettenindex auf Basis der alten Tarife zurückgegriffen. Für die Betrachtung der absoluten Werte werden die aktuellen Lohnkosten gemäß Tabelle verwendet. Dieses Vorgehen orientiert sich an der Methodik des Statistischen Bundesamtes.

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

11) Hinsichtlich der methodischen Anpassungen wird ergänzend auf den Anhang zum Bericht verwiesen; abrufbar unter [www.kbv.de/html/bix.php](http://www.kbv.de/html/bix.php)

12) Vgl. zur Reform der Psychotherapie-Richtlinie bereits den Exkurs in: Fachhochschule des Mittelstands, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Belastung transparent machen, Bürokratie abbauen, BIX 2017, Kapitel 3.2., S. 14 und den Exkurs in diesem Bericht Kap. 3.2, S. 13.

13) Vgl. zur Reform und den erwarteten Auswirkungen des seit 2017 geltenden Präventionsgesetzes bereits den Bericht von 2017, Fachhochschule des Mittelstands et al., BIX 2017, Kapitel 3.2., Exkurs S. 13.

14) Vgl. Fachhochschule des Mittelstands, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Belastung transparent machen, Bürokratie abbauen, BIX 2018, Kapitel 2.2., S. 9.

# 3

## Ergebnis Bürokratieindex 2019

› Der Bürokratieindex 2019 im Bereich der ärztlichen Selbstverwaltung ist auf 94,87 Punkte gesunken (bei Betrachtung nach Nettostunden; 2018: 96,74 Punkte). Damit fallen insgesamt rund eine Million Stunden Bürokratieaufwand weniger an als 2018.

Der Bürokratieindex zeigt die Veränderungen der bürokratischen Gesamtbelastung für Vertragsärzte und -psychotherapeuten auf, indem er – an der Nettostunden- bzw. Nettokostenbelastung des Basisjahres 2013 orientiert (Nullmessung mit Index 100) – die aktuell gemessene Bürokratiebelastung durch die Informationspflichten der gemeinsamen Selbstverwaltung dazu in Beziehung setzt.

Abb. 1

### BÜROKRATIEINDEX 2013 – 2019

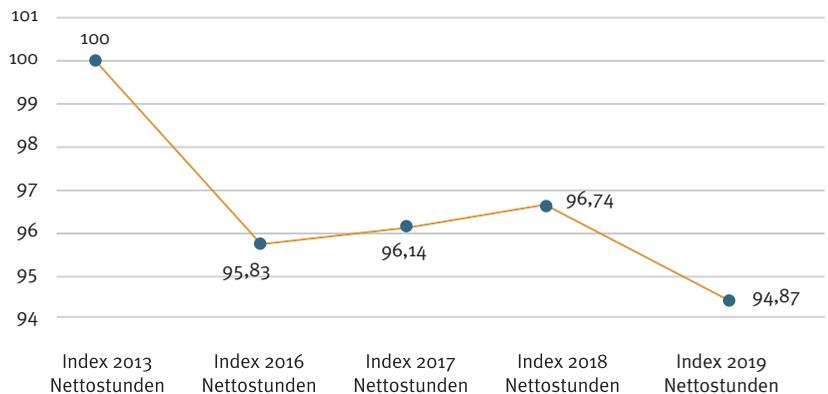
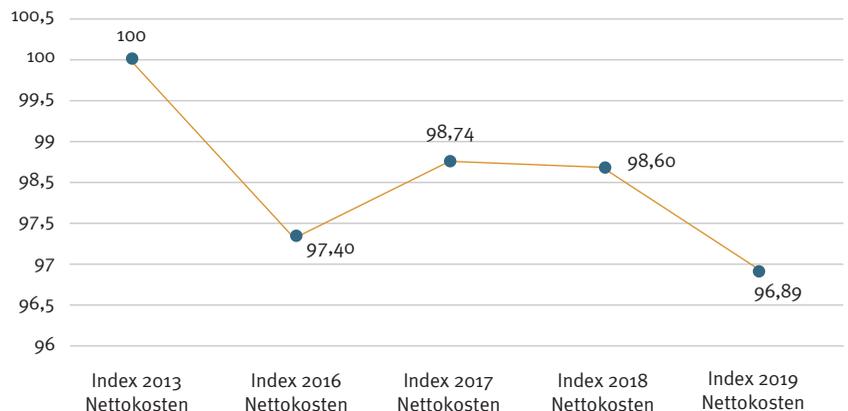


Abb. 2

### BÜROKRATIEKOSTENINDEX 2013 – 2019



## 3.1 Index im Überblick

Im Vergleich zum Vorjahr ist es bei 162 Informationspflichten zu höheren Bürokratiebelastungen aufgrund von Erhöhungen bei den Fallzahlen bzw. Zeitwerten gekommen, bei 125 Informationspflichten hat sich der Aufwand verringert und bei 123 Informationspflichten ist der Aufwand konstant geblieben bzw. liegen noch keine Fallzahlen über null vor. Im Berichtsjahr 2019 sind 29 Informationspflichten hinzugekommen und 15 wurden abgeschafft.

Der Bürokratieindex ist an der Nettostundenbelastung<sup>15</sup> orientiert und zeigt gegenüber dem Vorjahr einen signifikanten Rückgang der Bürokratiebelastung für Vertragsärzte und -psychotherapeuten an, und zwar indexiert von 96,74 Punkten 2018 auf 94,87 Punkte 2019. Dies bedeutet in absoluten Zahlen eine Reduktion um ca. 1,93 Prozent bzw. eine Einsparung von insgesamt rund einer Million Netto-Arbeitsstunden (Abbildung 1).

Unter Berücksichtigung der Lohnkosten zeigt sich ein ähnliches Bild (Abbildung 2): Der Bürokratiekostenindex geht ebenfalls zurück, von 98,60 Punkten 2018 auf nunmehr 96,89 Punkte 2019. Damit reduzieren sich die Bürokratiekosten für die Praxen um rund 41 Millionen Euro.<sup>16</sup> An der Entlastung bei den Ärzten selbst haben u.a. der Wegfall von für den Arzt sehr zeitintensiven Pflichten wie z.B. das „Ausfüllen und Archivieren Muster 30“ als der Top-Entlastung in diesem Jahr<sup>17</sup> oder der „Bestätigung psychosoziale

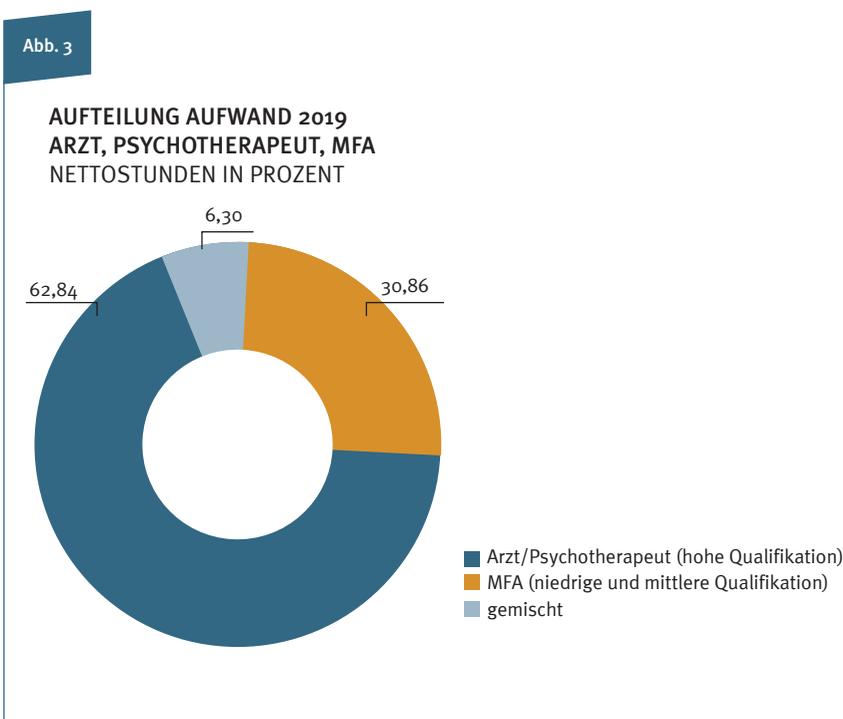
Betreuung“ als drittgrößte Entlastung einen erheblichen Anteil. Allerdings bleiben unter den Top-Belastungen auch 2019 vor allem solche Informationspflichten an der Spitze, die durch Ärzte und Psychotherapeuten (hauptsächlich) selbst zu erledigen und nicht (oder nur zum geringeren Teil) delegierbar sind: Dies gilt für die „Auskünfte an Krankenkassen und MDK auf vereinbarten Vor drucken“, die „Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit auf Muster 1 und Prüfung genaue Umstände und Ausnahmetatbestände“ oder auch die „Verordnung Krankenbeförderung“.

Insgesamt bleibt die Aufteilung der bürokratischen Lasten im Binnenverhältnis zwischen Ärzten und Medizinischen Fachangestellten (MFA) (s. Abbildung 3) im Vergleich zu den Vorjahren konstant.

15) Bei der Nettoberechnung werden sog. Sowieso-Kosten für Maßnahmen, die von Ärzten/Psychotherapeuten als originäre Tätigkeit auch durchgeführt werden müssten, wenn keine rechtliche Informationspflicht bestünde (z.B. das Erheben und die Dokumentation von Befunden oder die Beratung von Patienten), nicht einbezogen. Vgl. zur Methodik: Fachhochschule des Mittelstands et al., Bericht 2016, Kap. 4.2, S. 10 m.w.N.

16) Vgl. auch Hinweis zur Bildung des Indexes in Kapitel 2.2., S. 7.

17) Vgl. im Einzelnen zu den Top-Entlastungen Kapitel 3.2., S. 10.



## 3.2 Be- und Entlastungen im Detail

Folgende Top 5 Be- und Entlastungen (Abbildung 4, S. 11) haben sich entscheidend auf die Entwicklung des Bürokratieindex ausgewirkt und werden daher näher betrachtet:

### Belastungen

Der hauptsächliche Treiber für den Anstieg des Bürokratieaufwands sind auch in diesem Jahr die steigenden Fallzahlen bei vielen Informationspflichten. Hierbei handelt es sich in der Regel um Informationspflichten, die sehr hohe Fallzahlen aufweisen. Auch ein prozentual gesehen geringer Anstieg bedeutet hier in absoluten Zahlen einen starken Anstieg der gesamten Zeitbelastung.

#### 1. Dokumentation Hautkrebscreening (Dermatologen)

Der stärkste Anstieg wird durch die Änderung der Vorgaben zur Dokumentation des Hautkrebscreenings verursacht. Durch den entsprechenden Beschluss des G-BA müssen insbesondere Dermatologen nun mehr Parameter als früher dokumentieren. Bei einer jährlichen Fallzahl von über 3,3 Millionen bedeutet dies einen Anstieg der jährlichen Nettoarbeitsstunden um mehr als 32.000.

#### 2. Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit

Beim Anstieg der Belastung im Bereich der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung handelt es sich um eine rein fallzahlbedingte Entwicklung. Wie auch in den letzten Jahren ist zu beobachten, dass die Zahl der bescheinigten Arbeitsunfähigkeiten zugenommen hat. Grund hierfür kann u.a. eine weiter steigende Beschäftigungsquote sein, die im Ergebnis dazu führt, dass mehr Menschen „krank

geschrieben“ werden müssen, die in der Vergangenheit gar keine Bescheinigung benötigt haben. Dies bedeutet auch eine entsprechende Zunahme des damit einhergehenden bürokratischen Aufwands in den Praxen um über 31.000 auf 4,96 Millionen Stunden.

#### 3. Verordnung von Krankenförderung

Auch bei der Verordnung von Krankenförderung ist die jährliche Fallzahl leicht um ca. 0,8 Prozent gestiegen, was aber angesichts der insgesamt sehr hohen Fallzahl von über 50 Millionen in absoluten Zahlen einen erheblichen Anstieg der zeitlichen Aufwände um über 30.000 Nettoarbeitsstunden bedeutet. Grund hierfür ist vermutlich die in den letzten Jahren in der entsprechenden Richtlinie des G-BA vorgenommene Ausweitung der Leistungsansprüche sowie die steigende Morbidität der Gesamtbevölkerung, die eine Zunahme der Krankenförderung erforderlich macht.

#### 4. Verordnung von Leistungen der medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter

Für diese Leistung wurden zum 1. Oktober 2018 zwei neue Formulare eingeführt. Trotzdem handelt es sich hierbei nicht um eine neue Informationspflicht, da diese Leistung bisher auf den Formularen von Krankenkassen oder den Anbietern der Vorsorgeleistungen (z. B. Müttergenesungswerk) verordnet wurde. Diese wurden bisher im Bürokratieindex in der Informationspflicht „Auskünfte an Krankenkassen und MDK (formfrei)“ erfasst. Da die neuen Verordnungsvordrucke einheitlich gestaltet sind und per Praxisverwaltungssystem ausgestellt werden können, wird durch

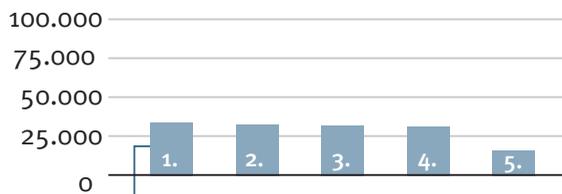
die Einführung dieser Formulare eventuell sogar eine leichte Reduzierung der Belastung erreicht.

#### 5. Begründungspflicht Gebührenordnungspositionen

Bei einigen Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) müssen die Niedergelassenen in bestimmten Konstellationen eine Begründung angeben, um diese abrechnen zu können. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn eine GOP mit einer anderen zusammen abgerechnet werden soll oder eine definierte Abrechnungsfrequenz überschritten oder die GOP in einer anderen Konstellation als ursprünglich vorgesehen abgerechnet werden soll. Der Anstieg der Nettoarbeitsstunden um ca. 15.000 für diese Informationspflicht ist in erster Linie auf eine Überarbeitung des EBM im Berichtszeitraum zurückzuführen. Im Zuge dessen sind neue GOP mit Begründungspflicht hinzugekommen und bestehende GOP mit Begründungspflicht haben einen Aufwuchs der Fallzahlen erfahren.

Abb. 4

### TOP BE- UND ENTLASTUNGEN 2019 in Stunden (netto)

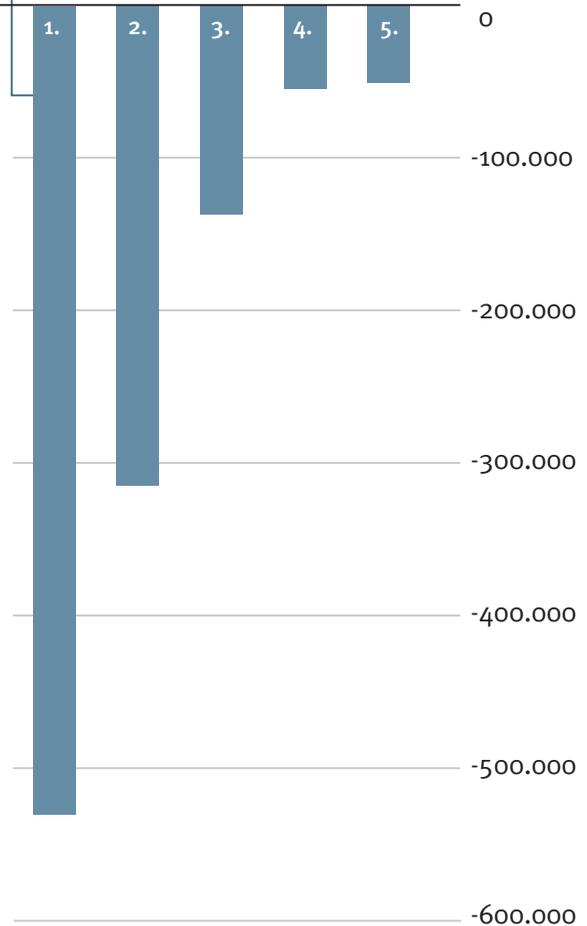


#### Belastungen:

1. Dokumentation Hautkrebs-screening – Dermatologen
2. Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit auf Muster 1 und Prüfung genaue Umstände und Ausnahmetatbestände
3. Verordnung Krankentherapie
4. Verordnung von Leistungen der medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter
5. Begründungspflicht Gebührenordnungspositionen

#### Entlastungen:

1. Ausfüllen und Archivieren Muster 30
2. Erhebung Daten im Ersatzverfahren
3. Bestätigung psychosoziale Betreuung
4. Ausstellen von Überweisungen
5. Auskünfte an Krankenkassen und MDK (formfrei)



## Entlastungen

### 1. Ausfüllen und Archivieren Muster 30

Mit der Änderung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GU-RL) ist zum 25.10.2018 das Ausfüllen und Archivieren des Berichtsvordrucks Gesundheitsuntersuchung (Muster 30) und ferner auch der Aufwand für Bestellung und Lagerung der Vordrucke entfallen; es bleibt nur bei der Dokumentation in der normalen Patientenakte. Das Muster 30 wurde bisher in der Praxis archiviert, soweit die Ärzte in Papierform dokumentieren. Ärzte, die eine elektronische Patientenakte führen, konnten die Informationen bereits hier speichern und mussten es nicht benutzen. Da die elektronische Dokumentation der Inhalte von Muster 30 nicht in allen Praxisverwaltungssystemen vorgesehen war, war der Anteil der Ärzte, die das Muster in Papierform genutzt haben, nach Angaben der KVen aber recht hoch. Für diese Informationspflicht war durch das Statistische Bundesamt ein Zeitaufwand von 3,5 Minuten, davon 3 Minuten für die hohe Qualifikationsstufe des Arztes selbst, ermittelt worden, der durch das Entfallen der zusätzlichen Dokumentation nun eingespart werden kann, was aufgrund der sehr hohen Fallzahl zu einer deutlichen Entlastung führt, die mit knapp 26 Millionen Euro beziffert werden kann. Gleichzeitig geht diese Entlastung mit keiner Reduktion von Qualität und Umfang der Informationen für Arzt und Patienten einher.

### 2. Erhebung Daten im Ersatzverfahren

Mit über 329.000 Nettostunden Gesamtentlastung für dieses Berichtsjahr bildet der weitere Rückgang bei der Informationspflicht „Erhebung Daten im Ersatzverfahren“ die zweitstärkste Entlastung. Um den Behandlungsanspruch des Versicherten zu dokumentieren, kommt bei dieser Pflicht ein Ersatzverfahren auf Grund von Daten aus der Patientenstammdatei bzw. von Angaben des Versicherten dann zur Anwendung, wenn bei einer Arzt-/Patientenbegegnung die elektronische Gesundheitskarte nicht verwendet werden kann und nicht bereits im betreffenden Quartal vorlag. Es kann vermutet werden, dass der Rückgang der Fallzahl durch weniger fehlerhafte Gesundheitskarten, die Probleme beim Einlesen verursachen, und/oder weniger häufiges Vergessen der Karte durch die Patienten bedingt ist.

### 3. Bestätigung psychosoziale Betreuung

Mit dem Wegfall der Informationspflicht „Bestätigung psychosoziale Betreuung“ konnte die Bürokratielast um jährlich knapp 150.000 Nettoarbeitsstunden gesenkt werden. Es handelt sich hier um eine sehr aufwändige Pflicht im Umfang von rund 30 Minuten, davon allein 28 Minuten im Bereich der hohen Qualifikation des Arztes, bei rund 300.000 Fällen. Durch die Reform der Substitutionsbehandlung konnte die bisherige schriftliche Bestätigung der psychosozialen Beratungsstelle über die Aufnahme oder die Fortführung einer psychosozialen Betreuung in der Dokumentation entfallen. Durch die Anpassung der ent-

sprechenden Richtlinie des G-BA werden Änderungen der Richtlinie der Bundesärztekammer (BÄK) sowie der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung nachvollzogen. Die Dokumentation zur Qualitätssicherung konnte im Zuge der Änderungen vereinfacht werden, ohne die Qualität der Versorgung zu verschlechtern.

### 4. Ausstellen von Überweisungen

Seit der Abschaffung der Praxisgebühr zeigt sich ein Rückgang der Anzahl der jährlich ausgestellten Überweisungen. Am Anfang war dieser Rückgang sehr deutlich, inzwischen ist die Veränderung prozentual gesehen nur noch sehr gering. Aufgrund der hohen jährlichen Fallzahl von fast 200 Millionen sind aber auch kleinere Veränderungen in absoluten Zahlen nicht unerheblich und führen zu einer Entlastung von fast 35.000 Nettoarbeitsstunden jährlich.

### 5. Auskünfte an Krankenkassen und MDK (formfrei)

Mit dieser Informationspflicht werden die zahlreichen unterschiedlichen Anfragen abgebildet, die die Praxen von Krankenkassen und MDK erreichen und für die kein Vordruck vereinbart ist. Durch die Einführung der neuen vereinbarten Vordrucke für Leistungen der medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter<sup>18</sup> reduziert sich die Anzahl der formfrei gestellten Anfragen entsprechend. Es wird mit einer leichten Entlastungswirkung von knapp 34.000 Stunden gerechnet.

<sup>18)</sup> Vgl. oben Belastung Nr. 4 in Kap. 3.2., S. 10



### Exkurs: Auswirkungen der Psychotherapie-Reform auf die Bürokratiebelastung

Mit der Anpassung der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses traten 2017 umfassende Änderungen in Kraft. Diese betrafen nicht nur die inhaltliche Arbeit der rund 33.000 Psychotherapeuten, sondern auch die Informationspflichten, die im Zusammenhang mit der Beantragung und Dokumentation von Therapien anfallen. Die Änderung des Bürokratieaufwands wurde im Gemeinsamen Bundesausschuss zunächst mithilfe des Standardkosten-Modells abgeschätzt, da noch keine belastbaren Daten vorlagen. Inzwischen liegen Abrechnungsdaten für den Zeitraum nach der Psychotherapie-Reform vor, so dass die Auswirkungen der Reform besser bewertet werden können.

Ein deutlicher Rückgang der bürokratischen Belastung zeigt sich bei den Fortsetzungsanträgen im Bereich der Langzeittherapie. Hier hat sich die zeitliche Belastung im Vergleich mit dem Stand vor der Reform um 95 Prozent reduziert. Grund hierfür ist zum einen die Erweiterung der Stundenkontingente bei der Langzeittherapie, die dazu führt, dass deutlich weniger Fortsetzungsanträge gestellt werden müssen als vor der Reform. Zum anderen trägt aber auch die Tatsache, dass nicht mehr regelhaft ein Bericht für den Gutachter erstellt werden muss, zum Bürokratieabbau bei.

Auch im Bereich der Kurzzeittherapie gab es durch den Verzicht auf das regelhafte Gutachterverfahren für die ersten 35 Therapien eine Entlastung, die besonders neu niedergelassenen Psychotherapeuten zugutekommt. Gleichzeitig wurde aber das Stundenkontingent für Kurzzeittherapien von früher 25 Stunden in zwei Teile zu je 12 Stunden aufgeteilt. Diese Änderung hat zu einem deutlichen Anstieg der Anzahl der gestellten Anträge und damit des Bürokratieaufwands geführt. Trotz der Vereinfachung durch die Abschaffung des Gutachterverfahrens steigt daher der Aufwand für die Beantragung von Kurzzeittherapie um 34 Prozent.

Aus einer Bürokratiekostenperspektive muss daher eine gemischte Bilanz der Reform der Psychotherapie-Richtlinie gezogen werden. Obwohl im Zuge der Reform sinnvolle Maßnahmen beschlossen wurden, die die Bürokratiebelastung in einigen Bereichen deutlich reduziert haben, ist der zeitliche Aufwand, den Psychotherapeuten für Bürokratie aufwenden müssen, aktuell etwa 18 Prozent höher als vor der Reform. Dies ist auch auf eine gestiegene Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen und damit höhere Fallzahlen zurückzuführen, vor allem aber auf die Aufteilung der Stundenkontingente bei der Kurzzeittherapie: Während vorher nur ein Antragsverfahren erforderlich war, müssen jetzt in der Regel zwei Anträge gestellt werden.

# 4

## Aktuelle Belastung durch Bürokratiekosten



› Die zeitliche Belastung von Vertragsärzten und -psychotherapeuten durch Informationspflichten im Bereich der Selbstverwaltung auf Bundesebene ist 2019 im Vergleich zum Vorjahr deutlich um 1,93 Prozent gesunken (2018: 56,12 Millionen Netto-Std./ 2019: 55,04 Millionen Netto-Std.).

› Der jährliche Bürokratieaufwand für die durch die gemeinsame Selbstverwaltung induzierten Informationspflichten beträgt im Bundesdurchschnitt pro Praxis nun rund 60 Nettoarbeitstage (2018: noch rund 61 Tage). Hinzu kommt der Aufwand, der sich aus der Bundesgesetzgebung sowie aus den Vorgaben auf KV- bzw. Landes- und Kommunalebene ergibt.

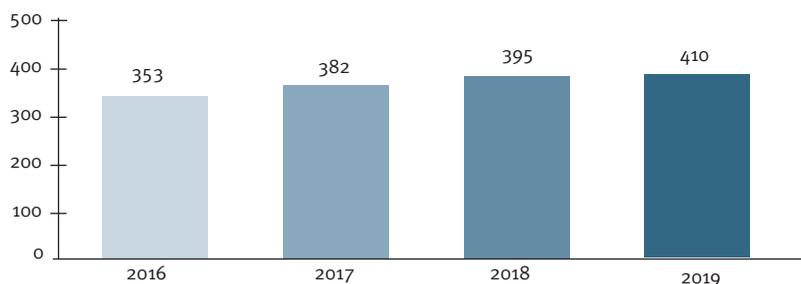
Im Folgenden werden die Ergebnisse der Messung der bürokratiebedingten Aufwände für den Bereich der gemeinsamen ärztlichen Selbstverwaltung genauer dargestellt.

Dabei steht die dadurch bedingte zeitliche Belastung für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten im Fokus der Betrachtung, die für die Behandlung ihrer Patienten fehlt. Zudem werden die für die Praxen entstehenden Kosten durch Bürokratie betrachtet.

Abb. 5

### ANZAHL INFORMATIONS-PFLICHTEN IM JAHRESVERGLEICH

Nicht erfasst werden einmalige Informationspflichten



## 4.1 Aufwände nach Themenbereichen

Insgesamt steigt die Zahl der Informationspflichten von 395 im Vorjahr weiter auf 410 an; die Anzahl der Pflichten hat sich in der Vergangenheit stetig erhöht, so sind in diesem Berichtsjahr 29 Informationspflichten hinzugekommen und 15 entfallen (vgl. Abbildung 5). Dies zeigt, dass auch die Regulierungsdichte in der Selbstverwaltung weiter ansteigt.

Allerdings handelt es sich bei den neuen Informationspflichten insbesondere um solche, die für Spezialfälle mit kleinen Fallzahlen relevant sind wie z.B. in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), deren Regelungen aber ohne wesentliche Auswirkungen auf den Index bleiben.

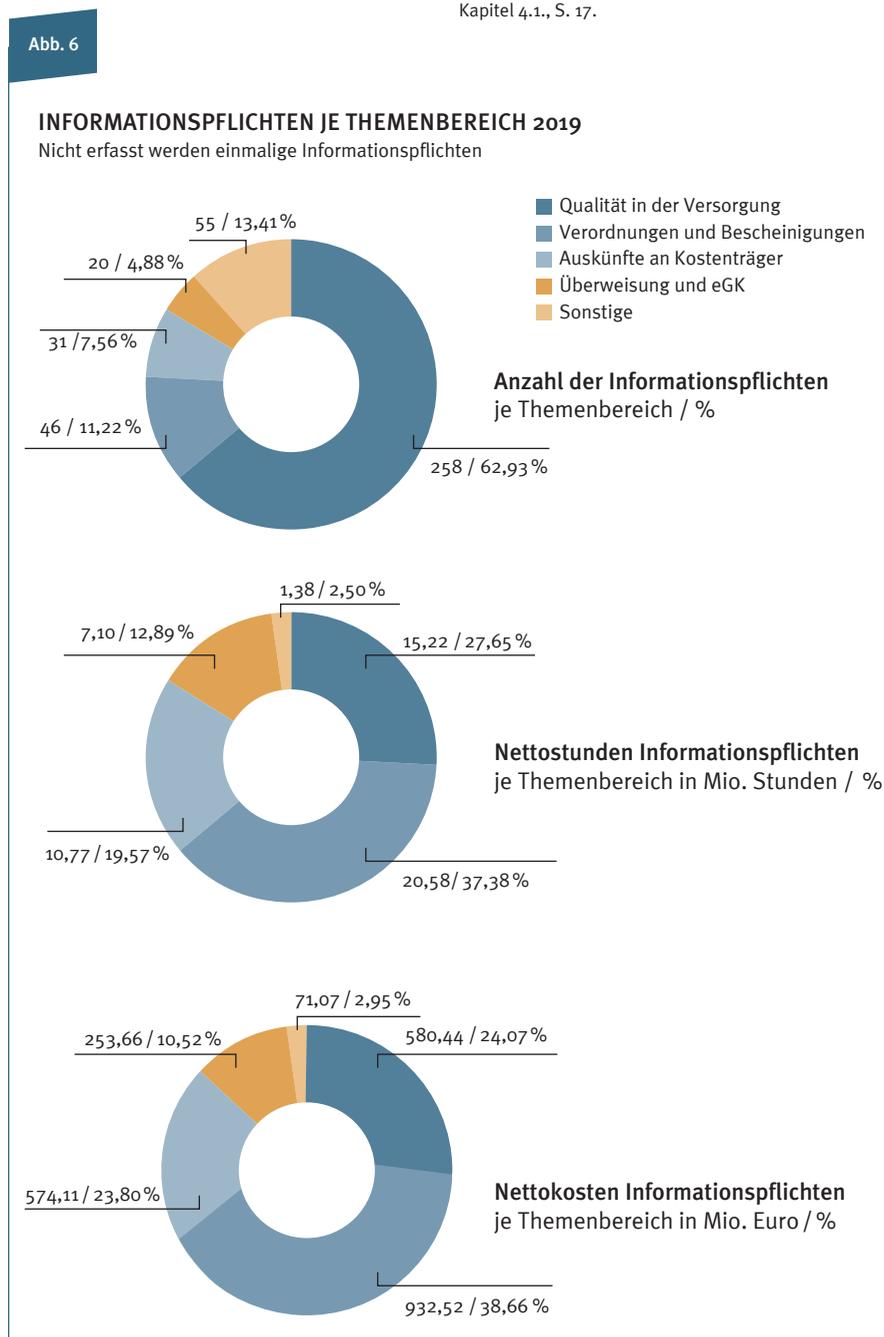
Die Informationspflichten lassen sich nach folgenden Themenfeldern aufteilen:

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

Den zahlenmäßig mit Abstand größten Teil machen die 258 Informationspflichten aus dem Bereich „Qualität der Versorgung“ aus, die allerdings nur knapp 28 Prozent der Nettostunden bzw. 24 Prozent der Nettokosten verursachen. Der Bereich „Verordnungen und Bescheinigungen“ umfasst nur 46 Pflichten, schlägt aber aufgrund hoher Fallzahlen und aufwändigerer Pflichten mit über 37 Prozent der Nettostunden und knapp 39 Prozent der Nettokosten zu Buche.

Die Aufteilungen zwischen den Themenbereichen bleiben dabei im Vergleich zu den Vorjahren recht konstant.<sup>19</sup>

<sup>19)</sup> Vgl. Fachhochschule des Mittelstands et al., Bericht 2016, Kapitel 5.1., S. 15; Fachhochschule des Mittelstands et al., Bericht 2017, Kapitel 4.1., S. 17. Fachhochschule des Mittelstands et al., Bericht 2018, Kapitel 4.1., S. 17.



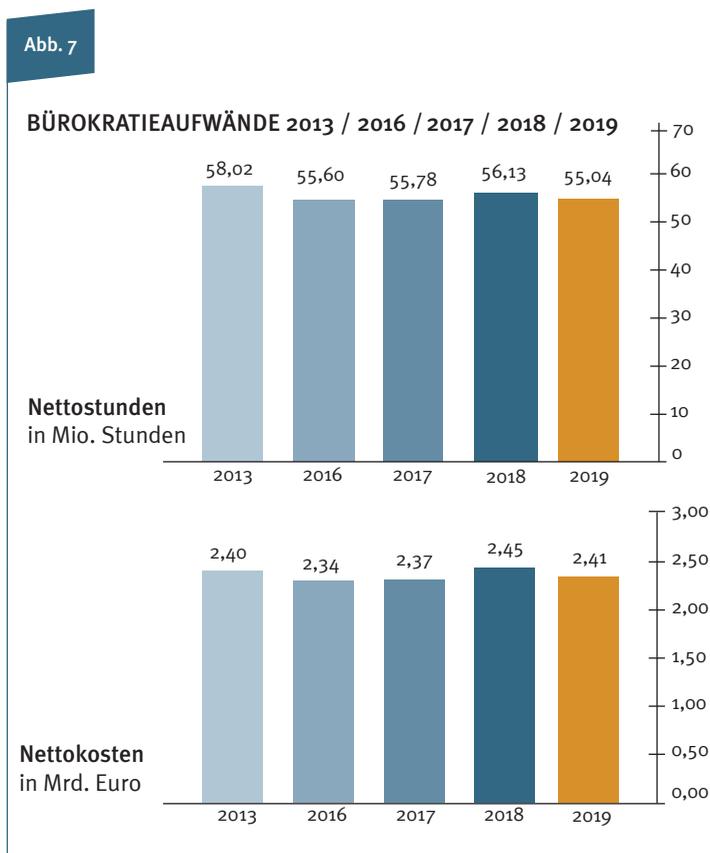
## 4.2 Aufwände in Stunden und Kosten

Die durch die gemeinsame Selbstverwaltung induzierten Informationspflichten verursachen bei den Vertragsärzten und -psychotherapeuten eine Gesamt-Bürokratiebelastung im Umfang von 55,04 Millionen Netto-Arbeitsstunden; dies bedeutet im Vergleich zum Vorjahr mit 56,13 Millionen Stunden einen Rückgang um 1,9 Prozent (vgl. Abbildung 7).

Unter Berücksichtigung der jeweiligen Tarifsätze und Zusatzkosten sinkt die Bürokratiekostenbelastung entsprechend deutlich um über 41 Millionen Euro auf 2,41 Milliarden Euro.

Hochgerechnet auf die Zahl der Arzt- und Psychotherapeutenpraxen ergibt sich damit im Vergleich zum Vorjahr eine Reduktion des durchschnittlichen Zeitaufwands für die durch die Selbstverwaltung veranlasste Bürokratie um einen Tag auf nun rund 60 Tage pro Praxis und Jahr.<sup>20</sup>

<sup>20</sup> Exakt ergibt sich eine geringere Belastung von 60,1 Tagen gegenüber 61,3 Tagen im Vorjahr.



## 4.3 Die Top-25-Informationspflichten

Die Hauptlast der Bürokratiepflichten ergibt sich konstant aus einer kleinen Zahl von Informationspflichten mit hohen Fallzahlen, wir legen hierbei den Fokus wieder auf die Top-25: Denn über 91 Prozent der bürokratischen Belastung für Ärzte und Psychotherapeuten wird weiterhin durch nur 6 Prozent der Informationspflichten ausgelöst.

Oder anders formuliert: Diese Top-25 der untersuchten 410 Informationspflichten bilden bereits 50,24 Millionen Stunden des Gesamtaufwands von 55,04 Millionen Stunden pro Jahr ab, wie die Kurve der kumulierten Aufwände in Abbildung 8 zeigt.

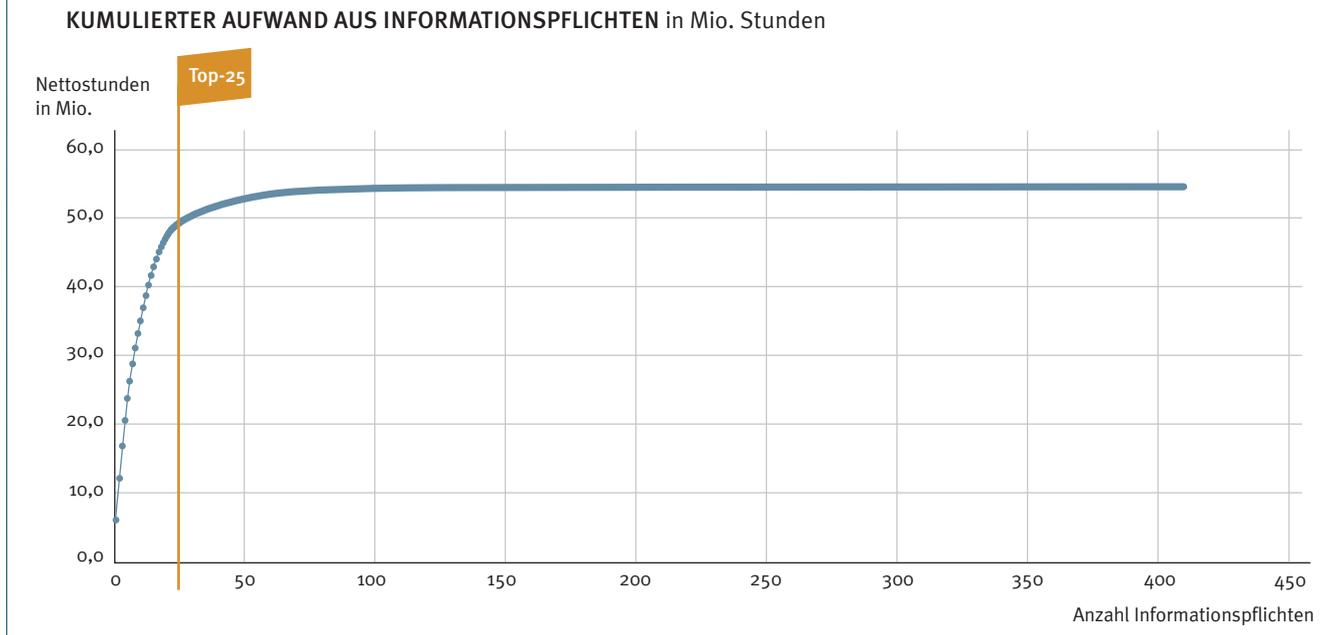
Dies gilt im Mittel für die Gesamtheit aller Vertragsärzte und -psychotherapeuten; allerdings können die Schwerpunkte der Informationspflichten bei einzelnen Facharztgruppen und in Abhängigkeit von Organisation und fachlicher Ausrichtung der Praxen durchaus abweichen.

So werden von Praxisgründern<sup>21</sup> zum Beispiel vor allem Belastungen und Unsicherheiten im Zusammenhang mit dem Zulassungsverfahren und Abrechnungsprobleme als belastend empfunden.<sup>22</sup>

### Zu ausgewählten Pflichten im Einzelnen

Ein hoher bürokratischer Aufwand für Vertragsärzte und -psychotherapeuten ergibt sich typischerweise bei Informationspflichten mit sehr hohen Fallzahlen oder solchen mit hohem Zeitaufwand im Einzelfall. In der Liste der 25 aufwändigsten Informationspflichten lassen sich diese idealtypischen Konstellationen sehr gut identifizieren: Zum einen finden sich zahlreiche Informationspflichten, die mit einem nur geringen Zeitaufwand von wenigen Minuten, aber sehr hohen Fallzahlen im Ergebnis zu einem sehr hohen bürokratischen Aufwand führen;

Abb. 8



es handelt sich hier also um die typischen und bekannten Massenpflichten.

Den größten bürokratischen Aufwand verursacht – trotz eines beachtlichen Rückgangs um knapp 35.000 Nettoarbeitsstunden in diesem Jahr<sup>23</sup> – mit knapp 6 Millionen Nettoarbeitsstunden nach wie vor die Informationspflicht „Ausstellen von Überweisungen“; hier schlägt die extrem hohe Fallzahl von knapp 200 Millionen bei nur zwei Minuten Zeitaufwand pro Fall zu Buche.

Die „Bescheinigung Arbeitsunfähigkeit auf Muster 1“ bleibt als weitere Massenpflicht auf Platz 3 der Top-25 mit einem Gesamtaufwand von knapp 5 Millionen Stunden und über 80 Millionen Fällen und einem Zeitaufwand pro Fall von 4 Minuten; hier ist ein Anstieg um rund 31.000 Stunden zu verzeichnen. Weitere Informationspflichten mit sehr hohen Fallzahlen sind zum Beispiel die „Verordnung Krankenförderung“ mit über 51,7 Millionen Fällen und einem Zeitaufwand von rund 4,5 Minuten (auch hier ist eine Zunahme

von über 30.000 Arbeitsstunden zu verzeichnen) oder die „Verordnung Hilfsmittel“ mit über 33 Millionen Fällen und 4 Minuten Aufwand pro Fall.

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. Hier ist als typisches Beispiel der „Antrag Langzeittherapie“ mit rund 228.000 Fällen und einem Zeitaufwand für den Psychotherapeuten von rund 4 Stunden pro Fall zu nennen.

In der Liste der Top-25-Informationspflichten, die durch die gemeinsame Selbstverwaltung begründet werden, ist weiterhin eine äußerst hohe Konstanz der Pflichten feststellbar: die ersten sechs Pflichten sind sogar in der Reihenfolge identisch geblieben.

Insgesamt waren 23 Pflichten aus dem Jahr 2019 bereits im Vorjahr in der Liste der aufwändigsten Pflichten enthalten.<sup>24</sup>

Neu in der Liste der TOP-25-Informationspflichten sind zwei Pflichten aus dem Bereich der psychotherapeutischen Versorgung, und zwar an Platz 22 der „Antrag Kurzzeittherapie (ohne Gutachterverfahren)“ mit rund 973.000 Fällen und knapp 517.000 Stunden Gesamtnettobelastung und an Platz 25 die „Individuelle Patienteninformation Psychotherapie“ mit rund 1,36 Millionen Fällen bzw. über 384.000 Stunden Gesamtbelastung.<sup>25</sup>

Auch in diesem Jahr dominieren weiterhin Massenpflichten mit sehr großen Fallzahlen auf den vorderen Plätzen in der Top-25-Liste, die in der Tendenz aber ein uneinheitliches Bild zeigen. Zum einen gibt es bei einigen Pflichten merkliche Anstiege wie bei der „Bescheinigung Arbeitsunfähigkeit“ oder der „Verordnung Krankenförderung“. Zum anderen sind aber auch deutliche Entlastungen v.a. für Ärzte z.B. bei den Informationspflichten „Ausstellen von Überweisungen“ oder durch den Wegfall der Pflicht „Ausfüllen und Archivieren Muster 30“ zu verzeichnen.

## Die 25 aufwändigsten Informationspflichten 2019

RANG	BEZEICHNUNG DER INFORMATIONSPLICHT	FALLZAHL 2019	GESAMTSTUNDEN netto 2019
1	Ausstellen von Überweisungen	199.458.877	5.983.766
2	Auskünfte an Krankenkassen und MDK auf vereinbarten Vordrucken	26.694.688	5.783.849
3	Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit auf Muster 1 und Prüfung genaue Umstände und Ausnahmetatbestände	80.718.938	4.964.215
4	Verordnung Krankenbeförderung	51.741.938	3.897.893
5	Foto-/Video-/Bilddokumentation	13.637.245	3.130.884
6	Aufklärung des Patienten, dass Kosten für eine nicht verordnungsfähige veranlasste Leistung selbst zu tragen sind. (Erstaufklärung)	26.249.440	2.515.571
7	Dokumentation DMP DM Typ 2	12.551.301	2.510.260
8	Dokumentation Qualitätsmanagement	114.902	2.497.395
9	Auskünfte an Krankenkassen und MDK (formfrei)	12.431.432	2.279.096
10	Verordnung Hilfsmittel	33.883.850	2.033.031
11	Heilmittelverordnung im Regelfall	29.319.466	1.979.064
12	Durchgangsarztbericht	2.916.176	1.822.610
13	Aufklärung des Patienten bei Überschreitung der Festbetragsgrenze	33.780.770	1.407.532
14	Dokumentation zytologische Untersuchung	14.667.656	1.393.427
15	Dokumentation DMP KHK	5.577.264	1.115.453
16	Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalls	7.329.866	989.532
17	Erhebung Daten im Ersatzverfahren	6.218.863	932.829
18	Aufklärung des Patienten, dass Kosten für eine nicht verordnungsfähige veranlasste Leistung selbst zu tragen sind. (Folgeaufklärung)	104.997.760	874.981
19	Begründungspflicht Gebührenordnungspositionen	14.025.536	874.258
20	Antrag Langzeittherapie	228.436	843.785
21	Dokumentation DMP Asthma	2.830.392	566.078
22	Antrag Kurzzeittherapie (ohne Gutachterverfahren)	972.978	516.895
23	Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung	8.834.205	485.881
24	Dokumentation DMP COPD	2.270.643	454.129
25	Individuelle Patienteninformation Psychotherapie	1.355.695	384.114

## 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

DMP-Anforderungen-Richtlinie

Qualitätsmanagement-Richtlinie

Bundesmantelvertrag

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

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

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

Bundesmantelvertrag

Richtlinie des G-BA über die Früherkennung von Krebserkrankungen

DMP-Anforderungen-Richtlinie

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

Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte

Bundesmantelvertrag

Einheitlicher Bewertungsmaßstab

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung

DMP-Anforderungen-Richtlinie

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung

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

DMP-Anforderungen-Richtlinie

Psychotherapie-Richtlinie

Dies zeigt, dass erfolgreiche Entlastungsmaßnahmen zum Bürokratieabbau vor allem bei diesen Massenpflichten ansetzen müssen.

### Fazit

Die Bürokratiebelastung bei Ärzten und Psychotherapeuten ist in diesem Jahr nach Anstiegen in den Vorjahren deutlich gesunken.

Gleichzeitig sind Erhöhungen von Fallzahlen und Zeitwerten vorhandener Informationspflichten zu konstatieren. In der Summe konnten die Rückgänge insbesondere auch bei ausgewählten Top-25-Pflichten aber den Anstieg der Bürokratiebelastung in einigen Bereichen mehr als auffangen und somit zu der relevanten Reduktion der Bürokratiebelastung im Jahr 2019 beitragen.

Insgesamt bleibt gleichwohl festzuhalten, dass die Anstrengungen zur Einschränkung der Bürokratie und z.B. die Nutzung von Potentialen der Digitalisierung unbedingt zu intensivieren sind, um die Bürokratielast spürbar zurückzufahren.

21) Vgl. allg. zum Erfüllungsaufwand bei Betriebsneugründungen: Bundesministerium für Wirtschaft und Energie und Statistisches Bundesamt, Erfüllungsaufwand im Bereich Betriebsgründung – Ablauf von der Geschäftsidee zum ersten Umsatz, 2014; abrufbar unter: [www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/erfuellungsaufwand-im-bereich-betriebsgruendung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=3](http://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/erfuellungsaufwand-im-bereich-betriebsgruendung.pdf?__blob=publicationFile&v=3).

22) Vgl. im Einzelnen zur bürokratischen Belastung bei Praxisneugründungen das Schwerpunkt-Kapitel 5, S. 20ff.

23) Vgl. ausführlich Kapitel 3.2., S. 10ff. zu den wesentlichen Be- und Entlastungen; zum „Ausstellen von Überweisungen“ s. S. 13.

24) Nicht mehr in den TOP-25 enthalten sind die Informationspflicht „Ausfüllen und Archivieren Muster 30“ (mit über 11 Mio Fällen und über 520.000 Stunden Gesamtbelastung in 2018), welche nun entfallen ist und die Nummer 1 Entlastung darstellt, s.o. Kapitel 3.1., S. 13, und weiterhin die „Verordnung häusliche Krankenpflege“ (mit über 2,6 Mio Fällen und 350.000 Stunden Gesamtbelastung trotz eines geringen Anstiegs zum Vorjahr).

25) Vgl. auch den Exkurs zur Psychotherapie-Reform in Kapitel 3.2, S. 13.

# 5

## Niederlassungshemmnis Bürokratie



Die Ergebnisse der Medizinstudierendenbefragung 2018 machen deutlich, dass die Bürokratiebelastung als zentrales Problem der niedergelassenen Tätigkeit und als wesentliches Hemmnis für die Niederlassung/Gründung angesehen wird.<sup>26</sup>

KBV und FHM haben daher im Rahmen von Workshops mit neu Niedergelassenen diskutiert, welche bürokratischen Hürden bei der Niederlassung die größte Rolle spielen und wie Lösungen hierfür aussehen könnten.

26) Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Universität Trier, Medizinischer Fakultätentag und Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland, Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018, Präsentation, abrufbar unter: [www.kbv.de/html/5724.php](http://www.kbv.de/html/5724.php); S. 12: 62, 3 Prozent der Befragten sehen das hohe Maß an Bürokratie als Top-1-Grund gegen eine Niederlassung.

› Insbesondere die bürokratischen Hürden und Unsicherheiten im Zulassungsverfahren belasten die neu Niedergelassenen. Vereinfachungen vor allem beim Zulassungsverfahren und bei der Abrechnung könnten die Belastungen für Praxisgründer reduzieren.

› In vielen Bereichen, wie zum Beispiel bei der Verordnung von Arznei- und Heilmitteln oder der vertragsärztlichen Abrechnung, ist die Komplexität der bestehenden Regelungen sehr hoch. Um jungen Vertragsärzten und -psychotherapeuten die Chance zu geben, sich mit den Regelungen vertraut zu machen, sollte die Idee einer Übergangsfrist für neue Praxen geprüft werden, während der noch nicht alle Regeln „scharf gestellt“ werden.

## 5.1 Status Quo Niederlassung

Die Arbeitsorganisation und Zusammensetzung der Ärzteschaft wie auch der Psychotherapeuten unterliegen – wie in vielen anderen akademischen Berufsgruppen auch – gesellschaftlichen Trends und weisen stetige Entwicklungen auf, die sich schlussendlich auch in einem Arztzeitmangel mit Folgen für die ärztliche Versorgung auswirken:

Zunächst ändern sich die Beschäftigungsformen von niedergelassenen Ärzten nachhaltig: so hat sich die Zahl der angestellten Ärzte seit 2012 mehr als verdoppelt;<sup>27</sup> die Zahl der Ärzte, die in einem Medizinischen Versorgungszentrum arbeiten, hat sich sogar verdreifacht.<sup>28</sup>

Die Wochenarbeitszeit sinkt bei selbstständigen wie angestellten Ärzten seit 2012 kontinuierlich auf nun 53,3 bzw. 42,8 Stunden im Jahr 2018, wobei die wöchentliche Arbeitszeit bei angestellten Ärzten um über 10 Stunden deutlich niedriger als bei Selbstständigen bleibt.<sup>29</sup> Hier lässt sich klar erkennen, dass die Work-life-balance für die jüngere Ärzte-Generation von größerer Bedeutung ist und mehr jüngere Ärzte in Teilzeit arbeiten.

Die demographische Entwicklung bedeutet aber auch, dass gerade die Ärzte mit besonders hoher Arbeitsleistung in der Arbeitsform des selbständig tätigen Arztes, z.B. ältere Hausärzte, in naher

Zukunft ausscheiden werden, während eine jüngere Generation nachwächst mit anderen Wünschen des Ausgleichs von Beruf und Privatleben und anderen Präferenzen der Beschäftigung.

Diese Präferenz für angestellte Tätigkeiten und Teilzeitmodelle gilt dabei insbesondere für die jungen Ärztinnen.<sup>30</sup> Zudem steigt die Zahl der Frauen im Arztberuf deutlich an,<sup>31</sup> während ihre durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeiten aus den genannten Gründen über 7 Stunden unter denen ihrer männlichen Kollegen liegen.<sup>32</sup>





Diese Trends bei jüngeren Mediziner\*innen zur Anstellung und zur Teilzeit, verbunden mit einer niedrigeren Arbeitszeit pro Kopf, bedeuten mithin, dass immer mehr Ärzte benötigt werden, um das bisherige Versorgungsniveau zu halten. Dies konnte in den letzten Jahren durch eine steigende Zahl an berufstätigen Ärzten ausgeglichen werden.

Zudem möchten sich aber immer weniger junge Mediziner\*innen z.B. in der hausärztlichen Versorgung selbstständig machen.<sup>33</sup> Gleichwohl steigt grundsätzlich der Bedarf an ärztlichen Behandlungskapazitäten auch aufgrund der demographischen Entwicklung und steigenden Morbidität der Patienten.<sup>34</sup>

27) Infas, Institut für angewandte Sozialwissenschaft, Ärzte-Monitor 2018 (vierte Befragung nach 2012, 2014 und 2016), Präsentation, abrufbar unter: [www.kbv.de/html/aerztemonitor.php](http://www.kbv.de/html/aerztemonitor.php); S. 8: Erhöhung der Zahl der angestellten Ärzte – bei Hausärzten von 6% auf 15%; bei Fachärzten von 11% auf 26%.

28) Infas, a.a.O., S. 10: Ärzte in MVZen von 4% erhöht auf 12%.

29) Infas, a.a.O., S. 15

30) KBV et al., Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018, Zusammenfassung S. 31.

31) Infas, a.a.O., S. 9: in der Altersgruppe der unter 44-Jährigen stellen Frauen mit 53 Prozent bereits die Mehrheit der Haus- und Fachärzte.

32) Infas, a.a.O., S. 16: 47, 1 Stunden durchschnittliche Wochenarbeitszeit bei Frauen ggü. 54,3 Stunden bei Männern.

33) KBV, Informationen zum Arztzeitmangel; online-Artikel „Arztzeitmangel“ abrufbar unter [www.kbv.de/html/themen\\_38343.php](http://www.kbv.de/html/themen_38343.php).

34) Vgl. ausführlich zum Thema „Demographie und vertragsärztliche Versorgung“ das Schwerpunktkapitel 5 im Vorjahresbericht BIX 2018, S. 22ff.

Immer weniger junge Mediziner\*innen möchten sich z. B. in der hausärztlichen Versorgung selbstständig machen.

## 5.2 Niederlassungshemmnisse

Der Berufswunsch junger Medizinstudierender nach einer eigenen Praxis nimmt aktuell weiter ab; er liegt nach dem Berufsmonitoring Medizinstudierende von 2018 bei nur 53,5 Prozent ggü. 60,3 Prozent noch vor vier Jahren.<sup>35</sup> In der Niederlassung selbst verliert die Einzelpraxis zunehmend an Attraktivität, der Trend geht weiter zur Gemeinschaftspraxis; denn rund die Hälfte der Befragten präferieren diese Organisationsform, nur 4,7 Prozent hingegen die Einzelpraxis, der Rest kann sich beide Optionen vorstellen.<sup>36</sup>

Als Hauptgrund gegen eine Niederlassung wird zunehmend, und zwar von 62,3 Prozent der Medizinstudierenden (ggü. noch 57,8 Prozent vor vier Jahren), das hohe Maß an Bürokratie genannt;<sup>37</sup> wie gezeigt, entfallen allein rund 60 Arbeitstage pro Praxis auf Informationspflichten, die durch die Selbstverwaltung begründet sind.

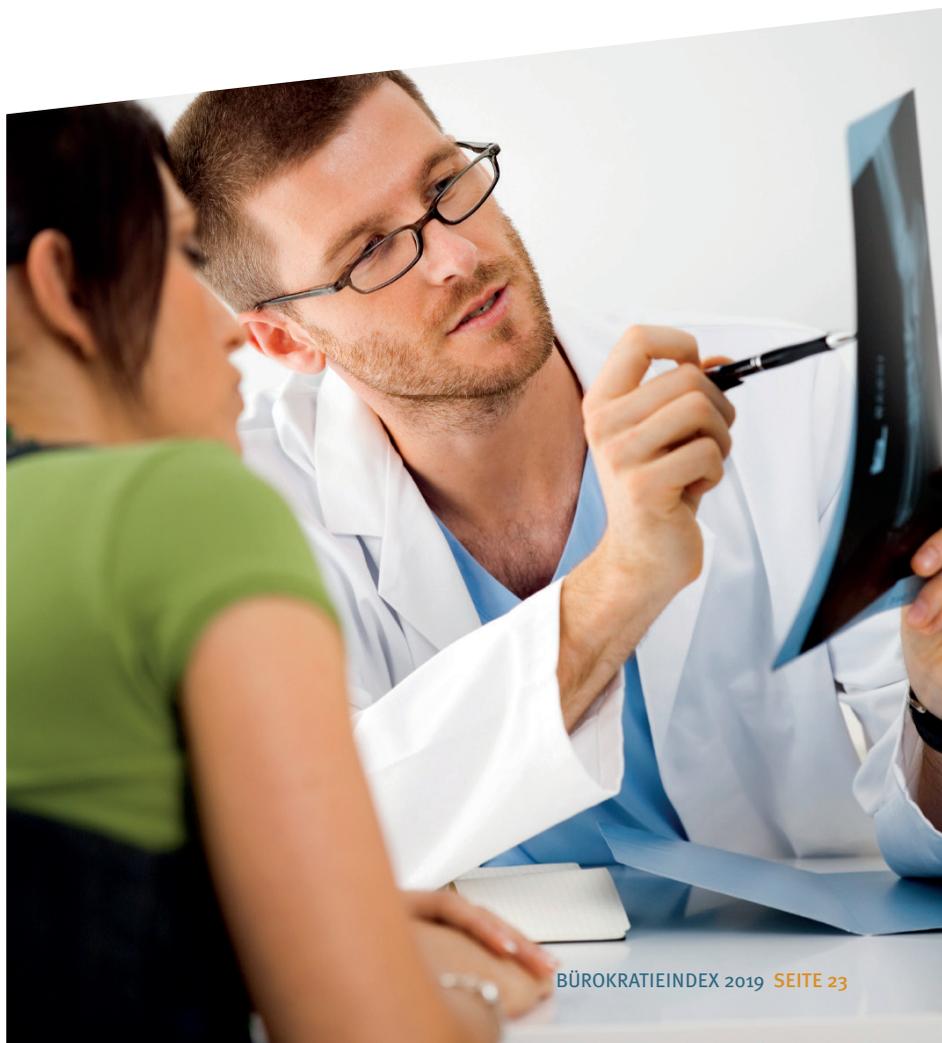
Um die inhabergeführte Praxis als attraktives Organisationsmodell für Ärzte weiterhin zu erhalten, muss daher entscheidend bei der Entlastung von Bürokratie angesetzt werden.

35) Infas, a.a.O., S. 7.

36) KBV et al., Berufsmonitoring, a.a.O. S. 11: 50,6% bevorzugen die Gemeinschaftspraxis ggü. 39,9% in 2010.

37) KBV et al., Berufsmonitoring, a.a.O. a.a.O., S. 12.

Um die inhabergeführte Praxis als attraktives Organisationsmodell für Ärzte weiterhin zu erhalten, muss daher entscheidend bei der Entlastung von Bürokratie angesetzt werden.





Dr. Katharina Weinert, Hausärztin in Fredersdorf-Vogelsdorf  
Dr. Antonia Stahl, Hausärztin in Falkensee  
Sebastian Wree, Hausarzt in Mittenwalde  
(v.l.n.r.)

## 5.3 Blick in die Praxis

## Bürokratische Hürden bei der Niederlassung

KBV und FHM haben in Zusammenarbeit mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Westfalen-Lippe und Brandenburg in zwei Workshops in Dortmund und Berlin mit jungen Ärzten und Psychotherapeuten, die sich kürzlich niedergelassen haben, die alltäglichen Hindernisse bei der Praxisgründung näher untersucht.

Dabei ging es darum zu konkretisieren, was hinter der Bürokratie als Niederlassungshemmnis Nummer 1 eigentlich genau steckt, welches die wiederkehrenden Hauptprobleme sind und welche konkreten Vereinfachungsvorschläge sich aus den Erfahrungen der Praktiker ableiten lassen.

### **BÜROKRATIEHEMMNISSE BEI DER PRAXISGRÜNDUNG**

Bürokratische Hindernisse bei der Niederlassung und in den ersten Jahren einer Praxis wurden vor allem in folgenden Bereichen beschrieben:

#### **1. Unsicherheit bei der Zulassung**

In diesem Zusammenhang spielt weniger der zeitliche Aufwand an sich eine entscheidende Rolle, sondern vielmehr der durch die bestehenden Regelungen verursachte unklare und knappe zeitliche Handlungsspielraum für Ärzte und Psychotherapeuten und die damit einhergehende Planungsunsicherheit. Beschrie-

ben wurden die Verzögerungen bei den Zulassungen und Unsicherheiten bei den Erfolgsaussichten, denn oft seien mehrere Sitzungen des Zulassungsausschusses abzuwarten, selbst wenn Sitze seit Jahren frei sind.

Darüber hinaus ist die Anzahl der antragstellenden Ärzte pro Ausschuss begrenzt, so dass im ungünstigsten Fall die folgende Ausschusssitzung abgewartet werden muss und damit eine weitere Verzögerung eintritt.

Positive Zusagen erfolgten dann mitunter sehr kurzfristig, so dass dem Arzt zum Teil weniger als zwei Wochen für die weiteren organisatorischen Vorbereitungen, wie z.B. Bestellung des Arztstempels, Anschaffung von Geräten, Einstellung von Personal usw., verbleiben – zumindest, wenn diese auf Grundlage einer rechtssicheren Zusage getroffen werden sollen.

Als nicht nachvollziehbar empfanden die Ärzte, dass Unterlagen, die von der Ärztekammer ausgestellt werden, die sich oft sogar im gleichen Gebäude wie die KV und der Zulassungsausschuss befindet, vom Arzt selbst bei der KV und dem Zulassungsausschuss eingereicht werden müssen.

Insgesamt wurde der Prozess der Zulassung von vielen Ärzten als Sprung ins Ungewisse wahrgenommen, da völlig unklar gewesen sei, welche Schritte man zuerst unternehmen und worauf geachtet werden müsse. Ähnliche Probleme wie bei der Zulassung wurden im Zusammenhang mit der Facharztprüfung geschildert: Oft müsse lange auf die Prüfung gewartet werden, was der zeitnahen Öffnung einer Praxis im Wege stehe.

#### **2. Unklarheiten bei vertragsärztlichen Genehmigungen**

Im Prozess der Niederlassung besteht häufig Ungewissheit darüber, ob vertragsärztliche Genehmigungen für bestimmte Leistungen gewährt werden, und wie sich der Genehmigungsprozess konkret gestaltet. Probleme bereitet hier die Anerkennung der vorhandenen Nachweise. Als Folge davon können bspw. Tätigkeiten, die in einem Krankenhaus bereits seit Jahren ausgeübt werden, oder Kompetenzen, die durch die Facharztprüfung bereits festgestellt wurden, nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abgerechnet werden. Des Weiteren kritisierten die Ärzte, dass für jede Leistung ein gesonderter Genehmigungsantrag zu stellen ist und Unterlagen mitunter mehrfach einzureichen sind.

### 3. Vorgaben zur Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln

Neu niedergelassenen Ärzten sind zudem die oft sehr komplexen Vorgaben zur Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln und v.a. die Vielzahl von Ausnahmefällen nicht oder nicht vollumfänglich bekannt. Oft werde erst nach einiger Zeit klar, welche Regeln es zu beachten gelte. Zudem variieren viele Regeln von Krankenkasse zu Krankenkasse.

### 4. Konsiliarberichte

Die Anfertigung von Konsiliarberichten bei Patienten, die auf Grundlage einer Überweisung behandelt werden sollen, wird von den neu niedergelassenen Ärzten als unnötig empfunden, da hier oft nur die Informationen wiederholt würden, die bereits auf der Überweisung selbst standen. Auch die neu niedergelassenen Psychotherapeuten empfanden die Konsiliarberichte in der Regel nicht als hilfreich.

### 5. Zweistufiges Antragsverfahren bei Kurzzeittherapien

Im Rahmen des Workshops haben die anwesenden Psychotherapeuten sich kritisch zu dem zweistufigen Antragsverfahren bei Kurzzeittherapien geäußert, welches nun 24 Therapiestunden, die in zwei Schritten zu je 12 Stunden bei den Krankenkasse zu beantragen sind, umfasst. Das alte Verfahren mit einem 25-Stunden-Kontingent habe einen geringeren bürokratischen Aufwand verursacht.

### 6. Komplexität der vertragsärztlichen Abrechnung

Positive Rückmeldungen gab es zur Beratung bei der Abrechnung durch die KV: Die Beratung wird als kompetent und hilfreich empfunden. Die neu niedergelassenen Ärzte kritisierten allerdings, dass sie die strukturierten Rückmeldungen zu eventuellen Fehlern in den Abrechnungen zu spät erhielten. Nicht selten kämen die Rückmeldungen erst im Laufe des Folgequartals und könnten daher erst sehr spät berücksichtigt werden. Zudem wurde berichtet, dass die Abschlagszahlungen beim Start einer Praxis nicht ausreichten, um die laufenden Kosten zu decken. Auch wenn die Fallzahlen steigen, dauere es sehr lange, bis die Abschlagszahlungen entsprechend angepasst würden. Im hausärztlichen Bereich wurde als Herausforderung gesehen, dass z.B. die Chronikerziffer erst abgerechnet werden kann, wenn der Patient vier Quartale in der Praxis behandelt wurde. Hierdurch könne am Anfang das Honorarvolumen nicht ausgeschöpft werden.

### 7. Regelungen im Arzneimittelbereich

Die Regelungen im Arzneimittelbereich beurteilten die neu zugelassenen Ärzte, ähnlich wie die Regelungen im Heilmittelbereich, als zu komplex. Zudem erfolgten in diesem Zusammenhang permanent Änderungen, die es zusätzlich erheblich erschwerten, einen Überblick zu behalten. Beispielsweise gebe es Impfungen, die über den Sprechstundenbedarf bestellt werden müssen, und wiederum andere, bei denen die Bestellung durch den Patienten selbst zu erfolgen hat. Als Konsequenz aus diesen komplexen Regelungen und ihrem steten Wandel können Fehler und Regressansprüche gegenüber den Ärzten entstehen. Das Thema Regresse entfaltet nach Ansicht der befragten Ärzte eine hohe Abschreckungswirkung und trägt damit dazu bei, dass viele junge Ärzte sich gegen eine Tätigkeit als Vertragsarzt entscheiden.

### 8. Bürokratieaufwand bei der Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen

Bei der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit wurde von Problemen berichtet, die dadurch entstehen, dass viele Arbeitgeber die sogenannten „Liegebescheinigungen“ aus dem Krankenhaus nicht akzeptieren. Die Ärzte würden dann von den Patienten gedrängt, für den gesamten Zeitraum des Krankenhausaufenthalts nachträglich eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auszustellen. Zudem gibt es nach Darstellung der befragten Ärzte viele Anfragen der Krankenkassen zur weiteren Dauer der Arbeitsunfähigkeit bestimmter Patienten, durch die regelmäßig die Sprechstunde unterbrochen werden muss. Auf besonders großen Unmut stößt dies dann, wenn aus der Diagnose klar erkennbar ist, dass die Arbeitsunfähigkeit mehrere Monate dauert, die Krankenkasse aber trotzdem im zweiwöchentlichen Rhythmus nachfragt.



Natascha Weinert, Hausärztin in Lünen  
Kris Landscheidt, Hausarzt in Altena

Aus den Interviews mit jungen Medizinerinnen konnten insbesondere folgende Hinweise und Vereinfachungsvorschläge zur Reduktion von Bürokratie im Zusammenhang mit der Praxisgründung gewonnen werden:

## VEREINFACHUNGSVORSCHLÄGE

### 1. Unsicherheit bei der Zulassung reduzieren

Um die Unsicherheit bei der Zulassung zu reduzieren, sollten einmal grundsätzlich die Erwartungen der Ärzte an die Dauer des Verfahrens sowie die tatsächliche Verfahrensdauer betrachtet, abgeglichen und auf Beschleunigungs- und Flexibilisierungsmöglichkeiten geprüft werden. Insbesondere gelte dies für unterversorgte Regionen vor dem Hintergrund von Versorgungslücken. Auch bei der Facharztprüfung wäre eine flexiblere Handhabung der Terminvergabe hilfreich. Es sollte zudem möglich sein, dass mit Einverständnis des Arztes Unterlagen zwischen der Ärztekammer, der KV und dem Zulassungsausschuss ausgetauscht werden. Viele Ärzte hätten sich eine Checkliste zur Niederlassung gewünscht, in der von der KV neutral und strukturiert dargestellt wird, was beachtet werden muss und welche Schritte zuerst unternommen werden sollten.

### 2. Vereinfachung der Genehmigungsverfahren

Die Voraussetzungen für die Genehmigungen, die für bestimmte Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlich sind, sollten über alle KVen und zwischen KV und Kammer angeglichen sowie transparent kommuniziert werden. So wäre klar, welche Nachweise vom Krankenhaus bei einem Wechsel in die vertragsärztliche

Versorgung erbeten werden müssen. Zudem wäre es wünschenswert, wenn nicht für jede Leistung ein Extraantrag gestellt werden müsste.

### 3. Unterstützung bei der Einhaltung von Vorgaben bei der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln

Mit Blick auf die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln wurde angeregt, dass die entsprechenden Regelungen in einem stärkeren Maß Teil der Ausbildung von MFA werden sollten, denn derzeit seien die MFA nicht ausreichend in diesem Gebiet geschult.

Zudem wäre diesbezüglich eine bessere Aufklärung der Ärzte durch die KVen, gerade beim Praxisstart, sehr hilfreich. Des Weiteren sollte die Umsetzung der Regelungen krankenkassenübergreifend erfolgen, da eine kassenindividuelle Auslegung der Regelungen die Komplexität des Systems noch weiter erhöht.

### 4. Verzicht auf Konsiliarberichte bei überwiesenen Patienten

Nach Meinung der Workshop-Teilnehmer sollte insbesondere bei Patienten, die den Psychotherapeuten mit einer ärztlichen Überweisung aufsuchen, die zusätzliche Pflicht zur Einholung eines Konsiliarberichts entfallen. Damit würde sich die derzeit bestehende redundante Übermittlung von Informationen erübrigen.

### 5. Abschaffung des zweistufigen Antragsverfahrens bei der Kurzzeittherapie

Nach Einschätzung der anwesenden Psychotherapeuten ließe sich der bürokratische Aufwand bei der Beantragung von Kurzzeittherapie deutlich durch eine Rückkehr zum früher üblichen Kontingent von 25 Stunden reduzieren, ohne dass aus diesem Grund zusätzliche, medizinisch unnötige Therapiestunden erbracht und abgerechnet werden würden.

### 6. Hilfestellung bei der Abrechnung

Im Zusammenhang mit der Abrechnung wurde vorgeschlagen, für neu zugelassene Ärzte und Psychotherapeuten ein schnelleres Rückmeldeverfahren zu etablieren, um diese im Rahmen der Gründungsphase zu unterstützen. Eine höhere Frequenz der Rückmeldungen könnte wesentlich zur Vermeidung von Abrechnungsfehlern beitragen bzw. zumindest das Wiederholen von Fehlern reduzieren. Zudem wurde angeregt, die Abschlagszahlungen bei neuen Praxen in kürzeren Abständen an die abgerechneten Leistungen anzupassen, damit eine Steigerung der Patientenzahlen sich schneller in den Auszahlungen niederschlägt. Da beim Praxisstart oft hohe Investitionen getätigt werden müssen, ist es hier besonders wichtig, das Geld zeitnah zu erhalten.

„Als junge Vertragsärztin spielt man ein Brettspiel, dessen Regeln man nicht kennt. Diese werden zudem ständig während des Spiels geändert.“

(Dr. Antonia Stahl, seit 2018 als Hausärztin in einer Praxisgemeinschaft in Falkensee tätig)



### **7. Regelungen zur Wirtschaftlichkeit im Arzneimittelbereich und bei Verordnung von Heilmitteln überdenken**

Die Wirtschaftlichkeit bei Arzneimittel- und Heilmittelverordnungen sollte über Bonusregelungen und Fortbildungen sichergestellt werden und nicht über Regresse, da hier Verordnungen über das ‚Budget‘ hinaus, insbesondere am Anfang der Karriere als Niedergelassener, nicht rechtzeitig bemerkt werden und in hohem Maße abschreckend wirken. Denkbar wäre auch eine im Praxisverwaltungssystem integrierte Warnung, um vor Fehlern zu schützen.

### **8. Bessere Aufklärung von Arbeitgebern und Krankenkassen bei der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit**

Um Probleme bei der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit während Krankenhausaufenthalten zu vermeiden, sollten Arbeitgeber darüber aufgeklärt werden, dass eine sogenannte „Liegebescheinigung“ aus dem Krankenhaus als Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zu akzeptieren ist. Dies könnte durch die Krankenkassen oder durch die jeweils zuständigen Kammern erfolgen.

Bei längeren Arbeitsunfähigkeiten sollten die Krankenkassen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) dazu beraten werden, wie lange bei bestimmten Diagnosen mit einer Arbeitsunfähigkeit zu rechnen ist. Hierdurch könnten den Praxen viele Störungen der Sprechstunden erspart bleiben.

### **9. Übergangsregelung für neue Praxen**

Insgesamt lässt sich konstatieren, dass die Regelungsdichte in der vertragsärztlichen Versorgung sehr hoch ist. Insbesondere in Bereichen wie der Abrechnung oder der Verordnung von Arzneimitteln oder Heilmitteln sind die Regeln so komplex, dass auch ein gut informierter Praxisgründer kaum eine Chance hat, diese beim Praxisstart bereits alle zu überblicken. Ähnlich wie bei den „Gründerausnahmen“<sup>38</sup>, die junge Unternehmen in den ersten zwei Jahren von bestimmten Statistikpflichten befreien, sollte für junge Praxen die Möglichkeit einer Übergangszeit geprüft werden, während derer noch nicht alle Regeln beachtet werden müssen.

Die KBV wird die geschilderten Probleme und die unterbreiteten Vorschläge prüfen und hierüber bei Bedarf auch mit KVen und Krankenkassen beraten. Nach erfolgreicher Prüfung wird die KBV sich dann für eine Umsetzung der Vorschläge einsetzen.

<sup>38)</sup> Für Existenzgründer bzw. kleine und junge Unternehmen gibt es durch das Bürokratieentlastungsgesetz I vom 28. Juli 2015 sogenannte „Gründerausnahmen“ in der Wirtschaftsstatistik und in Teilen der Umweltstatistik für das Jahr der Betriebsöffnung bzw. auch in den beiden folgenden Jahren, sofern der Jahresumsatz dann 800.000 Euro nicht übersteigt.

# 6

## Schlussfolgerungen der KBV

Viel wird in den nächsten Jahren davon abhängen, wie die Digitalisierung in den Praxen umgesetzt wird. Wird das enorme Entlastungspotential von Digitalisierung genutzt oder werden die Praxen mit neuen bürokratischen Pflichten zusätzlich belastet?

Die Ergebnisse des diesjährigen Bürokratieindexes sind erst einmal erfreulich, da die Richtung der Entwicklung stimmt. Während die Bürokratiebelastung in den letzten Jahren wieder leicht gestiegen war, ist für dieses Berichtsjahr ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen. Das stimmt uns erst einmal hoffnungsfroh, da es deutlich macht, dass Bürokratieabbau möglich ist, wenn die Bereitschaft vorhanden ist, alte Zöpfe auch einmal abzuschneiden. Die nun entfallene Bescheinigung für die Gesundheitsuntersuchung war ein solcher Zopf. Bei allem Optimismus muss aber auch daran erinnert werden, dass es sich um ein sehr langsames Absinken der Belastung auf einem nach wie vor sehr hohen Niveau handelt. Noch immer müssen pro Praxis jährlich durchschnittlich 60 Arbeitstage für die Bürokratie aus den Vorgaben der Selbstverwaltung aufgewendet werden, die damit nicht für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen zur Verfügung stehen. Zudem muss beachtet werden, dass keinesfalls sichergestellt ist, dass es sich bei der aktuellen Entwicklung um einen

kontinuierlichen Trend handelt oder ob die Bürokratiebelastung im nächsten Jahr aufgrund neuer Vorgaben schon wieder ansteigen wird.

Viel wird in den nächsten Jahren davon abhängen, wie die Digitalisierung in den Praxen umgesetzt wird. Wird das enorme Entlastungspotential von Digitalisierung genutzt oder werden die Praxen mit neuen bürokratischen Pflichten zusätzlich belastet? Aktuell häufen sich leider die Anzeichen für das letztere Szenario. Bei der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung droht die Digitalisierung zu einer Verdoppelung des Aufwands zu führen und die qualifizierte elektronische Signatur des elektronischen Heilberufeausweises könnte dazu führen, dass digitale Prozesse mit Unterschriftserfordernis deutlich zeitraubender sind als die entsprechenden papiergebundenen Prozesse. Hier muss schnell nachgebessert werden, damit die unter Vertragsärzten aktuell noch vorhandene Unterstützung für die Digitalisierung nicht in Ablehnung umschlägt.

Die in Kapitel 5 geäußerten Einschätzungen der jungen Ärzte- und Psychotherapeutengeneration machen deutlich, was zukünftig von uns gefordert wird, wenn wir ausreichend Nachwuchs für die vertragsärztliche Versorgung gewinnen wollen: Attraktive Arbeitsbedingungen, moderne Verwaltungsverfahren, gute Beratungsleistungen der KVen. Vor allem aber muss sichergestellt sein, dass die ärztliche beziehungsweise psychotherapeutische Tätigkeit am Patienten im Vordergrund steht und nicht die Bürokratie.



Dr. Andreas Gassen  
Vorstandsvorsitzender der KBV

Foto: Mitte

Dr. Stephan Hofmeister  
Stellvertretender  
Vorstandsvorsitzender der KBV

Foto: links

Dr. Thomas Kriedel  
Mitglied des Vorstands der KBV

Foto: rechts

# 7

## Vorschläge der KBV zum Bürokratieabbau

### > Verschlinkung des Zulassungsverfahrens

Aus den Erfahrungsberichten der neu niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten (s. Kapitel 5.3) wird deutlich, dass die Verfahren der Zulassung häufig zu langwierig und wenig flexibel sind. Die KBV hat gemeinsam mit den KVen die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte geprüft und Vorschläge zur Verschlinkung der Verfahren erarbeitet. Hierzu zählen unter anderem die folgenden Punkte:

#### **Verfahrenserleichterungen**

Der Zulassungsausschuss (ZA) befasst sich zunehmend mit Sachverhalten, bei denen er faktisch keinerlei Ermessensspielraum hat. Ein wesentlicher Punkt des Reformvorschlags sieht demnach vor, dass diese sogenannten „gebundenen Entscheidungen“ durch den Vorsitzenden des Zulassungsausschusses allein, statt in der ZA-Sitzung, entschieden werden können. Dadurch könnte sich der ZA auf die wesentlichen Diskussionen mit Entscheidungsspielraum fokussieren und würde insgesamt entlastet werden. Gleichzeitig ginge damit auch eine Verfahrensbeschleunigung für die Antragsteller einher. Darüber hinaus soll der Vorsitzende des Zulassungsausschusses entscheiden können, ob eine mündliche Anhörung des Antragsstellers notwendig ist. Für eindeutige Zulassungsverfahren könnten somit die Ladung des antragsstellenden Arztes und aufwendige Anreisen ohne Mehrwert entfallen.

#### **Vereinfachung von Zulassungsantrag und Antrag zur Genehmigung einer Anstellung**

Die doppelte Vorlage von Unterlagen sollte zukünftig entfallen. Einige bislang geforderte Angaben (z.B. über die seit der Approbation ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten) sind bereits im Lebenslauf zu finden. Dieser soll aufgewertet werden durch Unterzeichnung und weitere Charakterisierung (muss chronologisch, vollständig und aktuell sein). Zudem werden einige Belege bereits mit dem Antrag auf Eintragung in das Arztregister vorgelegt, so dass eine erneute Prüfung entfallen kann. Analog sollten die Regelungen zu den Dokumenten, die dem ZA zur Genehmigung einer Anstellung vorgelegt werden müssen, angepasst und vereinfacht werden. Beim Wechsel der Zulassung in eine Anstellung sind die Mehrzahl der Dokumente dem ZA bereits zur Zulassung vorgelegt worden.

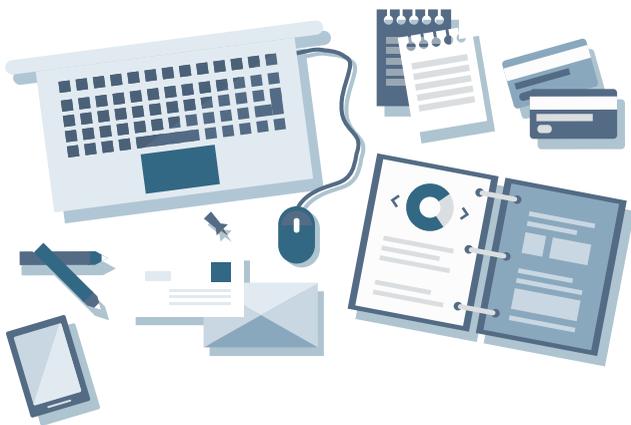




### › Verzicht auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in Bagatellfällen

Eine große Entlastung der Praxen würde sich ergeben, wenn die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bei Bagatellerkrankungen entfallen würde. Die KBV empfiehlt eine vom mündigen Arbeitnehmer selbst verantwortete Karenzzeit von drei bis fünf Tagen. Bei einer Erkrankungsdauer von mehr als drei bzw. fünf Tagen ist deutlich wahrscheinlicher von einer potentiell ernsthaften Erkrankung auszugehen und ein Arztbesuch mit entsprechender Diagnostik indiziert. Selbstverständlich steht es dabei weiterhin jedem Patienten frei, auch schon am ersten Tag, aufgrund subjektiver Einschätzung, einen Arzt aufzusuchen. Für eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in den ersten drei bis fünf Tagen wäre dies dann aber nicht mehr erforderlich. Eine solche zukünftige Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ab dem vierten bzw. sechsten Tag hätte wieder mehr den Stellenwert eines wirklichen ärztlichen Attestes und nicht eines „Formvordrucks“, der in Zukunft möglicherweise sogar noch per Fernkonsultation angefragt werden kann. Hierfür müsste eine Verkürzung der im Entgeltfortzahlungsgesetz vorgesehenen Frist untersagt werden.

Eine ähnliche Flexibilisierung der Vorgaben sollte für die Bescheinigung bei Erkrankung eines Kindes erwogen werden. Für den Bezug von Krankengeld ist hier die Bescheinigung des Arztes aktuell ab dem ersten Krankheitstag erforderlich (§ 45 SGB V).



### › Abschaffung des doppelten Antrags für die Kurzzeittherapie

Sowohl die Entwicklung der Bürokratiekosten im Bereich Psychotherapie infolge der Psychotherapieform wie auch die Fokusgruppeninterviews mit jungen Psychotherapeuten machen deutlich, dass die Aufteilung des Kontingents für Kurzzeittherapie in jeweils zwei Blöcke à 12 Stunden den bürokratischen Aufwand für Psychotherapeuten deutlich gesteigert hat. Die KBV fordert daher eine Rückkehr zu dem bis 2017 gewährten Kontingent von 25 Stunden und die Abschaffung des Doppelantrags für Kurzzeittherapie.

### › Praxistaugliche Lösung für die digitale Arztsignatur

Viele digitale Verfahren, wie zum Beispiel das eRezept oder die digitale Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, erfordern eine digitale Signierung durch den Arzt. Hierfür ist in den gesetzlichen Vorgaben in der Regel die QES des elektronischen Heilberufsausweises (eHBA) vorgesehen. Hierbei handelt es sich um ein Signaturverfahren, das ein hohes Sicherheitsniveau bietet, aber auch relativ aufwändig ist. Nach Schätzung der KBV müssen hierfür aktuell etwa 20 Sekunden veranschlagt werden, während die händische Unterschrift in der Arztpraxis deutlich weniger Zeit kostet. Insbesondere für das „Massengeschäft“ in den Praxen muss daher eine praxistaugliche Lösung gefunden werden. Aus Sicht der KBV eignet sich in vielen Fällen eine Signierung mit dem Praxisausweis (SMC-B), der mit dem e-Health-Konnektor bereits in den Praxen vorhanden sein wird und dessen Signaturfunktion in Verbindung mit Metadaten und Informationen auf den Schriftstücken mit einem deutlich geringeren zeitlichen Aufwand die Integrität und Authentizität des Dokuments sicherstellt. Für die Fälle, in denen nicht auf eine QES verzichtet werden kann, muss zeitnah die Möglichkeit einer Komfort- und Stapelsignatur mittels eHBA und aufwandsarmer Auslösevariante für einen Signaturvorgang bereitgestellt werden und in der Fläche verfügbar sein.