

**BIX  
2020**

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)**

**Design und Umsetzung**  
artisan-berlin.de

**Druckerei**  
Kern GmbH

### Bildnachweise

Titelbild: © istockphoto/kittiyaporn1027  
Seite 3: © istockphoto/dardespot  
Seite 7: © istockphoto/Tinpixels  
Seite 10: © istockphoto/Marco VDM  
Seite 11: © istockphoto/metamorworks  
Seite 12: © istockphoto/alvarez  
Seite 18: © istockphoto/zoranm  
Seite 19: © istockphoto/KatarzynaBialasiewicz  
Seite 21: © istockphoto/alvarez  
Seite 23: © istockphoto/alvarez  
Seite 27: © istockphoto/g-stockstudio  
Seite 28: © istockphoto/pcess609

**Stand**  
Oktober 2020

**KBV**

KASSENÄRZTLICHE  
BUNDESVEREINIGUNG

# Inhalt

**1**

**Management  
Summary**  
Seite 2

**2**

**Ziel und Methode des  
Bürokratieindex**  
Seite 4

**3**

**Ergebnis  
Bürokratieindex 2020**  
Seite 6

- 3.1 Index im Überblick  
Seite 7
- 3.2 Be- und Entlastungen  
im Detail Seite 8

**4**

**Aktuelle Belastung  
durch Bürokratiekosten**  
Seite 12

- 4.1 Aufwände nach  
Themenbereichen Seite 13
- 4.2 Aufwände in Stunden  
und Kosten Seite 14
- 4.3 Die Top-25-Informationen-  
pflichten Seite 14

**5**

**Blick in die Praxis –  
Bürokratie in der Corona-Krise**  
Seite 18

**6**

**Schlussfolgerungen  
der KBV**  
Seite 24

**7**

**Vorschläge der KBV  
zum Bürokratieabbau**  
Seite 26

# 1

## Management Summary

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Fachhochschule des Mittelstands (FHM) legen hiermit den fünften Jahresbericht über die Entwicklung der durch die gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen verursachte 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 seit 2016 jährlich ermittelt und kontrolliert wird.

Die Entwicklung der Bürokratiebelastung verlief dabei in den fünf Berichtsjahren uneinheitlich, sie bleibt auf einem hohen Niveau und führt nach einem Rückgang 2019 nun im Berichtsjahr 2020 wieder zu einem Anstieg mit einem Aufwuchs um 1,30 Prozent zum Vorjahr auf nun knapp 55,76 Millionen Nettoarbeitsstunden. Dies entspricht einer durchschnittlich um einen Tag auf nun 61 Tage erhöhten Gesamtbelastung pro Praxis, die allein durch Informationspflichten der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene begründet sind. Hinzu kommen Aufwände aufgrund von Bundes- und Landesgesetzen sowie Vorgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Kommunen.

Die Entwicklung der Bürokratiebelastung bleibt auf einem hohen Niveau und führt zu einem Anstieg um 1,30 Prozent zum Vorjahr.

Die Folgen der Corona-Pandemie stellen eine große Herausforderung für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten dar.

Im Berichtsjahr 2020 stellen zudem die Folgen der Corona-Pandemie eine große Herausforderung in der Versorgung der Patienten für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten dar, nicht zuletzt auch im Hinblick auf die bürokratischen Belastungen für die Praxen. Die KBV und die FHM haben die Auswirkungen der Pandemie für die Praxen in Fokusgruppeninterviews mit Niedergelassenen näher untersucht. Die Ergebnisse der Interviews werden in Kapitel 5 vorgestellt.

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

## Ziel und Methode des Bürokratieindex

### Ziel

› Die jährliche Messung der Bürokratiebelastung 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<sup>2</sup>

› 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.

### Informationspflichten

› Betrachtet werden unmittelbare und mittelbare Informationspflichten, zu denen Ärzte und Psychotherapeuten durch Regelungen der gemeinsamen Selbstverwaltung verpflichtet werden (also insbesondere durch Pflichten aus dem Bereich des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), des Bundesmantelvertrages Ärzte (BMV-Ä), durch Regelungen der Bundesärztekammer (BÄK) oder der KBV).<sup>3</sup>

### Besonderheiten durch die Corona-Pandemie

› Zusätzliche pandemiebedingte Belastungen für Ärzte und Psychotherapeuten im Bereich der Bürokratie können noch nicht quantitativ abgebildet werden, da die Daten für das Jahr 2020 in der Regel erst im Folgejahr zur Verfügung stehen.

<sup>2</sup>) Vgl. ausführlich zur Methodik der Studie, insbes. zum Standardkostenmodell, zur Definition und zur Auswahl der Informationspflichten sowie zu den aktuellen Datenanpassungen im Berichtsjahr 2020 den Anhang, abrufbar unter [www.kbv.de/html/bix.php](http://www.kbv.de/html/bix.php)

<sup>3</sup>) Berücksichtigt werden alle Änderungen, die bis zum 31.3.2020 beschlossen wurden und bis zum 30.9.2020 in Kraft getreten sind. Nicht betrachtet werden Informationspflichten auf Grundlage der Bundesgesetzgebung, Landesregelungen, Regelungen der Kommunen oder solche einzelner KVen.

## 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>4</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.

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>5</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.

Anpassungen von Daten werden im Anhang des Berichts genauer erläutert.<sup>6</sup>

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

5) Vgl. Fachhochschule des Mittelstands, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Belastung transparent machen, Bürokratie abbauen, BIX 2019, Kapitel 2.2., S. 7.

6) 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)



# 3

## Ergebnis Bürokratieindex 2020

➤ Der Bürokratieindex 2020 im Bereich der ärztlichen Selbstverwaltung ist im Vergleich zum Vorjahr um 1,30 Prozent auf 96,10 Punkte gestiegen (bei Betrachtung nach Nettostunden; 2019: 94,87 Punkte). Damit fallen insgesamt rund 715.073 Stunden Bürokratieaufwand mehr an als 2019.

Der Bürokratieindex zeigt die Veränderungen der bürokratischen Gesamtbelastung für Vertragsärzte und -psychotherapeuten auf, indem er – an der Nettostunden- bzw. Nettokostenbelastung<sup>7</sup> des Basisjahres 2013 (Index 100) orientiert – die aktuell gemessene Bürokratiebelastung durch die Informationspflichten der gemeinsamen Selbstverwaltung dazu in Beziehung setzt.

7) 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, Kapitel 4.2. S. 10 m.w.N.

Abb. 1

### BÜROKRATIEINDEX 2013 – 2020

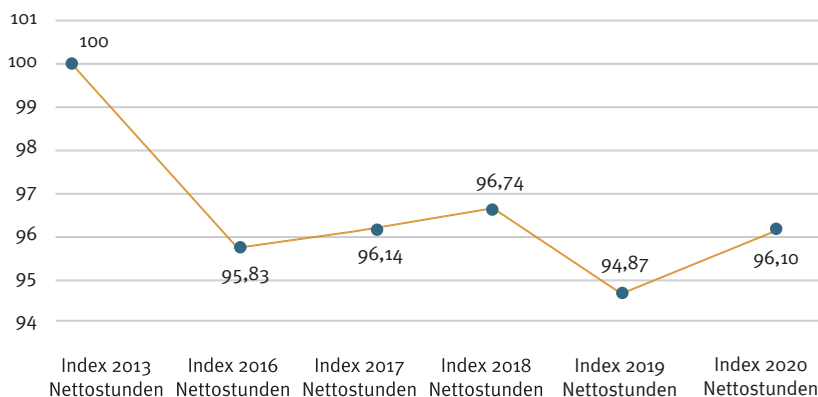
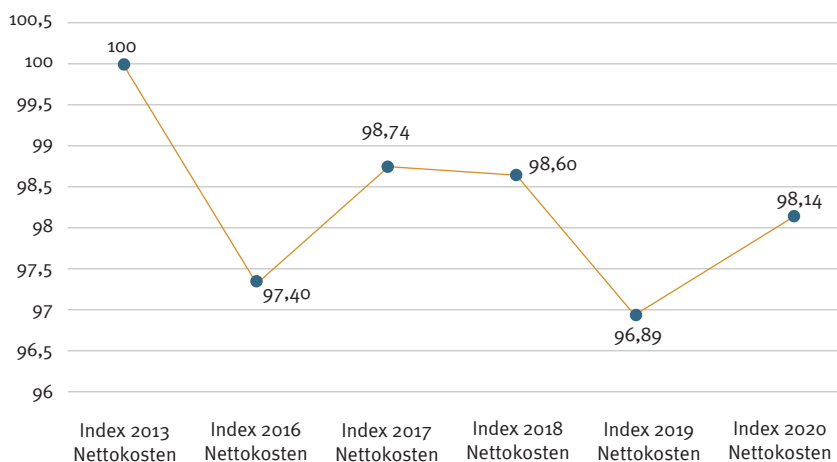


Abb. 2

### BÜROKRATIEKOSTENINDEX 2013 – 2020





## 3.1 Index im Überblick

Der Bürokratieindex zeigt gegenüber dem Vorjahr einen neuerlichen Anstieg der Bürokratiebelastung für Vertragsärzte und -psychotherapeuten an, und zwar indexiert von 94,87 Punkten 2019 auf 96,10 Punkte 2020. Dies bedeutet in absoluten Zahlen eine Erhöhung um ca. 1,30 Prozent bzw. eine Mehrbelastung von insgesamt rund 715.000 Netto-Arbeitsstunden (s. Abbildung 1).

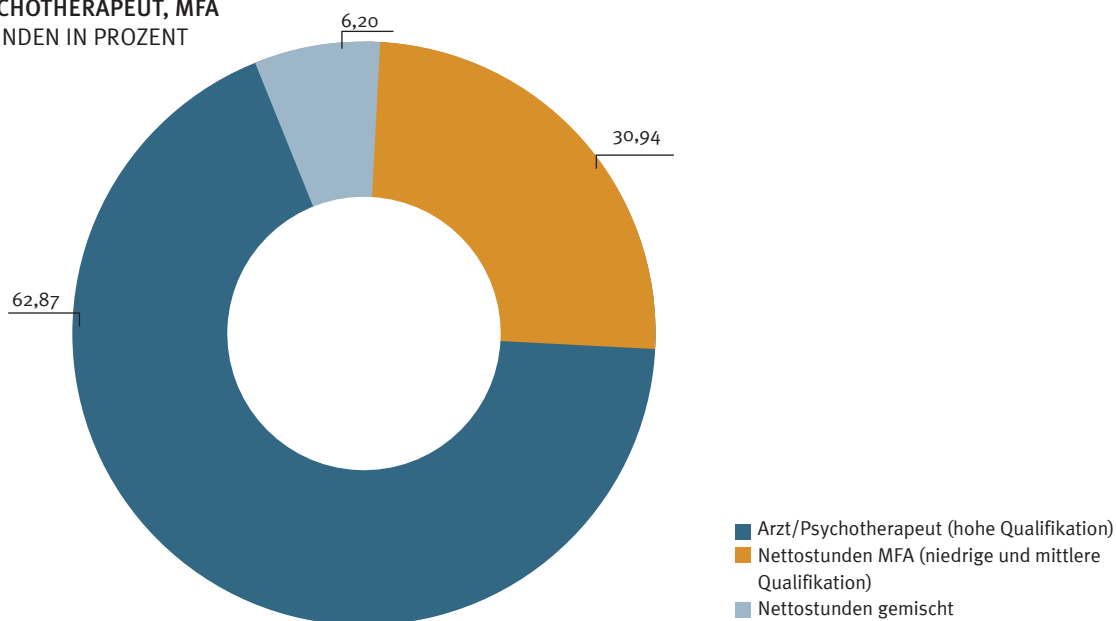
Unter Berücksichtigung der Lohnkosten zeigt sich ein ähnliches Bild (s. Abbildung 2): Der Bürokratiekostenindex steigt ebenfalls an, nämlich von 96,89 Punkten 2019 auf nunmehr 98,14 Punkte 2020. Dies entspricht einer prozentualen Veränderungsrate der zwei Indexstände von ca. 1,29. Damit erhöhen sich die Bürokratiekosten für die Praxen um knapp 31 Millionen Euro.

Zu der gestiegenen Belastung bei den Ärzten haben u.a. der weitere Anstieg der hohen Fallzahlen von Informationspflichten wie der „Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit auf Muster 1 und Prüfung genaue Umstände und Ausnahmetatbestände“ als Top-Belastung Nr. 1 oder der „Verordnung Krankenförderung“ als Top-Belastung Nr. 3 beigetragen.

Die Aufteilung der bürokratischen Lasten innerhalb der Praxen im Innenverhältnis zwischen Ärzten/Psychotherapeuten und Medizinischen Fachangestellten (MFA) (s. Abbildung 3) bleibt aber wie auch schon in den Vorjahren sehr konstant.

Abb. 3

**AUFTEILUNG AUFWAND 2020  
ARZT, PSYCHOTHERAPEUT, MFA  
NETTOSTUNDEN IN PROZENT**



## 3.2 Be- und Entlastungen im Detail

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

### Belastungen

Der Anstieg des Bürokratieaufwands resultiert auch 2020 v.a. aus den steigenden Fallzahlen bei zahlreichen Informationspflichten. Besonders stark schlagen dabei Informationspflichten mit sehr hohen Fallzahlen zu Buche, bei denen bereits ein prozentual nur geringer Zuwachs einen beachtlichen Anstieg bei der Gesamtzeitbelastung hervorruft.

#### 1. Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit

Wie auch im vergangenen Jahr gehört die „Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit“ zu den Informationspflichten, die für einen besonders starken Anstieg der Bürokratiebelastung sorgen. Diese Informationspflicht verzeichnet den stärksten Zuwachs um ca. 561.000 Nettostunden, nachdem sie bereits 2019 die zweitstärkste Belastung darstellte. Es handelt sich allerdings um eine rein fallzahlbedingte Entwicklung, da der Vordruck für die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit nicht geändert wurde. Insgesamt steigt der Aufwand um rund 11 Prozent auf ca. 5,5 Millionen Nettoarbeitsstunden an. Vermutlich ist der erhebliche Aufwuchs Folge der bis zur ak-

tuellen Krise steigenden Beschäftigungsquote, die im Ergebnis dazu führt, dass mehr Menschen „krankgeschrieben“ werden müssen. Das steigende Durchschnittsalter der Beschäftigten führt ebenso zu einem tendenziell höheren Krankenstand.

#### 2. Foto-/Video-/Bilddokumentation

Bei der Informationspflicht „Foto-/Video-/Bilddokumentation“ ist ein Anstieg der Fallzahlen in den letzten Jahren auf mittlerweile knapp 14,6 Millionen Anwendungsfälle feststellbar. Dies resultiert in einer Steigerung von knapp 212.000 zusätzlichen Arbeitsstunden auf nun über 3,3 Millionen Stunden. Der kontinuierliche Aufwuchs lässt sich auf die allgemeine Morbiditätsentwicklung sowie zusätzliche Gebührenordnungspositionen in der Auswertung zurückführen, für deren Abrechnung Dokumentationen zu erstellen sind.

#### 3. Verordnung von Krankbeförderung

Die „Verordnung von Krankbeförderung“ stellt wie im Vorjahr die drittstärkste Belastung dar. In diesem Jahr verzeichnet diese Informationspflicht einen Zuwachs von knapp rund 190.000 Nettoarbeitsstunden auf ca. 4,1 Millionen insgesamt. Der Arzt verordnet Krankentransporte auf Muster 4 nach Prüfung der Notwendigkeit der Beförderung und des geeigneten Beförderungsmittels. In einigen Fällen muss eine Geneh-

migung von Fahrten vorab durch die Krankenkasse erfolgen. Auch hier ist der Zuwachs auf steigende Fallzahlen zurückzuführen; die steigende Morbidität der Bevölkerung dürfte hier zu der Zunahme beitragen.

#### 4. Individuelle Patienteninformation Psychotherapie

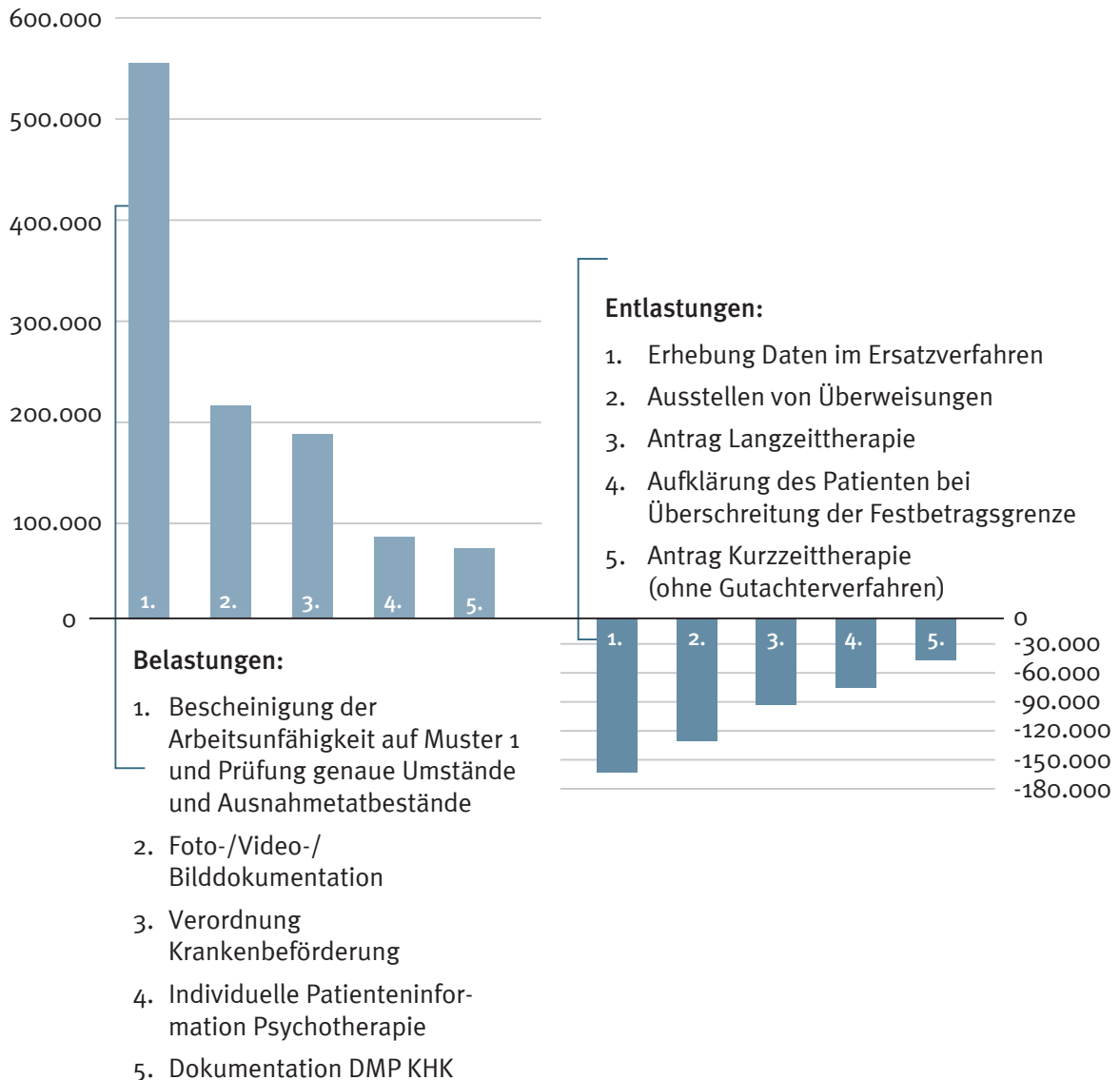
Die Anzahl der individuellen Patienteninformationen, die im Anschluss an die psychotherapeutische Sprechstunde ausgegeben werden, ist stark angestiegen. Hierdurch entsteht ein Zusatzaufwand von über 85.000 Nettostunden.

#### 5. Dokumentation DMP KHK

Durch einen Anstieg der Zahl der in das Disease-Management-Programm Koronare Herzkrankheit eingeschriebenen Patientinnen und Patienten steigt auch die Fallzahl der durch die Praxen zu erstellenden Dokumentationen. Der hieraus resultierende zeitliche Aufwand steigt damit um etwa sechs Prozent. Hierbei wird nicht berücksichtigt, dass es für das Jahr 2020 eine Corona-bedingte Sonderregelung zur quartalsweisen Dokumentation im Rahmen von DMPs gibt, die vorübergehend zu einer geringeren Anzahl bei den Dokumentationen führen kann. Da diese Regelung nur für einen zeitlich befristeten Ausnahmezustand gilt, wird beim Bürokratieindex mit den Fallzahlen gerechnet, die unter normalen Umständen zu erwarten wären.

Abb. 4

## TOP BE- UND ENTLASTUNGEN 2020 in Stunden (netto)





## Entlastungen

### 1. Erhebung Daten im Ersatzverfahren

Die Informationspflicht „Erhebung Daten im Ersatzverfahren“ findet sich bereits zum vierten Mal in Folge unter den Top-Entlastungen. In diesem Berichtsjahr führt die Informationspflicht mit einem Rückgang von ca. 162.000 Netto-Stunden auf ca. 770.000 Stunden das Feld an, was einem Rückgang von über 17 Prozent entspricht. Um den Behandlungsanspruch des Versicherten zu dokumentieren, kommt ein Ersatzverfahren auf Grund von Daten aus der Patientenstammdatei bzw. von Angaben des Versicherten dann zur Anwendung, wenn bei einem Arzt-Patienten-Kontakt die elektronische Gesundheitskarte nicht verwendet werden kann und nicht bereits im betreffenden Quartal vorlag. Es kann vermutet werden, dass der fortlaufende Rückgang der Fallzahl auf immer weniger fehlerhafte Gesundheitskarten zurückzuführen ist, die Probleme beim Einlesen verursachen, und/oder durch weniger häufiges Vergessen der Karte durch die Patienten bedingt ist.

### 2. Ausstellen von Überweisungen

Auch bei der Informationspflicht „Ausstellen von Überweisungen“ setzt sich der kontinuierliche Rückgang der Anzahl jährlich ausgestellter Überweisungen seit der Abschaffung der Praxisgebühr fort – allerdings mit geringen prozentualen Veränderungen. Aufgrund der hohen jährlichen Fallzahl von fast 200 Millionen sind aber auch kleinere Veränderungen in absoluten Zahlen nicht unerheblich und führen im Berichtszeitraum zu einer Entlastung von etwas über 131.000 Nettoarbeitsstunden jährlich bei 5,85 Millionen Stunden Gesamtbelastung.

### 3. Antrag Langzeittherapie

Im Bereich der Psychotherapie geht die Zahl der „Anträge auf Langzeittherapie“ leicht zurück. Aufgrund des hohen zeitlichen Aufwands pro Antrag von rund 4 Stunden hat auch eine geringe Veränderung dieser Informationspflicht Einfluss auf den Gesamtaufwand, der damit um mehr als 90.000 Nettostunden sinkt.



#### 4. Aufklärung der Patienten bei Überschreitung der Festbetragsgrenze

Der Arzt muss den Patienten bei Überschreiten der Festbetragsgrenze von Arzneimitteln auf die zu übernehmenden Mehrkosten hinweisen.

Die Informationspflicht „Aufklärung des Patienten bei Überschreitung der Festbetragsgrenze“ führt im Berichtszeitraum aufgrund sinkender Fallzahlen zu einem Rückgang der bürokratischen Belastung der Ärzte um insgesamt ca. 77.000 Stunden netto auf rund 1,33 Millionen Stunden insgesamt. In den vergangenen Berichtsjahren hat sich der Wert allerdings als ausgesprochen volatil erwiesen.

#### 5. Antrag Kurzzeittherapie (ohne Gutachterverfahren)

Die Zahl der Anträge auf Kurzzeittherapie ist im Auswertungszeitraum rückläufig, gleichzeitig gibt es aber einen Anstieg der Zahlen bei der Akutbehandlung und der psychotherapeutischen Sprechstunde. Im Ergebnis führt der Rückgang bei der Kurzzeittherapie damit nicht zu einer Entlastung der Psychotherapeuten von Bürokratie, da an anderer Stelle Aufwände entstehen.

# 4

## Aktuelle Belastung durch Bürokratiekosten



› Die zeitliche Belastung von Vertragsärzten und -psychotherapeuten durch Informationspflichten im Bereich der Selbstverwaltung auf Bundesebene ist 2020 im Vergleich zum Vorjahr um 1,30 Prozent gestiegen (2019: 55,04 Millionen Netto-Std. / 2020: 55,76 Millionen Netto-Std.).

› Der jährliche Bürokratieaufwand für die durch die gemeinsame Selbstverwaltung induzierten Informationspflichten beträgt im Bundesdurchschnitt pro Praxis nun rund 61 Nettoarbeitstage (2019: noch rund 60 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. Im Fokus steht dabei die zeitliche Belastung für niedergelassene

Ärzte und Psychotherapeuten – die Zeit, die ihnen für die Behandlung der Patienten fehlt. Zudem werden die für die Praxen bürokratiebedingt entstehenden Kosten betrachtet.

# 4.1 Aufwände nach Themenbereichen

Die Informationspflichten lassen sich nach folgenden Themenfeldern aufteilen:

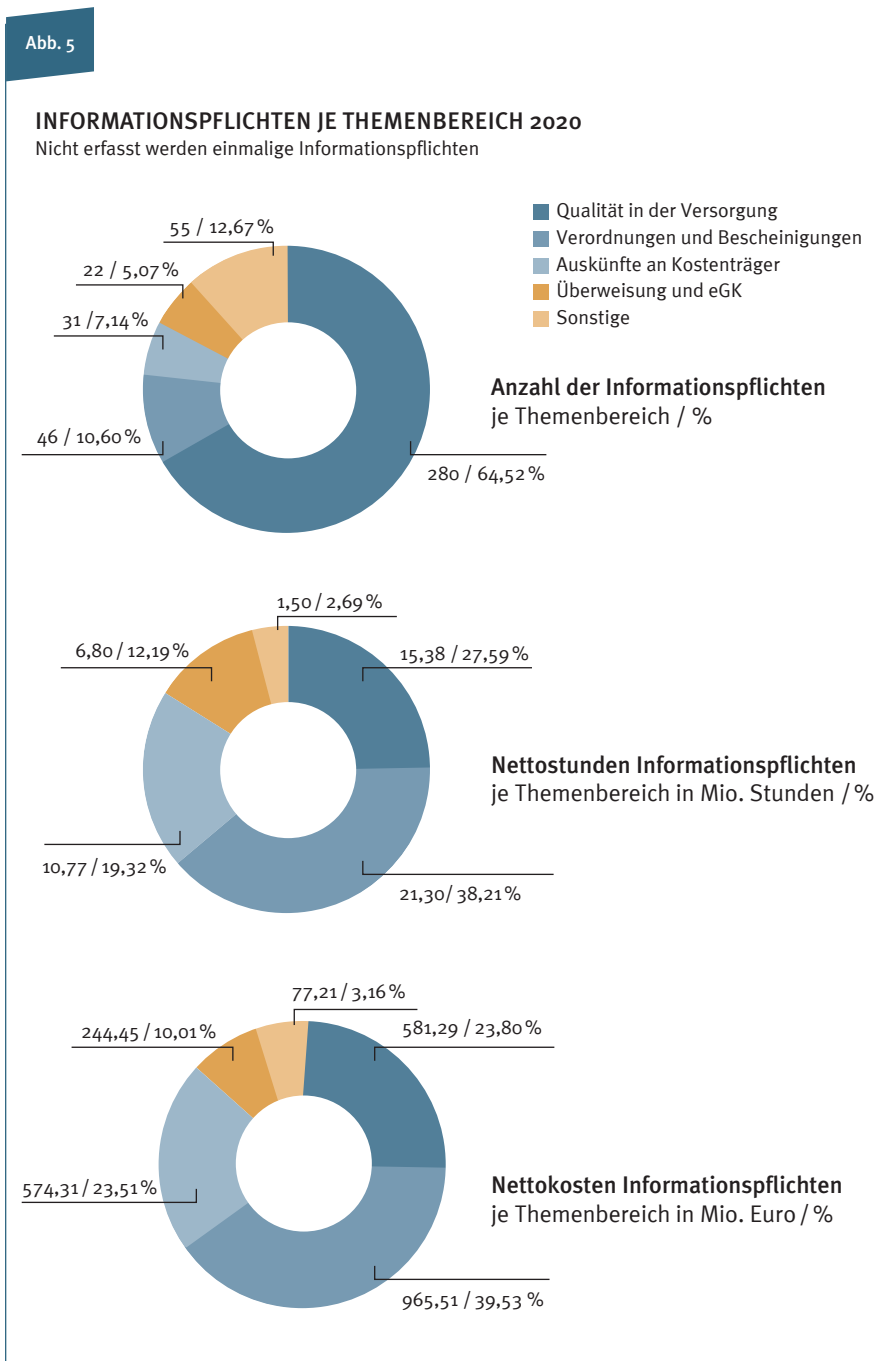
- Qualität in der Versorgung
- Verordnungen und Bescheinigungen
- Auskünfte an Kostenträger
- Überweisung und eGK (elektronische Gesundheitskarte)
- Sonstige

Den zahlenmäßig mit Abstand größten Teil von insgesamt 434 Informationspflichten machen die 280 Informationspflichten aus dem Bereich „Qualität der Versorgung“ aus, die allerdings nur knapp 28 Prozent der Nettostunden bzw. knapp 24 Prozent der Nettokosten verursachen.

Der Bereich „Verordnungen und Bescheinigungen“ umfasst zwar nur 46 Pflichten, schlägt aber aufgrund hoher Fallzahlen und aufwändigerer Pflichten mit über 38 Prozent der Nettostunden und knapp 40 Prozent der Nettokosten zu Buche.

Die Aufteilungen zwischen den Themenbereichen bleiben dabei im Vergleich zu den Vorjahren recht konstant.<sup>8</sup>

8) Vgl. zuletzt Fachhochschule des Mittelstands et al., Bericht 2019, Kapitel 4.1., S. 15 m.w.N.



## 4.2 Aufwände in Stunden und Kosten

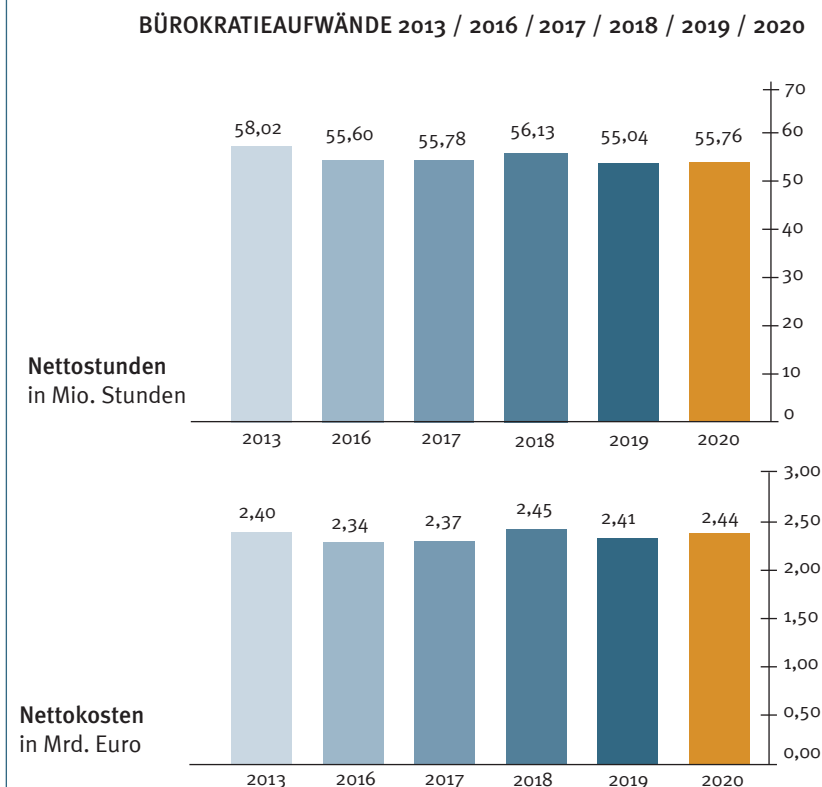
Die durch die gemeinsame Selbstverwaltung begründeten Informationspflichten verursachen bei den Vertragsärzten und -psychotherapeuten eine Gesamt-Bürokratiebelastung im Umfang von 55,76 Millionen Netto-Arbeitsstunden; dies bedeutet im Vergleich zum Vorjahr mit 55,04 Millionen Stunden einen Aufwuchs um 1,30 Prozent (vgl. Abbildung 6).

Unter Berücksichtigung der jeweiligen aktuellen Tarifsätze und Zusatzkosten steigt die Bürokratiekostenbelastung entsprechend um über 31 Millionen Euro auf über 2,44 Milliarden Euro.

Hochgerechnet auf die Zahl der Arzt- und Psychotherapeutenpraxen ergibt sich damit im Vergleich zum Vorjahr ein Aufwuchs des durchschnittlichen Zeitaufwands für die durch die Selbstverwaltung veranlasste Bürokratie um einen Tag auf nun rund 61 Tage pro Praxis und Jahr.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Exakt ergibt sich eine höhere Belastung von 61,0 Tagen gegenüber 60,1 Tagen im Vorjahr.

Abb. 6



## 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 91,46 Prozent der bürokratischen Belastung für Ärzte und Psychotherapeuten wird weiterhin durch nur knapp 6 Prozent der Informationspflichten ausgelöst.

Oder anders formuliert: Diese Top-25 der untersuchten 434 Informationspflichten bilden bereits knapp 51 Millionen Stun-

den des Gesamtaufwands von 55,76 Millionen Stunden pro Jahr ab, wie die Kurve der kumulierten Aufwände in Abbildung 7 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.

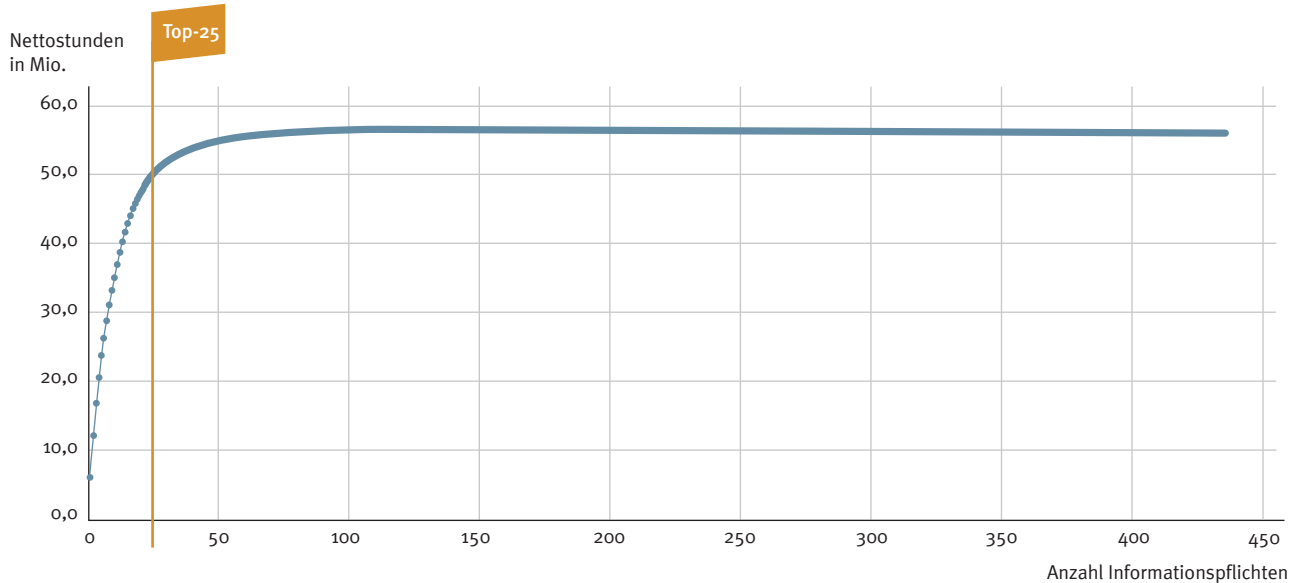
### Zu ausgewählten Pflichten im Einzelnen

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



Abb. 7

## KUMULIERTER AUFWAND AUS INFORMATIONSPFLICHTEN in Mio. Stunden



Informationspflichten, die mit einem nur geringen Zeitaufwand von wenigen Minuten pro Fall, aber sehr hohen Fallzahlen im Ergebnis zu einem sehr hohen bürokratischen Aufwand führen; es handelt sich hier also um die typischen und bekannten Massenpflichten.

Den größten bürokratischen Aufwand verursacht nach wie vor, trotz eines erneuten beachtlichen Rückgangs um über 131.000 Nettoarbeitsstunden in diesem Jahr, wie oben als Entlastung Nr. 2 gezeigt, mit rund 5,85 Millionen Nettoarbeitsstunden die Informationspflicht „Ausstellen von Überweisungen“; hier wirkt sich die extrem hohe Fallzahl von über 195 Millionen bei nur zwei Minuten Zeitaufwand pro Fall entsprechend aus.

Die „Bescheinigung Arbeitsunfähigkeit“ bleibt als weitere Massenpflicht erneut auf Platz 3 der Top-25 mit einem Gesamtaufwand von über 5,5 Millionen Stunden, knapp 90 Millionen Fällen und einem Zeitaufwand pro Fall von 4 Minuten; hier ist der stärkste Anstieg um über 560.000 Stunden zu verzeichnen.

Auf der anderen Seite fallen in den Top-25 solche Informationspflichten auf, die nur mit einer recht geringen Gesamtfallzahl in die Berechnung eingehen, dafür aber für den Arzt oder Psychotherapeuten besonders zeitintensiv sind. Hier ist als typisches Beispiel der „Antrag Langzeittherapie“ mit rund 204.000 Fällen zu nennen, der einen Zeitaufwand von rund 4 Stunden pro Fall für den Psychotherapeuten bedeutet.

In der Liste der Top-25-Informationspflichten, die durch die gemeinsame Selbstverwaltung begründet werden, ist weiterhin eine äußerst hohe Konstanz der Informationspflichten feststellbar. Alle 25 Pflichten aus dem Jahr 2020 waren bereits im Vorjahr in der Liste der aufwändigsten Pflichten enthalten; die ersten fünf Pflichten sind sogar in der Reihenfolge identisch geblieben, sonst gab es hier nur geringfügige Änderungen.

Die bekannten Massenpflichten mit sehr großen Fallzahlen dominieren auch in diesem Jahr auf den vorderen Plätzen der Top-25-Liste; sie zeigen in

der Tendenz aber ein uneinheitliches Bild: Zum einen gibt es allein bei vier der ersten sechs Pflichten der Top-25-Liste z.T. erhebliche Zuwächse, insbesondere bei den ersten drei der diesjährigen Top-Belastungen, nämlich der „Bescheinigung Arbeitsunfähigkeit“, der „Verordnung Krankentransport“ und der „Foto-/Video-/Bilddokumentation“, was die signifikante Zunahme der Bürokratiekosten insgesamt erklärt. Andererseits ist bei der aufwändigsten Pflicht „Ausstellen von Überweisungen“ gleichzeitig aber auch die zweithöchste Entlastung feststellbar, was die genannten Anstiege aber im Ergebnis nicht kompensieren kann.

Die hohen Fallzahlen und großen Auswirkungen der Veränderungen in der Top-25-Liste zeigen erneut, dass erfolgreiche Entlastungsmaßnahmen zum Bürokratieabbau vor allem bei diesen Massenpflichten ansetzen müssen.

## Die 25 aufwändigsten Informationspflichten 2020

RANG	BEZEICHNUNG DER INFORMATIONSPLICHT	FALLZAHL 2020	GESAMTSTUNDEN netto 2020
1	Ausstellen von Überweisungen	195.090.699	5.852.721
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	89.834.490	5.524.821
4	Verordnung Krankenbeförderung	54.257.582	4.087.405
5	Foto-/Video-/Bilddokumentation	14.559.816	3.342.691
6	Dokumentation DMP DM Typ 2	12.876.735	2.575.347
7	Aufklärung des Patienten, dass Kosten für eine nicht verordnungsfähige veranlasste Leistung selbst zu tragen sind. (Erstaufklärung)	26.249.440	2.515.571
8	Dokumentation Qualitätsmanagement	114.782	2.494.787
9	Auskünfte an Krankenkassen und MDK (formfrei)	12.431.432	2.279.096
10	Verordnung Hilfsmittel	33.748.315	2.024.899
11	Heilmittelverordnung im Regelfall	29.676.000	2.003.130
12	Durchgangsarztbericht	2.916.176	1.822.610
13	Dokumentation zytologische Untersuchung	14.729.308	1.399.284
14	Aufklärung des Patienten bei Überschreitung der Festbetragsgrenze	31.932.832	1.330.535
15	Dokumentation DMP KHK	5.694.522	1.186.359
16	Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalls	7.419.000	1.001.565
17	Begründungspflicht Gebührenordnungspositionen	14.567.008	908.010
18	Aufklärung des Patienten, dass Kosten für eine nicht verordnungsfähige veranlasste Leistung selbst zu tragen sind. (Folgeaufklärung)	104.997.760	874.981
19	Erhebung Daten im Ersatzverfahren	5.136.339	770.451
20	Antrag Langzeittherapie	203.924	753.244
21	Dokumentation DMP Asthma	2.948.691	589.738
22	Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung	8.700.306	478.517
23	Individuelle Patienteninformation Psychotherapie	1.657.636	469.664
24	Antrag Kurzzeittherapie (ohne Gutachterverfahren)	875.260	464.982
25	Dokumentation DMP COPD	2.308.827	461.765

## 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

DMP-Anforderungen-Richtlinie

Bundesmantelvertrag

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

Richtlinie des G-BA über die Früherkennung von Krebserkrankungen

Bundesmantelvertrag

DMP-Anforderungen-Richtlinie

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

Einheitlicher Bewertungsmaßstab

Bundesmantelvertrag

Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung

DMP-Anforderungen-Richtlinie

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

Psychotherapie-Richtlinie

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung

DMP-Anforderungen-Richtlinie

## Fazit

Die Bürokratiebelastung bei Ärzten und Psychotherapeuten ist in diesem Jahr nach Rückgängen in den Vorjahren wieder merklich angestiegen aufgrund von Erhöhungen von Fallzahlen von Massensepflichten.

Angesichts des diesjährigen neuerlichen Anstiegs der Bürokratielast und der uneinheitlichen Entwicklung der Vorjahre bleibt insgesamt festzuhalten, dass in keinem Fall von einem stabilen Entlastungstrend gesprochen werden kann, so dass Anstrengungen zur Reduktion der Bürokratie unabdingbar bleiben, um die Belastungen für die Praxen durch die Bürokratie zu begrenzen und in der Folge wieder spürbar zurückzufahren.

# 5

## Blick in die Praxis – Bürokratie in der Corona-Krise



Das Jahr 2020 war für Vertragsärzte und Psychotherapeuten auch im Hinblick auf die bürokratische Belastung ein besonderes Jahr. Die KBV und die FHM haben daher im Rahmen von zwei online geführten Fokusgruppeninterviews mit Niedergelassenen verschiedener Fachrichtungen aus unterschiedlichen Regionen Deutschlands gesprochen und nach deren Erfahrungen im Umgang mit der anhaltenden Corona-Krise gefragt.

Die Gespräche machten deutlich, mit wie viel Engagement und persönlichem Einsatz sich Vertragsärztinnen und Psychotherapeuten in dieser Ausnahmesituation um die gesundheitliche Versorgung gekümmert haben. Gleichzeitig wurde aber auch klar, dass viele Praxen durch komplexe und schwer nachvollziehbare Vorgaben sowie häufig unklare Zuständigkeitsregelungen an den Rand ihrer Belastbarkeit gebracht wurden.

Die wichtigsten Punkte sowie Vorschläge der Befragten haben wir nachfolgend zusammengefasst:

› Die Corona-Pandemie hat niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten vor erhebliche Herausforderungen in der Versorgung gestellt und zu zusätzlichen bürokratischen Belastungen geführt.

› Die Verbesserungsvorschläge aus den Erfahrungen in der Praxis betreffen z.B. die Vereinheitlichung der Regeln für Corona-Testungen, eine abgestimmte Information und Kommunikation der Behörden mit den Praxen oder auch die Vereinheitlichung von Regeln für Bescheinigungen.

## Videosprechstunde

Als positiv wurde wahrgenommen, wie schnell im Frühjahr Hürden für die Nutzung der Videosprechstunde abgebaut wurden, indem die Fallzahlbegrenzung entfiel und die Anbieterzulassung beschleunigt wurde. Die Ärzte berichteten, dass während des Lockdowns die Nachfrage der Patienten nach Nutzung der Videosprechstunde hoch war und das Instrument gut genutzt werden konnte. Gerade im hausärztlichen Bereich sei die Nachfrage seitdem aber wieder stark zurückgegangen und bereits getätigte Investitionen in entsprechende Software hätten sich somit nicht rentiert. Insbesondere ältere Patienten, die im hausärztlichen Bereich einen Großteil der Patienten ausmachen, kämen lieber in die Praxis. Wenn kein persönlicher Kontakt möglich ist, würden diese Patienten es vorziehen, sich telefonisch mit der Ärz-

tin oder dem Arzt austauschen, da hierbei deutlich weniger technische Probleme auftreten. Von Ärzten, deren Praxen sich im ländlichen Bereich befinden, wurde zudem berichtet, dass die Bandbreite oft nicht ausreiche, um Videosprechstunden anbieten zu können.

Aus fachärztlicher Sicht wurde darauf hingewiesen, dass die Videosprechstunde grundsätzlich als sinnvoll empfunden wird, insbesondere um beispielsweise Hochrisikopatienten in Pflegeheimen vor einer Infektion mit Covid-19 zu schützen. In Pflegeheimen sei aber in der Regel die Infrastruktur für die Durchführung von Videosprechstunden nicht vorhanden, da mobile Endgeräte, eine ausreichende WLAN-Abdeckung sowie Personal, das die Technik bedienen kann, fehlten.

### Vorschläge:

Da das Telefon insbesondere für ältere Patienten einen niedrigschwelligeren Zugang zu ärztlicher Beratung gewährleistet, sollte dies als Kommunikationsmittel gegenüber der Videosprechstunde nicht schlechter gestellt werden. So sollte zum Beispiel auch bei Telefonaten die Chronikerziffer abgerechnet werden können. Insgesamt sollte es nicht für jedes Kommunikationsmedium eine andere Abrechnungsziffer und andere Regeln geben. Die Politik sollte sich nach Ansicht der Befragten zudem stärker für den Breitbandausbau in ländlichen Regionen einsetzen.





„LEHRER SOLLEN IN GERADEN WOCHEN GETESTET WERDEN UND ERZIEHER IN UNGERADEN WOCHEN. WAS MACHE ICH DANN MIT LEHRERN, DIE IN EINER UNGERADEN WOCHEN AUS DEM URLAUB KOMMEN?“

Dr. Michael Brinkmann, Hausarzt in einer Gemeinschaftspraxis in Niederkassel

## Durchführung von Corona-Tests

Die Durchführung von Corona-Tests wurde von den befragten Ärztinnen und Ärzten als unübersichtlich und teilweise chaotisch wahrgenommen. Insbesondere am Anfang sei häufig unklar gewesen, ob das Gesundheitsamt oder die Vertragsarztpraxis für die Testung zuständig ist. Gesundheitsämter hätten oft völlig überfordert gewirkt und teilweise Patienten, für die sie selbst zuständig gewesen wären, wieder zurück in die Vertragsarztpraxis geschickt. Die Niedergelassenen hätten dann zum Teil völlig verunsicherte Patienten selbst getestet, obwohl unklar gewesen sei, ob sie die Kosten erstattet bekommen.

Die Komplexität der Situation wird nach Ansicht der Befragten noch dadurch gesteigert, dass die Vorgaben für die Testung verschiedener Personengruppen, die zu verwendenden Formulare sowie die Vergütung für den Abstrich unterschiedlich seien. Als positiv wurde daher von einigen Ärzten die Einrichtung von Testzentren angesehen, die dafür sorgen, dass sich nicht jede Praxis mit den komplexen Regelungen auseinandersetzen muss.

Von Praxen, die sich freiwillig für die Testung auf Covid-19 bei der KV gemeldet haben, wurde andererseits von einer völligen Überforderung berichtet, da Patienten aus einem großen Umkreis in ihre Praxis geschickt worden seien.

Zur Ausstattung mit Schutzkleidung wurde berichtet, dass ein Großteil der gelieferten Artikel nicht zertifiziert und nicht tauglich gewesen sei. Eine Ärztin berichtete, sie habe sich bereits im Januar mit Schutzkleidung ausgestattet, diese sei dann aber nicht erstattet worden und sie habe die Kosten am Ende selbst tragen müssen.

### Vorschläge:

Es sollte einfache und einheitliche Regeln für die Testung auf Covid-19 geben. Für die Dokumentation wären nach Ansicht der Befragten zwei Gruppen ausreichend (Personen mit Verdacht auf Covid-19 und präventive Testungen bei asymptomatischen Personen). Hausärzte sollten zudem mehr Entscheidungsfreiheit in der Frage bekommen, welche Patienten getestet werden. So sollten nach Ansicht der Ärzte zum Beispiel Risikopatienten auch ohne Symptome getestet werden können. Zudem sollten vorsorgliche Tests auch für Niedergelassene erstattet werden, um die Ansteckung von Patienten durch Ärzte zu vermeiden.

## Telematik-Infrastruktur

Die Telematik-Infrastruktur (TI) wird grundsätzlich von den meisten Befragten als sinnvoll angesehen, insbesondere für die datenschutzkonforme Kommunikation der Niedergelassenen untereinander. Kritisiert wurde allerdings, dass die Finanzierung der erforderlichen Hard- und Software für die Praxen oft nicht kostendeckend sei. Zudem sei die Einführung der Neuerungen oft mit einem erheblichen zeitlichen Aufwand verbunden. Eine Ärztin berichtete, für die Bestellung des elektronischen Heilberufsausweises sei eine 24-seitige Bestellanleitung zu lesen gewesen. Dann sei es nicht möglich gewesen, den Ausweis an die Adresse der Praxis schicken zu lassen. Da eine persönliche Entgegennahme erforderlich sei, habe sie ihre Praxis an diesem Tag schließen müssen.

Aufgrund der zeitlichen Zusatzbelastung wurde stark dafür plädiert, neue Pflichtenwendungen der TI erst nach der Corona-Krise einzuführen. Priorität für die Praxen habe aktuell die Betreuung der Patienten und die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen. Wenn zur zusätzlichen Belastung der Praxen durch Corona noch die Belastung durch neue Anwendungen der TI kommt, wird die totale Überforderung der Praxen befürchtet.

Darüber hinaus wurde betont, dass die Anwendungen der TI auch für die ärztliche Versorgung Sinn machen müssten. So wird beispielsweise die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung als Übernahme von Verwaltungsaufgaben für die Krankenkassen angesehen. Bezüglich der elektronischen Patientenakte wurde darauf hingewiesen, dass diese auch dort verfügbar sein müsse, wo Hausbesuche gemacht werden, zum Beispiel im Pflegeheim.

### Vorschläge:

Die KBV sollte eine Übersicht zur Verfügung stellen, die deutlich macht, was wann wo bestellt und beantragt werden muss.<sup>10</sup> Da die Praxen insbesondere in der aktuellen Situation nicht die Zeit haben, die TI zum Laufen zu bringen, muss sichergestellt sein, dass die Infrastruktur funktioniert, bevor sie ausgerollt wird.

<sup>10</sup> Die Kassenärztliche Bundesvereinigung informiert auf ihrer Internetseite unter <https://www.kbv.de/html/telematikinfrastruktur.php> fortlaufend über den aktuellen Stand bei der Telematikinfrastruktur. Dort sind neben einem Überblick zur technischen Ausstattung und den dazugehörigen Erstattungspauschalen auch vertiefende Informationen zu den einzelnen Anwendungen und Diensten der TI zu finden. Darüber hinaus stehen zu jeder Anwendung kurze einführende Videos sowie ausführliche Praxisinformationen bereit.



## Information und Kommunikation

Die befragten Niedergelassenen berichten, dass die Praxen im Frühjahr mit einer Flut an Informationen konfrontiert worden seien. Täglich seien Informationen von KV, KBV, Ärztekammern, Robert Koch-Institut oder Landesregierungen in den Praxen angekommen. Oft seien Regelungen oder Empfehlungen aber bereits am nächsten Tag geändert worden. Die einzigen, die nicht informiert hätten und auch nicht zu erreichen gewesen seien, seien die Gesundheitsämter gewesen. Die extreme Belastung der Praxen durch hohe Patientenzahlen und ständig neue und geänderte Regeln sei durch die schwer zu überschauende Informationslage noch verstärkt worden. Da viele Regelungen von Bundesland zu Bundesland variieren, sei es für Praxen, die an einer Grenze zwischen zwei Bundesländern liegen, noch schwieriger, den Überblick zu behalten.

### Vorschläge:

Bei der Information der Praxen auf Qualität statt auf Quantität setzen. Verschiedene Institutionen sollten sich hierbei besser untereinander abstimmen.<sup>11</sup>

11) Die KBV informiert seit März 2020 in Extra-Ausgaben des Newsletters „PraxisNachrichten“ zum Coronavirus. Kurzfristige Entwicklungen und Neuregelungen werden tagesaktuell und verständlich aufgearbeitet und an die Abonnenten verschickt: [www.kbv.de/html/praxisnachrichten.php](http://www.kbv.de/html/praxisnachrichten.php)  
Alle praxisrelevanten Informationen finden sich zudem auf der KBV-Themenseite zum Coronavirus im Internet: [www.kbv.de/html/coronavirus.php](http://www.kbv.de/html/coronavirus.php)



„NACH ENDE DER SPRECHSTUNDE UM 19 ODER 20 UHR WENDE ICH JEDEN TAG NOCH 3 STUNDEN AUF, UM FÜR DIE ABRECHNUNG UND DIE VERMEIDUNG VON REGRESSEN ALLES RICHTIG ZU DOKUMENTIEREN“

Dr. Claudia Haselbeck, Hausärztin in einer Einzelpraxis in Ingolstadt

## Abrechnung und Kodierung

Die Dokumentation der Abrechnungsziffern wird von vielen der Befragten als sehr aufwändig wahrgenommen. Insgesamt sei die Abrechnung zu komplex und es gebe zu viele Ausnahmen. Zudem wurde insbesondere von hausärztlicher Seite kritisiert, dass die Zeit für eine eingehende Beratung der Patienten oft nicht vorhanden sei. Während der Krise habe es für viele Praxen mehr Patienten gegeben, aber weniger Leistungen, die abgerechnet werden können, da die Vor-Ort-Leistungen nicht erbracht werden konnten. Zudem sei in dieser Zeit oft unklar gewesen, ob zusätzliche erbrachte Leistungen auch vergütet werden. Temporäre Vereinfachungen, wie zum Beispiel bei der Abrechnung der

Haus-/Fachärztlichen Bereitschaftspauschale, wurden als sinnvoll empfunden. Nicht nachvollziehen konnten die Ärzte aber, dass diese schon wieder zurückgenommen wurden, obwohl die Krise noch nicht vorbei ist. Zudem wurde bemängelt, dass die Vorgaben für die Kodierung bei Corona-Tests sehr komplex seien.

### Vorschläge:

- eine Kodierung und eine Abrechnungsziffer für Abstriche bei Tests auf Covid-19
- Aufwertung der sprechenden Medizin





## Behandlung der Patienten

Die Befragten beschreiben ein stark erhöhtes Kommunikationsbedürfnis der Patienten, das von den Ärzten oft nicht bedient werden kann und auch nicht vergütet wird. Psychotherapeuten berichten, dass durch die Corona-Krise viele psychische Erkrankungen verstärkt wurden. Die Begrenzung der Therapiestunden wird in diesem Zusammenhang als schwierig wahrgenommen. Da während des Lockdowns im stationären Bereich viele spezialisierte Behandlungszentren, wie zum Beispiel die sozialpädiatrischen Zentren, geschlossen wurden, gab es zum Teil eine Überlastung der Kinderarztpraxen mit schwer kranken Kindern, die hier nicht ausreichend behandelt werden konnten.

## Ausstellung von Bescheinigungen

Die Ärzte berichten, dass für die Bescheinigung, dass jemand ein Risikopatient ist, je nach Adressat ein anderes Format verlangt werde. Kinderärzte beschreiben, dass Eltern häufig eine Bescheinigung verlangt hätten, dass sie wegen ihrer Kinder nicht arbeiten gehen können.

### Vorschläge:

- › einheitliche Regeln für Bescheinigungen
- › die Limitierung der Kind-krank-Tage auf zehn sollte in der aktuellen Situation aufgehoben werden



**„VIELE KITAS UND SCHULEN FORDERN BEI JEDEM SCHNUPFEN EINE BESCHEINIGUNG, DASS ES NICHT CORONA IST. ICH KANN UND WILL ABER NICHT JEDES KIND MIT SCHNUPFEN AUF CORONA TESTEN LASSEN. GLEICHZEITIG KANN MAN CORONA NICHT KLINISCH AUSSCHLIESSEN“**

Claudius Ries, angestellter Kinderarzt in einer Praxis in Bad Kreuznach

# 6

## Schlussfolgerungen der KBV

*Krise als Chance. Wir sollten die Gelegenheit nutzen, bürokratische Vorgaben und Abläufe stärker auf den Prüfstand zu stellen.*

Der Bürokratieindex 2020 entstand unter dem Eindruck der Corona-Pandemie und damit in einer Zeit, als in den meisten vertragsärztlichen Praxen eine Ausnahmesituation herrschte. Das spiegelt sich besonders in den Ergebnissen aus den Fokusgruppeninterviews wider.

Sechs von sieben Corona-Patienten wurden in Deutschland ambulant versorgt. Das ist zuallererst dem enormen persönlichen Einsatz der Ärztinnen und Ärzte sowie ihren Praxisteams zu verdanken.

Die Tatsache, dass die Pandemie hierzulande erfolgreich eingedämmt werden konnte, hat aber auch damit zu tun, dass die der Versorgung zugrundeliegenden Regelungen schnell und flexibel angepasst wurden. Das war möglich, weil allen Partnern der Selbstverwaltung die Notwendigkeit bewusst war, umgehend auf die aktuellen Herausforderungen zu reagieren. So hat die Krise neue, bürokratiearme Wege eröffnet und damit für spürbare Arbeitserleichterungen in den Praxen gesorgt.

Beispielsweise haben die Befragten es als positiv empfunden, wie schnell Hürden für die Nutzung der Videosprechstunde abgebaut wurden, indem die Fallzahlbegrenzung entfiel und die Anbieterzulassung beschleunigt wurde.

Gleichzeitig zeigt sich an diesem Beispiel sehr deutlich, dass die Digitalisierung nur dann hilfreich und entlastend wirken kann, wenn die technischen Voraussetzungen auch im erforderlichem Umfang gegeben sind.

Die Erfahrungen in der Pandemie haben aber auch wieder einmal gezeigt, wie bürokratische, für den einzelnen Arzt mitunter schwer nachvollziehbare Vorgaben – Beispiel Corona-Testungen – für Frustrationen in den Praxen sorgen. Hier gilt das Motto: Krise als Chance. Wir sollten die Gelegenheit nutzen, bürokratische Vorgaben und Abläufe stärker auf den Prüfstand zu stellen. Oder, noch besser: Sie gar nicht erst entstehen zu lassen.

Allerdings zeigt die vorliegende Erhebung auch: Die Digitalisierung ist kein „natürlicher“ Ausweg. Eine Zwangsbeglückung der Praxen mit digitalen Pflichtanwendungen hilft nicht, die Akzeptanz etwa für die Telematik-Infrastruktur zu fördern. Die Praxen sind kein Experimentierfeld für noch zu erprobende Anwendungen. Entscheidend sind eine klar erkennbare Praxistauglichkeit und -reife der Produkte. Anders ausgedrückt: Die Sicht des Anwenders zählt, nicht die des Herstellers oder des Gesetzgebers. Die Ärzte und Psychotherapeuten unterstützen die Digitalisierung nur dann, wenn ihr Nutzen tatsächlich für sie erlebbar wird.

Gleichzeitig müssen wir die Praxen vor zusätzlicher finanzieller und organisatorischer Belastung schützen. Nur dann bleibt gewährleistet, dass die Ärzte und Psychotherapeuten sich auch künftig so um ihre Patienten kümmern können, wie sie es (nicht nur) in der Corona-Pandemie getan haben.



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

### > Digitalisierung für Bürokratieabbau in Praxen nutzen

Grundsätzlich wird der Digitalisierung auch von vertragsärztlicher Seite ein großes Potential für den Abbau von Bürokratie in Praxen zugeschrieben. Die Pflichten, die für Vertragsärzte aktuell mit der Einführung der Telematikinfrastruktur (TI) einhergehen, führen allerdings zu einem Mehraufwand für die Praxen, während der Nutzen in erster Linie bei anderen Akteuren wie Krankenkassen oder Arbeitgebern liegt. Für viele Praxen bedeutet die Einführung der TI damit eine Zunahme der Bürokratie im Arbeitsalltag. Die KBV fordert daher, dass die Mehrwerte der Digitalisierung auch für die Niedergelassenen spürbar sein müssen. Zudem darf der durch gesetzliche Fristen definierte zeitliche Rahmen nicht dazu führen, dass nicht voll funktionsfähige Systeme ausgerollt werden, die dann in den Praxen die Arbeitsabläufe behindern.

### > Verzicht auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in Bagatellfällen

Eine große Entlastung der Praxen sowie der Patienten 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“. 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 sogar ab dem ersten Krankheitstag erforderlich (§ 45 SGB V).



#### > Kein Konsiliarbericht bei Überweisung durch Vertragsärzte

Aktuell muss vor Beginn einer Psychotherapie ein Konsiliarbericht erstellt werden, mit dem ein Vertragsarzt bestätigt, dass aus ärztlicher Sicht keine Kontraindikationen gegen die Aufnahme einer Psychotherapie bestehen. Dies ist auch dann erforderlich, wenn Patienten Psychotherapeuten mit einer vertragsärztlichen Überweisung aufsuchen. In diesem Fall wird der Konsiliarbericht von vielen Niedergelassenen als eine rein bürokratische Vorgabe ohne inhaltlichen Mehrwert angesehen, da im Konsiliarbericht in der Regel die Informationen wiederholt werden, die bereits auf der Überweisung standen. Die KBV schlägt daher vor, die Pflicht zur Einholung eines Konsiliarberichts für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten anzupassen. Wenn Patienten Psychotherapeuten auf Überweisung eines Vertragsarztes aufsuchen, sollten Ausnahmen von dieser Pflicht möglich werden.

#### > Abschaffung zweistufiges Antragsverfahren Psychotherapie

Durch die Psychotherapieform wurde 2017 das Kontingent für die Kurzzeittherapie in zwei Blöcke von je 12 Stunden aufgeteilt. In der Praxis zeigt sich allerdings, dass die meisten Patienten mehr als 12 Therapiestunden benötigen und der Bürokratieaufwand für Vertragspsychotherapeuten durch die zweifache Beantragung deutlich gestiegen ist. Die KBV fordert daher eine Rückkehr zu dem Kontingent von 25 Stunden für die Kurzzeittherapie. Wenn weniger Stunden erforderlich sind, um den angestrebten Therapieerfolg zu erreichen, muss dieses Kontingent nicht voll ausgenutzt werden.



## > Verschlinkung des Zulassungsverfahrens

### **Verfahrenserleichterungen**

Der Zulassungsausschuss (ZA) befasst sich zunehmend mit Sachverhalten, bei denen er faktisch keinerlei Ermessensspielraum hat. Ein wesentlicher Punkt eines gemeinsam mit KVen entwickelten Reformvorschlags für das Zulassungsverfahren 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 Antragstellers notwendig ist. Für eindeutige Zulassungsverfahren könnten somit die Ladung des antragstellenden 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.

