

**BIX  
2022**

DER BÜROKRATIEINDEX  
FÜR DIE VERTRAGSÄRZTLICHE  
VERSORGUNG

Schwerpunktthema:  
Die elektronische Arbeits-  
unfähigkeitsbescheinigung



## IMPRESSUM

### Herausgeberin

Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin  
Telefon 030 4005-0  
info@kbv.de, www.kbv.de

### Redaktion

Dezernat Sicherstellung und  
Versorgungsstruktur, Abteilung  
Sicherstellung; Bereich Interne  
Kommunikation im Stabsbereich  
Strategie, Politik und Kommunikation

### Gestaltung

KloseDetering Werbeagentur GmbH,  
Hamburg

### Druck

MOTIV OFFSET NSK GmbH



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

### Bildnachweise

Titelbild: © istock/jirkaejc  
Seite 3: © istock/Rostislav\_Sedlacek  
Seite 4: © istock/Visivasnc  
Seite 8: © shutterstock/PopTika  
Seite 12: © istock/ilkercelek  
Seite 14: © istock/Peoplelmages  
Seite 17: © shutterstock/PopTika

### Redaktionsschluss

29. September 2022

### DANK AN MITWIRKENDE

Die KBV und die Fachhochschule des Mittelstands danken allen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, die durch Telefoninterviews und die Teilnahme an Fokusgruppeninterviews diesen Bericht ermöglicht haben.

### HINWEIS

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.

The logo for the Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) consists of the letters 'KBV' in white, set against a solid red square background.

**KBV**

KASSENÄRZTLICHE  
BUNDESVEREINIGUNG

# Inhalt

**1**

Management  
Summary **Seite 2**

**2**

Ziel und methodische  
Vorgehensweise der  
Untersuchung **Seite 4**

**3**

Ergebnis der  
quantitativen Unter-  
suchung: Die eAU als  
Zeitfaktor **Seite 5**

**4**

Ergebnis der  
qualitativen Unter-  
suchung: Wie erleben  
Niedergelassene die  
eAU? **Seite 8**

**5**

Vorschläge zum  
weiteren Vorgehen  
**Seite 10**

**6**

Nachwort des  
Vorstands der KBV  
**Seite 13**

**7**

Abkürzungsverzeichnis  
**Seite 14**

# 1

## Management Summary

Die vorliegende Studie untersucht, welche Auswirkungen die Umstellung von der papierbasierten Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit auf das elektronische Verfahren auf die Bürokratiebelastung der vertragsärztlichen Praxen hat. Hierzu werden die Zeitwerte für das alte und das neue Verfahren durch Telefoninterviews und Paneldiskussionen erhoben und abgeglichen. Es zeigt sich, dass das digitale Verfahren aktuell mit einem zusätzlichen zeitlichen Aufwand von 50 Sekunden pro Fall einhergeht.

*Es zeigt sich, dass das digitale Verfahren aktuell mit einem zusätzlichen zeitlichen Aufwand von 50 Sekunden pro Fall einhergeht.*

Hochgerechnet auf die Gesamtzahl der jährlich ausgestellten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen entsteht damit ein zusätzlicher Bürokratieaufwand in Höhe von etwa 1,25 Millionen Stunden in den Vertragsarztpraxen. Als Gründe für die Zusatzbelastung können die lange Dauer des elektronischen Signiervorgangs sowie der Aufwand für den Nachversand der papiergebundenen Ersatzbescheinigung bei Fehlern des digitalen Versands identifiziert werden.

In zwei Paneldiskussionen mit Vertragsärztinnen und Vertragsärzten werden weitere Auswirkungen der Umstellung auf die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung betrachtet. Auf dieser Grundlage werden im Anschluss konkrete Vorschläge zum weiteren Vorgehen gemacht.



# 2

## Ziel und methodische Vorgehensweise der Untersuchung



Gegenstand dieser Untersuchung ist die Umstellung auf das elektronische Verfahren bei der Ausstellung und Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Anders als bei den vorangegangenen Studien zum Bürokratieindex wird mit dieser Studie keine Gesamtbetrachtung der Bürokratiebelastung in der vertragsärztlichen Versorgung vorgenommen. Stattdessen erfolgt mit der Fokussierung auf die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) eine detaillierte Analyse eines aktuell für viele Praxen relevanten Themenbereichs. Ziel dieser Untersuchung ist es, festzustellen, wie sich die Umstellung vom papiergebundenen Verfahren auf die eAU auf die Bürokratiebelastung der Vertragsarztpraxen auswirkt.

## Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Seit dem 1. Oktober 2021 sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Einrichtungen gesetzlich verpflichtet, Arbeitsunfähigkeitsdaten elektronisch über die Telematikinfrastruktur (TI) an die Krankenkassen zu übermitteln. Damit wurde nicht nur ein bisher papierbasiertes Verfahren digitalisiert. Auch die Zuständigkeit für die Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten wurde geändert. Waren bisher die gesetzlich Versicherten selbst verpflichtet, ihrer Krankenkasse die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zukommen zu lassen, so sind es nun die Niedergelassenen, die qua Gesetz für die Übermittlung der Daten an die gesetzlichen Krankenkassen zuständig sind.

Die Umstellung des Verfahrens ist zudem vom Gesetzgeber in zwei Schritten vorgesehen: Im ersten Schritt werden nur die Daten für die Krankenkassen digital übermittelt. Die Arbeitgeber erhalten weiterhin eine Ausfertigung in Papierform, die ihnen von den Arbeitnehmern zur Verfügung gestellt wird. Die Vertragsarztpraxen müssen damit den Durchschlag für die Arbeit-

geber weiterhin ausdrucken. Erst im zweiten Schritt erfolgt die Meldung an die Arbeitgeber ebenfalls digital. Nach aktueller Planung des Gesetzgebers sollen ab dem 1. Januar 2023 die Arbeitgeber verpflichtet werden, die Arbeitsunfähigkeitsdaten, die ihnen durch die gesetzlichen Krankenkassen für ihre Arbeitnehmer zur Verfügung gestellt werden, digital abzurufen.

## Methodische Vorgehensweise – die Erhebung quantitativer Daten

Ziel der quantitativen Datenerhebung ist es, festzustellen, ob und wie sich der Bürokratieaufwand, der durch das Ausstellen und die Übermittlung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in Arztpraxen anfällt, durch die Einführung der eAU geändert hat. Methodische Grundlage ist hierbei der aktuelle Leitfaden des Statistischen Bundesamtes zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands<sup>1</sup>. Gemäß der hier enthaltenen Definition werden die relevanten Informationspflichten als Grundlage für die Ermittlung der Bürokratiekosten identifiziert. Im Rahmen von Interviews mit Normadressaten wird dann der zeitliche Aufwand ermittelt, der für die Erfüllung der Informationspflichten anfällt. Explizit nicht

betrachtet werden hierbei Prozesse und Zeitaufwände, die auch ohne das Vorliegen einer gesetzlichen Verpflichtung anfallen würden, wie beispielsweise das ärztliche Gespräch mit Patient oder Patientin, die Diagnostik sowie Therapieempfehlungen. Da es sich nicht um die Einführung einer neuen Informationspflicht handelt, sondern um die Änderung einer bestehenden Informationspflicht, erfolgt ein Abgleich zwischen dem zeitlichen Aufwand für das alte und für das neue Verfahren.

Die Erhebung der Zeitwerte erfolgte durch das Nationale Zentrum für Bürokratiekostenabbau (NZBA) der Fachhochschule des Mittelstands (FHM). Anhand eines definierten Fragebogens, der sich an den durch das Statistische Bundesamt zur Erhebung von Bürokratiekosten genutzten Fragebögen orientiert, wurden Vertragsarztpraxen im Zeitraum April bis Mai 2022 telefonisch befragt. Gemäß der Methodik des Standardkosten-Modells wurde aus den so erhobenen Angaben zum zeitlichen Aufwand der Median gebildet. Die Zeitwerte wurden anschließend im Rahmen von zwei Ärztpanels validiert.

1) Statistisches Bundesamt, Bundesregierung, Nationaler Normenkontrollrat: Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung. Abruf unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Buerokratiekosten/Publikationen/Downloads-Buerokratiekosten/erfuellungsaufwand-handbuch.html>

# 3

## Ergebnis der quantitativen Untersuchung: die eAU als Zeitfaktor

STANDARDAKTIVITÄT GEMÄSS STANDARD-KOSTEN-MODELL	KONKRETER PROZESSSCHRITT eAU
Beschaffung von Daten	Daten vom Patienten für die AU erfragen
Formulare ausfüllen, Beschriftung, Kennzeichnung	AU im PVS aufrufen und ausfüllen
Datenübermittlung und Veröffentlichung	AU (elektronisch) signieren, eAU versenden und die Papierausdrucke für den Patienten erstellen
Korrekturen, die aufgrund von Prüfungen durchgeführt werden müssen	Korrekturen bei Fehlermeldung
Summe Zeit (Sek.)	
Summe Zeit (Min.)	

Im Ergebnis zeigt sich, dass aktuell das Ausstellen elektronischer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen pro Fall im Median 50 Sekunden länger dauert als die papiergebundene Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit auf Muster 1. Bei etwa 90 Millionen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, die insgesamt pro Jahr ausgestellt werden, entsteht damit derzeit pro Jahr ein zusätzlicher Bürokratieauf-

wand von 1,25 Millionen Stunden. Abweichungen zwischen dem alten Verfahren und der eAU zeigen sich zum einen bei der Standardaktivität „Datenübermittlung und Veröffentlichung“. Hier entsteht aktuell durch das Signieren und digitale Versenden ein Zusatzaufwand von einer halben Minute pro Fall. Die Hintergründe werden in Kapitel 4 näher beschrieben. Die zweite Abweichung zeigt sich beim

eAU			AU AUF MUSTER 1		
STANDARDZEITEN IN SEKUNDEN JE FALL			STANDARDZEITEN IN SEKUNDEN JE FALL		
MFA	LEITENDE/R MFA	ÄRZTIN/ARZT	MFA	LEITENDE/R MFA	ÄRZTIN/ARZT
		30			30
		30			30
		45	10		5
		20			0
		125	10		65
2,08			1,25		

Korrekturaufwand, der bei der eAU bei Fehlermeldungen entsteht. Bei diesem Zeitwert ist zu beachten, dass der Aufwand nicht in jedem Fall anfällt. Es wurde daher zum einen erhoben, wie häufig Fehlermeldungen vorkommen. Für die Berechnung wurde gemäß den methodischen Vorgaben der Median gewählt. Darüber hinaus wurde der zeitliche Aufwand bei Fehlermeldungen erhoben. Zu beachten ist hierbei, dass

die befragten Praxen angegeben haben, dass eine Korrektur der eAU durch die Arztpraxis selbst in der Regel nicht möglich ist, da es sich in den meisten Fällen nicht um inhaltliche, sondern um technische Fehler handelt. Die Weiterleitung an den IT-Hersteller verursacht einen hohen zeitlichen Aufwand, daher wird nach Aussage der Praxen in den meisten Fällen sofort das Ersatzverfahren durchgeführt. Der zugrunde gelegte

Zeitwert beschreibt daher den Aufwand, der durch das Ausdrucken und Versenden der papiergebundenen Ersatzbescheinigungen an die Krankenkassen entsteht. Da der Korrekturaufwand nicht in jedem Fall entsteht, wird dieser für die Berechnung der Standardzeit pro Fall nur anteilig berücksichtigt.

# 4

## Ergebnis der qualitativen Untersuchung: Wie erleben Niedergelassene die eAU?



Zur Validierung der Ergebnisse der quantitativen Befragung sowie für deren Ergänzung um Erläuterungen und Hintergrundinformationen wurden durch die KBV und die FHM zwei Fokusgruppeninterviews mit Vertragsärztinnen und Vertragsärzten durchgeführt. Hierbei wurden im Rahmen von Videokonferenzen Praxen zu ihren Erfahrungen mit der eAU befragt. In beiden Fokusgruppen wurden hierbei von den Ärztinnen und Ärzten die folgenden Punkte angesprochen:



## Lange Dauer des elektronischen Signiervorgangs behindert die Praxisabläufe

Der bereits im Rahmen der quantitativen Untersuchung identifizierte Kostentreiber wurde bei der qualitativen Untersuchung bestätigt: Einheitliche Einschätzung der befragten Ärztinnen und Ärzte war, dass der elektronische Signiervorgang zu lange dauert und damit maßgeblich dazu beiträgt, dass das Ausstellen der eAU länger dauert als das Ausstellen der papiergebundenen Bescheinigung auf Muster 1. Dies behindert, insbesondere bei einem hohen Patientenaufkommen, erheblich die Praxisabläufe. Viele Praxen beobachten zudem, dass die Dauer des Signiervorgangs abhängig ist von der Tageszeit. So sei häufig tagsüber der Versand gar nicht oder mit erheblichem Zeitaufwand möglich, weshalb viele Praxen den Versand abends per Stapelsignatur

„Der digitale Signiervorgang dauert viel zu lang. Während dieser Zeit kann ich weder weiterarbeiten, noch die Papierbescheinigungen ausdrucken.“

Dr. Verena Gall,  
Hausärztin aus  
Mommenheim

vornehmen. Viele Teilnehmende äußerten in diesem Zusammenhang ihre Sorge, dass dies bei Einführung des eRezepts nicht möglich sein wird und damit der zeitliche Aufwand für die elektronische Signatur eine normale Sprechstunde unmöglich machen könnte. Es wurde zudem deutlich, dass die meisten Praxisverwaltungssysteme (PVS) während des Signiervorgangs blockiert sind. Nur wenige PVS ermöglichen derzeit ein Weiterarbeiten, während dieser Vorgang durchgeführt wird.

### Hohe Fehleranfälligkeit der Systeme und ungeklärte Verantwortlichkeiten

Die befragten Ärztinnen und Ärzte beschrieben die aktuelle TI-Infrastruktur der Praxen als ein komplexes System mit vielen unterschiedlichen Komponenten, das in seiner Nutzung derzeit sehr fehleranfällig ist. Wegen der Vielzahl der Komponenten sei zudem häufig nicht klar, warum Fehler auftreten und wer für die Behebung des Fehlers zuständig ist. Sogar erfahrene Dienstleister vor Ort seien häufig nicht in der Lage, auftretende Probleme zu beheben.



Dr. Ulrich Tappe,  
Gastroenterologe aus  
Hamm

„Neun Komponenten müssten aktuell zusammen funktionieren, dabei gibt es immer noch viele Schnittstellenprobleme. Derzeit gibt es niemanden, der die Verantwortung dafür übernimmt. Die Praxen selbst können diese Verantwortung nicht übernehmen.“



Dr. Susanne Springborn,  
Hausärztin aus Wiesbaden

### Kein zielführender Umgang mit Fehlermeldungen möglich

Im Hinblick auf Fehlermeldungen der Krankenkassen waren sich die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte schnell einig, dass die aktuelle Vorgehensweise wenig geeignet ist, um Fehler zeitnah zu beheben. Die von den Krankenkassen zurückgemeldeten Fehler beziehen sich fast ausschließlich auf Fehler, die nicht von den Praxen behoben werden können. Die Weiterleitung der Fehlermeldungen an die IT-Hersteller ist aber in der Regel so aufwändig, dass dies im Praxisalltag nicht leistbar ist. Häufig würden die Hersteller zudem auf die Zuständigkeit anderer Anbieter (z. B. für KIM-Dienst oder eHBA) verweisen, die dann ebenfalls ihre Nichtzuständigkeit bekunden. Die Meldung der Fehler an die Praxen löst daher häufig nur das Ersatzverfahren aus, ohne dass die Fehler bei denjenigen ankommen, die in der Lage wären, diese zu beheben.

„Am Anfang hatte ich noch den Ehrgeiz, herauszufinden, woran es liegt, wenn die Krankenkasse eine Fehlermeldung schickt. Ich habe dann abends nach der Sprechstunde noch eine Stunde herumtelefoniert. Das ist aber im häufig eng getakteten Praxisalltag nicht regelhaft leistbar.“

### Marktmacht der Anbieter geht häufig zulasten der Praxen

Viele Panelteilnehmer beschrieben das Gefühl, den Anbietern der Komponenten, die für die TI-Anwendungen erforderlich sind, ausgeliefert zu sein. So müssten Wartungskosten häufig für Anwendungen gezahlt werden, die noch gar nicht genutzt werden – entweder, weil diese von der Praxis aktuell nicht benötigt werden oder weil diese nicht funktionsfähig sind. Bei der Bestellung erforderlicher Komponenten komme es

häufig zu erheblichen Verzögerungen. Die Verantwortung hierfür trage dann aber nicht der Hersteller, sondern die Vertragsärztin beziehungsweise der Vertragsarzt. Ein Wechsel des Anbieters sei zwar grundsätzlich möglich, dieser sei aber häufig mit hohen zeitlichen und monetären Aufwänden für die Praxis verbunden. So müsse beispielsweise bei Wechsel des PVS-Anbieters ein neuer Konnektor von der Praxis auf eigene Kosten angeschafft werden, da der vorhandene Konnektor nicht mit den anderen Komponenten kompatibel ist.

# 5

## Vorschläge zum weiteren Vorgehen

### Zeit für digitales Signieren deutlich reduzieren

Der Versand der eAUs nimmt aktuell in den Praxen viel Zeit in Anspruch. Ein zentraler Faktor für den zeitlichen Zusatzaufwand, der im Vergleich zum bisherigen Verfahren entsteht, ist die Zeit, die aktuell für das elektronische Signieren und den digitalen Versand benötigt wird. Gemäß der vorliegenden Untersuchung, die in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule des Mittelstands durchgeführt wurde, beträgt diese im Median 30 Sekunden. Während dieser Zeit ist der Computer in der Regel gesperrt und es kann weder weiter-

gearbeitet werden, noch können die Papiausdrucke für den Patienten erstellt werden. Dieses Problem wird von Praxen auch im Zusammenhang mit der Ausstellung von eRezepten berichtet. Aufgrund der hohen Zahl ausgestellter Rezepte wird dies als noch behindernder für den Praxisablauf erlebt als bei der eAU. Da beim Versand von eRezepten in der Regel kein KIM-Dienst verwendet wird, erscheint es wahrscheinlich, dass der zeitliche Aufwand durch den Signierprozess verursacht wird.

#### > Vorschlag der KBV

Im Rahmen der Zertifizierung beziehungsweise des Audits der benötigten Soft- und Hardwarekomponenten (zum Beispiel PVS, Konnektor, Kartenterminal) muss nicht nur überprüft werden, ob das Aufbringen einer elektronischen Signatur grundsätzlich möglich ist. Es müssen durch die gematik darüber hinaus auch Mindestvorgaben zur Nutzbarkeit definiert und überprüft werden. So muss beispielsweise festgelegt werden, wie lange ein Signiervorgang maximal dauern darf und welche diesbezüglichen Funktionalitäten ein Softwaresystem seinen Anwendern anbieten muss.



## Erreichbarkeit und Zuverlässigkeit der TI verbessern

Praxen erleben immer noch Probleme mit der Erreichbarkeit und Zuverlässigkeit der TI. So beschreiben viele Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, dass der Versand von eAUs häufig erst nach 18 Uhr möglich ist. Auch ist der KIM-Dienst häufig nicht erreichbar oder Konnektoren und Kartenlesegeräte stürzen ab, was einen zeitaufwändigen Neustart des Systems erforderlich macht.

### > Vorschlag der KBV

Das stabile Funktionieren der TI ist Grundvoraussetzung für die Einführung digitaler Anwendungen in den Praxen. Wenn diese regelhaft genutzt werden sollen, müssen die Kapazitäten und die Verfügbarkeit der TI für die zu erwartenden Datenmengen ausreichen. Die gematik muss daher dafür sorgen, dass jederzeit ein Versand über die TI möglich ist und dass die eingesetzten Komponenten ausreichend erprobt sind.

## Verbindliche Fristen für Lieferung und Installation von TI-Komponenten

Immer wieder kommt es bei der Lieferung, Installation oder Freischaltung von TI-Komponenten, wie zum Beispiel KIM-Dienst, Softwareupdates, Konnektoren, Praxisausweis (SMC-B) oder Arztausweis (eHBA) zu Verzögerungen seitens der Anbieter. Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte haben wenig Einfluss auf diese Verzögerungen, tragen aber trotzdem das volle Risiko hierfür. So muss häufig abgewogen werden, ob der Ersatz für eine Komponente deutlich zu früh bestellt werden soll, was in der Regel mit doppelten Gebühren einhergeht, oder ob das Risiko eingegangen werden kann, sich auf die vom Anbieter angegebene Lieferfrist zu verlassen.

### > Vorschlag der KBV

Die Verträge mit den Anbietern müssen so ausgestaltet werden, dass verbindliche Lieferfristen zugesagt werden. Wird eine Komponente zu spät geliefert oder ist diese nicht voll funktionsfähig, muss der Anbieter verpflichtet werden, Ersatz zu leisten. Die Problematik macht zudem einmal mehr deutlich, dass die Einführung digitaler Anwendungen durch sanktionsbewehrte Fristen für die Praxen wenig sinnvoll ist.



## **Diskriminierungsfreie Einbindung aller Komponenten und Dienste gewährleisten**

Derzeit sind die Niedergelassenen in der Regel darauf angewiesen, die TI-Komponenten zu nutzen, die ihr PVS-Hersteller anbietet. Ein Wechsel des PVS-Anbieters geht im Normalfall mit hohem Aufwand und hohen Kosten für die Praxis einher. Hierdurch ist ein Markt entstanden, bei dem der Wettbewerb der Anbieter über Qualität und Preise nur noch sehr eingeschränkt funktioniert. Viele Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sehen sich gezwungen, bei dem einmal gewählten Anbieter zu bleiben, auch wenn sie unzufrieden sind mit der Qualität der Umsetzung oder der Preisgestaltung.

### **> Vorschlag der KBV**

Der vorliegende Gesetzentwurf des Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes enthält einen sinnvollen Ansatz, um die Hersteller informationstechnischer Systeme zu einer diskriminierungsfreien Einbindung von Komponenten und Systemen zu verpflichten. Dieser muss nun so umgesetzt werden, dass die durch den Gesetzgeber intendierte Wirkung tatsächlich für die Praxen spürbar wird. Die KBV hat hierzu in der Stellungnahme zum Entwurf konkrete Vorschläge gemacht.<sup>2</sup>

2) Siehe hierzu Stellungnahme der KBV zum Krankenhauspflegeentlastungsgesetz unter: <https://www.kbv.de/html/59490.php>

## Zeitnah volldigitales Verfahren ermöglichen

Die Tatsache, dass derzeit neben der digitalen Übermittlung der Daten noch die Ausfertigungen für den Arbeitgeber und den Patienten ausgedruckt und unterschrieben werden müssen, sorgt in den Praxen für viel Frust und zusätzlichen Zeitaufwand.

### > Vorschlag der KBV

Die eAU sollte möglichst zeitnah in ein volldigitales Verfahren überführt werden. Hierfür ist es wichtig, dass der Start des verpflichtenden Abrufs der digitalen Daten durch die Arbeitgeber wie geplant ab dem 1. Januar 2023 erfolgt. Wichtig ist auch, dass neben den Arbeitgebern auch andere Akteure, wie Arbeitsagenturen, Jobcenter, Schulen etc. zeitnah in die Lage versetzt werden, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen digital zu empfangen. Zudem muss eine praxistaugliche Lösung für die digitale Übermittlung der Ausfertigung für Versicherte geschaffen werden, zum Beispiel durch das Einstellen der eAU-Daten in die elektronische Patientenakte.

## Kein Versand von Fehlermeldungen bei Wechsel des Versicherungsstatus

Bei einem ungeklärten Versicherungsstatus (z. B. Ende der Familienversicherung, Wechsel des Arbeitgebers) wird derzeit in vielen Fällen sofort eine Fehlermeldung an die Arztpraxis versandt. Vor Einführung der eAU wurde in diesen Fällen nach Auskunft der Krankenkassen vier Wochen abgewartet; innerhalb dieser Zeit waren die meisten Fälle geklärt. Derzeit versenden die Praxen häufig nach Erhalt der Fehlermeldung die papiergebundene Ersatzbescheinigung an die Krankenkasse, wo dann die vierwöchige Frist zur Klärung abgewartet wird.

### > Vorschlag der KBV

Die Praxen können in diesen Fällen nicht zur Klärung des Sachverhalts beitragen; durch die Fehlermeldung wird lediglich Bürokratie erzeugt. Das Verfahren entspricht zudem nicht den bundesmantelvertraglichen Vorgaben, die eine Fehlermeldung lediglich für den Fall vorsehen, dass der Patient eindeutig nicht bei der entsprechenden Krankenkasse versichert ist. Einige Krankenkassen versenden auch heute schon keine Fehlermeldungen bei ungeklärtem Versicherungsstatus, sondern klären diese Fälle intern bzw. mit den Versicherten. Diese Vorgehensweise sollte von allen Krankenkassen übernommen werden.

## Kein Versand von Fehlermeldungen bei Empfangsproblemen der Krankenkassen

In den letzten Monaten kam es wiederholt zu Empfangsproblemen auf Seite der Krankenkassen (z. B. durch Probleme des Signaturservers). Dies führte dazu, dass tausende Fehlermeldungen an Praxen versandt wurden, obwohl die versandten eAUs nicht fehlerhaft waren. Für die betroffenen Praxen entsteht in diesen Fällen ein hoher Zusatzaufwand für die Behebung von Problemen, die im Zuständigkeitsbereich der Krankenkasse liegen.

### > Vorschlag der KBV

Sobald eine Krankenkasse ein Problem mit dem Empfang von eAUs feststellt, muss diese den Abruf von KIM-Nachrichten einstellen, damit kein automatisierter Versand von Fehlermeldungen mehr erfolgt. Nach Behebung des Problems können die eAUs dann wieder abgerufen und verarbeitet werden.

## Nutzung eines zentralen Systems für die Meldung von Störungen

Bei vielen IT-Herstellern ist die Meldung einer Störung mit erheblichem Aufwand verbunden, so dass viele Praxen bei Fehlermeldungen direkt das Ersatzverfahren anwenden, ohne die Störung zu melden. So dauert es derzeit häufig mehrere Stunden oder Tage, bis eine Störung bei einer Krankenkasse oder einem Praxisverwaltungssystem identifiziert und behoben wird. Während dieser Zeit werden weitere Fehlermeldungen erzeugt, die wiederum Aufwand und Irritationen in Praxen auslösen.

### Vorschlag der KBV

Primärsystemhersteller sollten ihren Kunden die Meldung von Fehlern per Knopfdruck ermöglichen, damit Fehler zeitnah und datenschutzkonform gemeldet werden können. Die Meldungen könnten gleichzeitig in einer Statistik der gematik erfasst werden. Wenn hier bei eAUs, die an eine bestimmte Krankenkasse adressiert sind, oder die von einem bestimmten PVS versandt werden, eine auffällige Häufung erkannt wird, könnte die gematik diese benachrichtigen und die Störung auf der TI-Störungsseite bekannt geben, damit für andere Beteiligte deutlich wird, wo die Störung liegt.

## Keine Fehlermeldung an Praxen bei Formfehlern des PVS

Bei Fehlermeldungen, die sich nicht auf den Versicherungsstatus beziehen, ist ein Großteil auf Formfehler zurückzuführen, die in der Regel nicht durch die Arztpraxis verursacht werden, sondern durch eine fehlerhafte Programmierung des PVS bedingt sind (z. B. Dateiname entspricht nicht den Vorgaben). Die Praxis kann solche Fehler nicht selbst beheben, sondern kann diese lediglich an ihren PVS-Hersteller weiterleiten. Aus den oben beschriebenen Gründen findet dies häufig nicht statt. Es wird somit durch die Pflicht zur Durchführung des Ersatzverfahrens nur zusätzlicher Aufwand für Arztpraxen generiert, ohne dass der Fehler behoben wird.

### Vorschlag der KBV

Bei formalen technischen Fehlern, die der fachlichen Verarbeitung der eAU nicht entgegenstehen, sollte keine Fehlermeldung an Praxen erfolgen. Dies wird derzeit bereits von einigen Krankenkassen so gehandhabt. Stattdessen sollte die Krankenkasse den Fehler in direkter Abstimmung mit dem zuständigen Primärsystemhersteller adressieren. Dies kann entweder über das ZIS der gematik erfolgen oder durch den direkten Austausch von Kasse und IT-Hersteller. Auch die gebündelte Weiterleitung von Fehlermeldungen durch GKV-Spitzenverband und KBV wäre aus Sicht der KBV denkbar.



# 6

## Nachwort des Vorstands der KBV

Im zurückliegenden Jahr sind mit der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und dem eRezept gleich zwei Massenanwendungen der Telematik-Infrastruktur an den Start gegangen; und das – wie wir bei pragmatischer Betrachtung feststellen müssen – alles andere als perfekt. Während zunächst mit starren Fristen und einseitig verhängten Sanktionen der Versuch unternommen wurde, die Praxen dazu zu bewegen, diese Anwendungen einzuführen, zeigt nicht zuletzt der diesjährige BIX eindrücklich, dass dieser Weg die eigentlichen Hürden unberücksichtigt lässt. Im Gegenteil: Die bisherige Vorgehensweise hat selbst überzeugte Pionierinnen und Pioniere in den Praxen zu Skeptikern werden lassen, weil sie erleben, dass ihnen die elektronischen Anwendungen nicht nur keine Versorgungsvorteile oder Arbeitserleichterungen bringen, sondern sogar noch die Arbeit behindern. Ein Modul, das jedes Mal das gesamte Praxisverwaltungssystem blockiert, wenn damit eine eAU signiert wird, ist nicht nur angesichts eines vollen Wartezimmers am Montagmorgen oder Schlangen am Empfangstresen während der Grippezeit untauglich.

Entscheidend ist, sich immer wieder auf den Kern der Digitalisierung im Gesundheitswesen zurückzubedenken: Es geht darum, die medizinische Versorgung für die Menschen in Deutschland zu sichern und – wo möglich – zu verbessern. Die Versorgung wiederum lässt sich nicht in Bits und QR-Codes sicherstellen, sondern ist maßgeblich von der Zeit und der fachlichen sowie persönlichen Zuwendung abhängig, die Ärztinnen und Ärzte ihren Patienten geben können. Eine Digitalisierung, die diese Zeit nicht nur nicht erhöht, sondern sogar reduziert, ist somit kontraproduktiv und fehlgeleitet. Angesichts der immer knapper werdenden Ressource Arztzeit bei gleichzeitig steigender Nachfrage reichen weder gesetzliche noch selbst auferlegte Arbeitsverdichtung und Sprechstundenausweitung aus: Es müssen auch bürokratische Effizienzreserven gehoben werden.

Der Normenkontrollrat hat jüngst Bundesregierung und Bundestag für überhastete und fehlerhafte Gesetze kritisiert, die zu unerwünschten Auswirkungen, wie beispielsweise zu viel Bürokratie, führen. Um Arztzeit zu schürfen, darf das politische Werkzeug nicht Tempo sein. Vielmehr gilt es, die Chancen einer echten Transformation zu identifizieren und zu nutzen. Ein reines Übersetzen von Papierprozessen in elektronische Klicks ist zu unmutig gedacht. Wenn es dann auch noch zu mehr Papier und mehr Zeitaufwand führt, ist das keine Digitalisierung, sondern eine „Verschlimmbesserung“.

Um tatsächliche Verbesserungen für die ambulante medizinische Versorgung zu erzielen, müssen die weitere Implementierung und auch die Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur von jetzt an nutzerorientiert voranschreiten. Jegliche digitale Anwendung ist vollumfänglich zu erproben, bevor sie im Praxisalltag landet. Nur so lässt sich der verbliebene Rest an Akzeptanz in den Praxen erhalten und wieder aufbauen. Dies ist wiederum unverzichtbar für die Akzeptanz bei den Patientinnen und Patienten. Bezogen auf die eAU ist es für eine rechtzeitige Erprobung zu spät, da sie bereits verpflichtend in den Praxen ausgerollt wurde. Umso wichtiger ist es daher nun, das Feedback der Nutzerinnen und Nutzer fortan zu berücksichtigen und entsprechend nachzusteuern: Die eAU ist im Versorgungsalltag zu wichtig, um hier auf einen pragmatischen Perfektionismus zu verzichten.



**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

## Abkürzungsverzeichnis, Ansprechpartner

BIX	Bürokratieindex
eAU	elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
eHBA	elektronischer Heilberufausweis (Arztausweis)
eRezept	elektronisches Rezept
FHM	Fachhochschule des Mittelstands
KIM	Kommunikation im Medizinwesen
NZBA	Nationales Zentrum für Bürokratiekostenabbau
PVS	Praxisverwaltungssystem
SMC-B	Security Module Card Typ B (Praxisausweis)
TI	Telematikinfrastruktur
VSDM	Versichertenstammdatenmanagement
ZIS	zentrales IT-Service-Management-System der gematik, u.a. zur Fehlermeldung- und -bearbeitung genutzt.

### IHRE ANSPRECHPARTNER:

Abteilung Sicherstellung  
Imeke Holthusen, Tel.: 030 4005-1416, [IHolthusen@kbv.de](mailto:IHolthusen@kbv.de)

Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin  
[politik@kbv.de](mailto:politik@kbv.de), [www.kbv.de](http://www.kbv.de)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 183.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 73 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.



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



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

**KBV**

KASSENÄRZTLICHE  
BUNDESVEREINIGUNG