

**BIX
2016**

DER BÜROKRATIEINDEX
FÜR DIE VERTRAGSÄRZTLICHE
VERSORGUNG

Belastung transparent machen,
Bürokratie abbauen.



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)



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

HERAUSGEBER

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

Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe
Zentralstab Unternehmensentwicklung
Robert-Schirrigk-Str. 4–6
44141 Dortmund

Stand: November 2016

DANK AN MITWIRKENDE

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

HINWEIS

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

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

KBV

KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

The logo for the Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) features the letters 'KVWL' in a bold, green, sans-serif font.

KVWL

Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe

Inhalt

1 Management Summary Seite 2

2 Blick in die Praxis Seite 4

3 Aufgabenstellung und Ziel Seite 6

4 Methodisches Vorgehen Seite 8

- 4.1 Grundlage Standardkosten-Modell (SKM) Seite 8
- 4.2 Hinweise zu Informationspflichten als Ausgangspunkt der Messung und zu Kosten Seite 10
- 4.3 Auswahl der Informationspflichten Seite 11
- 4.4 Weiterentwicklung der Destatis-Messung (=Nullmessung) Seite 12
- 4.5 Erweiterung um regionale Untersuchung für die KV Westfalen-Lippe Seite 13

5 Ergebnisse der Gesamtmessung im Überblick / Bund & KVWL Seite 14

- 5.1 Informationspflichten nach Themenbereichen / Bund Seite 15
- 5.2 Aufwände in Stunden und Kosten / Bund Seite 16
- 5.3 Top 25 Informationspflichten / Bund Seite 17
- 5.4 Informationspflichten nach Themenbereichen / KVWL Seite 20
- 5.5 Aufwände in Stunden und Kosten / KVWL Seite 21
- 5.6 Top 25 Informationspflichten / KVWL Seite 22

6 Bürokratieindex Seite 24

- 6.1 Der Bürokratiekostenindex als Methode der besseren Rechtsetzung Seite 24
- 6.2 Der Bürokratieindex für Vertragsärzte und -psychotherapeuten Seite 25
- 6.3 Ergebnis Seite 26

7 Kernaussagen Seite 28

8 Schlussfolgerungen der Auftraggeber Seite 30

1

Management Summary

Ziel des Bürokratieindexes [...] ist es, transparent zu machen, wie sich die Belastung durch Bürokratie entwickelt.

Im Jahr 2015 veröffentlichte der Nationale Normenkontrollrat (NKR) im Rahmen des Projektes „Mehr Zeit für Behandlung“ eine durch das Statistische Bundesamt durchgeführte Bestandsmessung der Bürokratiekosten für Vertragsärzte und -psychotherapeuten. Ergebnis war, dass zum Stand 2013 durch Informationspflichten der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene jährlich Bürokratiekosten in Höhe von 2,36 Milliarden Euro entstanden. Dies entspricht etwa 55 Millionen Stunden, die nicht für die Behandlung von Patienten zur Verfügung stehen, da sie für die Erfüllung bürokratischer Vorgaben anfallen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) entschlossen sich in Folge des Berichts, gemeinsam mit der Fachhochschule des Mittelstands (FHM) einen Bürokratieindex zu entwickeln. Ziel des Bürokratieindex für den Bereich der gemeinsamen Selbstverwaltung (Vertragsärzte und -psychotherapeuten) ist es, transparent zu machen, wie sich die Belastung durch Bürokratie entwickelt. Hierfür wurde die durch das Statistische Bundesamt durchgeführte Bestandsmessung auf den aktuellen Stand gebracht. Neue und geänderte Informationspflichten wurden in diesem Rahmen ebenso berücksichtigt wie Pflichten, die in der Zwischenzeit entfallen sind. Darüber hinaus erfolgte eine Aktualisierung der zugrundeliegenden jährlichen Fallzahlen. Die für die Datenerhebung relevanten Änderungen der betrachteten Informationspflichten wurden nach der Methodik des Standardkosten-Modells (SKM) erhoben. Über die Bundesergebnisse hinaus wurden auch regionale Zahlen zur Bürokratiebelastung für den Bereich der KVWL ermittelt.

Die Aufwände durch Bürokratie [...] sind von insgesamt 55 Millionen Stunden auf rund 52 Millionen Stunden gesunken.

Im Ergebnis zeigt sich, dass durch die Umsetzung von Empfehlungen aus dem NKR-Bericht die Bürokratielasten für Vertragsärzte und -psychotherapeuten bereits reduziert werden konnten: Die Aufwände durch Bürokratie im Bereich der Selbstverwaltung sind im Vergleich zu dieser Nullmessung aus dem Jahr 2013 bundesweit von insgesamt 55 Millionen Stunden auf rund 52 Millionen Stunden gesunken. Der Bürokratiedindex im Bereich der ärztlichen Selbstverwaltung ist somit von der Basis 100 im Jahre 2013 auf den Wert 95,28 in 2016 gefallen. Auf die KV-Region Westfalen-Lippe entfallen 9,65 Prozent der bundesweiten Bürokratiebelastung.

Es zeigt sich allerdings auch, dass die Bürokratielast für Vertragsärzte vor allem durch gestiegene Fallzahlen in einigen Bereichen größer wird. Ein Grund ist der wachsende Versorgungsbedarf einer alternden Gesellschaft; beispielsweise der Anstieg von Verordnungen wie Krankentransporte oder Heilmittel sowie die Bescheinigungen von Arbeitsunfähigkeit mit einhergehendem Dokumentationsaufwand für Vertragsärzte fallen bei der Fallzahlbetrachtung auf. Andererseits konnten Verschlinkungen der Bürokratie erfolgreich realisiert werden, wie das Beispiel der Bescheinigung von

Arbeitsunfähigkeit im Krankengeldfall zeigt. Durch die Vereinfachung und Zusammenlegung der Muster 1 und 17 konnte das beachtliche Einsparpotential von 1,25 Millionen Arbeitsstunden erreicht werden. Der Rückgang der Belastung ist außerdem maßgeblich auf die Auswirkungen der Abschaffung der Praxisgebühr sowie eine Änderung der Vorgaben im Bereich Qualitätsmanagement zurückzuführen.

Nicht in die Betrachtung einbezogen wurden Vorgaben aus dem privatärztlichen Bereich sowie Informationspflichten, die durch Landesgesetzgebung, Vorgaben auf KV-Ebene und kommunales Recht entstehen. Ebenfalls nicht detailliert betrachtet wurden Bürokratiekosten, die aus der Bundesgesetzgebung resultieren und durch die zuständigen Bundesministerien und das Statistische Bundesamt erhoben werden.

Zuständig für die erforderliche Datenerhebung und Berechnungen zum Bürokratiedindex ist die Fachhochschule des Mittelstands mit dem dort angesiedelten Nationalen Zentrum für Bürokratiekostenabbau. Die Rekrutierung der an der Befragung teilnehmenden Arztpraxen und Praxisnetze wurde von der KVWL übernommen.

Der Bürokratiedindex soll künftig jährlich aktualisiert und veröffentlicht werden, um die öffentliche Diskussion um die bürokratische Belastung in Arztpraxen regelmäßig mit empirischen Fakten zu begleiten. Ziel ist es, zusammen mit den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung, die für die Vertragsärzte und -psychotherapeuten relevanten Normen und Regelungen so zu gestalten, dass die bürokratische Belastung in den Praxen reduziert werden kann.

Hierfür werden im Bericht konkrete Vorschläge gemacht. Unter anderem werden die Setzung eines verbindlichen Bürokratieabbauziels, die Erprobung von Verfahren in „Formularlaboren“ sowie praxistaugliche Vorgaben für die Digitalisierung von Prozessen empfohlen.

Der Bürokratiedindex soll künftig jährlich aktualisiert und veröffentlicht werden [...].

2

Blick in die Praxis / Interview



Dr. med. Prosper Rodewyk ist seit 1993 niedergelassener Facharzt für Innere Medizin. Das Thema Bürokratie kennt er sowohl aus seiner vertragsärztlichen Tätigkeit als auch durch sein Engagement im Rahmen des „Formularlabors“, einer Initiative zur Verbesserung der in der vertragsärztlichen Versorgung genutzten Formulare.

Wie nehmen Sie die Bürokratie in der Arztpraxis aktuell wahr? Was sind die größten „Zeitfresser“?

Bürokratie ist alles, was nicht unmittelbar mit der Behandlung, Untersuchung und Beratung von Patienten zu tun hat und somit den Praxisablauf stört. Die verlorene Zeit steht dem Arzt nicht mehr für seine Patienten zur Verfügung.

Die größten Zeitfresser sind weiterhin die Anfragen der Krankenkassen, ob formlos oder in geregelter Form, sowie Kur- und Reha-Anträge. Ebenso die wachsende Zahl der Anfragen der Versorgungsämter und Sozialgerichte. Hier besteht noch großer Handlungsbedarf.

Was wurde bisher auf Bundesebene gut im Sinne der Praxisarbeit umgesetzt und führte zu spürbaren Entlastungen bei den Niedergelassenen?

Der Wegfall der Auszahlungsscheine (Muster 17), die bisher täglich von jeder Kasse in unterschiedlicher Form vorgelegt wurden, hat zu einer deutlichen Entlastung in den Arztpraxen geführt.

„Wir sind für die Patientenversorgung da und nicht, um vor Formularen zu sitzen.“

Welche Themen müssen aus Ihrer Sicht in Zukunft behandelt werden?

Anfragen, die in Arztpraxen geschickt werden, bedürfen eines Monitorings. Im Hinblick auf die Digitalisierung muss genau geprüft werden, welche Informationen bei den Ärzten wie abgefragt werden müssen und können. Die Abläufe müssen in die Praxis-EDV integriert werden, damit gegebenenfalls per Mausclick die gewünschten Informationen eingefügt werden können.

Jedes geplante neue oder geänderte Formular muss zuerst von der Praxis (beispielsweise den Formularlaboren) auf Konsistenz, Praktikabilität und Redundanz überprüft werden, gerne auch mit den Empfängern wie Physiotherapeuten. Diese können dann bei den hier benötigten Formularen mitteilen, welche Information für den Empfänger wirklich wichtig ist, denn manchmal fehlt genau das auf den Formularen.

Zusätzlich wäre es wünschenswert, wenn die von der Praxis erarbeiteten Formularvorschläge (zum Beispiel aus den Formularlaboren der KVen) kurzfristig auf der Bundesebene umgesetzt werden könnten, um so eine schnelle Abhilfe bei bürokratischen Formularen schaffen zu können.

Was versprechen Sie sich von der kontinuierlichen Arbeit im Bereich Bürokratieabbau in Arztpraxen?

Der Bürokratieabbau ist sehr wichtig, da wir für die Patientenversorgung da sind und nicht, um vor Formularen zu sitzen. Gerade in Zeiten einer älter werdenden Bevölkerung mit daraus resultierender Polymorbidität und eines absehbaren Ärztemangels müssen wir mehr Ressourcen für den Patienten und die Behandlung schaffen. Persönlich verspreche ich mir vom Bürokratieabbau wieder mehr Spaß an der Arbeit. Außerdem kann man den Nachwuchs damit motivieren sich niederzulassen, denn die durchaus auch vor den Formalismen einer Praxis bestehende Angst kann man den jungen Kolleginnen und Kollegen somit nehmen.



3

Aufgabenstellung und Ziel

› Die Bürokratielasten für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten durch Informationspflichten behindern die Arbeit am Patienten und hemmen den ärztlichen Nachwuchs beim Wechsel in die Niederlassung. Deshalb ist es erforderlich, die bürokratische Belastung so gering wie möglich zu gestalten, ohne dabei Einbußen bei der Qualität der Versorgung hinnehmen zu müssen.

› Die regelmäßige Überprüfung der Bürokratielasten für Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch einen Bürokratieindex leistet einen effektiven Beitrag zur Transparenz und gibt Entscheidern eine wichtige Informationsgrundlage für eine bessere Regulierung.



Erhebliche Bürokratiebelastung für Vertragsärzte

Die Bürokratiebelastung in Deutschland für Unternehmen wird nach wie vor als hoch empfunden; dies gilt einmal mehr für das Gesundheitswesen. Auch wenn mit der Praxisgebühr die prominenteste Bürokratiefalle inzwischen abgeschafft wurde, ist der Befund eindeutig: Ärzte und Psychotherapeuten berichten seit Jahren über die überbordende Bürokratie in den Praxen, der zunehmende Verwaltungsaufwand macht vor allem den niedergelassenen Medizinerinnen und Psychotherapeuten zu schaffen. Trotz weiterhin hoher Arbeitszufriedenheit gelten die Rahmenbedingungen und hier die enorme Belastung mit administrativen Aufgaben durch Bürokratie als eines der größten Hemmnisse für den ärztlichen Nachwuchs, in die vertragsärztliche Niederlassung zu wechseln.

Hinzu kommt eine hohe Drop-out-Rate examinierter Mediziner¹⁾, die die Industrie dem Arztberuf, insbesondere einer Selbständigkeit als Vertragsarzt, vorziehen. Eine Verbesserung der Rahmenbedingungen im Hinblick auf die Bürokratielast für niedergelassene Ärzte ist erforderlich, um den Beruf des Vertragsarztes weiter attraktiv zu halten.

In einem Gesundheitssystem, in dem die Strukturen der Versorgung und die Ansätze zur Steuerung von Kosten und Qualität immer komplexer und umfangreicher werden, droht zudem die Gefahr, dass ein steigender Anteil der Zeit, die für die Versorgung von Patienten zur Verfügung stehen sollte, für administrative Aufgaben aufgewendet werden muss. So gaben im Rahmen des Ärztemonitors 2016²⁾ über die Hälfte der befragten Ärzte an, nicht ausreichend Zeit für die Behand-

lung ihrer Patienten zu haben. Darüber hinaus zeigte sich, dass Ärzte durchschnittlich fast 8 Stunden pro Woche für Verwaltungsarbeit aufwenden.

Die Ziele einer spürbaren Reduktion des bürokratischen Aufwands im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit und einer besseren Regulierung im Gesundheitswesen sind daher unter Vertragsärzten und -psychotherapeuten unumstritten.

1) Zum Drop-out bei Medizinerinnen von rund 30 Prozent vgl. Deutsches Krankenhausinstitut, Ärztemangel im Krankenhaus, Forschungsstudie im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft aus 2010, Zusammenfassung Seite 4.

2) Ärztemonitor 2016 von infas im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Ergebnisse aus dem Bereich Arbeitszufriedenheit und Arbeitsalltag aus der zusammenfassenden Präsentation. www.kbv.de/html/aerztemonitor.php

Bürokratielastenkontrolle durch einen Bürokratieindex

Im Jahre 2015 haben das Statistische Bundesamt (Destatis) und der Nationale Normenkontrollrat (NKR) zusammen mit Vertretern der Krankenkassen sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und vier Kassenärztlichen Vereinigungen in dem Projekt „Mehr Zeit für Behandlung“³⁾ die Ergebnisse einer Bestandsmessung der Bürokratieaufwände in Arzt-, Psychotherapeuten- und Zahnarztpraxen veröffentlicht und kamen dabei zu dem Ergebnis, dass sich die Bürokratieaufwände für Vertragsärzte und -psychotherapeuten allein aus den Vorgaben der Selbstverwaltung auf ca. 2,36 Milliarden Euro⁴⁾ im Jahr belaufen. Dies entspricht jährlich etwa 55 Millionen Arbeitsstunden.

Ziel des neuen Projekts von FHM, KVWL und KBV ist nunmehr die Erstellung eines jährlichen Indexes zur Entwicklung der Bürokratiebelastung im vertragsärztlichen Bereich auf Ebene der Selbstverwaltung und seine kontinuierliche Fortschreibung. Grundlage für die Entwicklung dieses Bürokratieindex (BIX) ist die genannte Bürokratiekostenmessung des Statistischen Bundesamtes für den Bereich Vertragsärzte und -psychotherapeuten. Während dort von Destatis auch die bundesgesetzlichen Regelungen für Informationspflichten betrachtet wurden, ist der Bürokratieindex für den vertragsärztlichen Bereich auf die durch die Selbstverwaltung auf Bundesebene verursachten bürokratischen Pflichten fokussiert.

Zudem soll die Momentaufnahme der Destatis-Messung als Basis zu einer kontinuierlichen Betrachtung der Bürokratielasten weiterentwickelt werden, die in Form eines auf diesen Start-

punkt genormten Bürokratieindex die Darstellung der Entwicklung der Bürokratielasten in einem bestimmten Bereich über einen längeren Zeitraum zur Aufgabe hat. Während sowohl die Ex-ante-Abschätzung als auch die Ex-post-Messung die Bürokratiebelastung entweder nur ausschnittsweise oder zu einem ausgewählten Zeitpunkt darstellen, soll mit einem Bürokratieindex die Bürokratiebelastung sowohl umfänglich als auch in ihrer zeitlichen Entwicklung dargestellt werden.

Mittelbares Ziel des Bürokratieindex ist es ferner, darauf hinzuwirken, dass die Bürokratiebelastung so gering wie möglich gehalten wird. Eine genaue Abwägung von Aufwand und Nutzen neuer und bestehender Regelungen der Selbstverwaltung muss daher auch immer die für Informationspflichten aufzubringende Zeit berücksichtigen; insofern ist eine Folgenabschätzung im Hinblick auf die Bürokratielasten von zentraler Bedeutung.

Ein Bürokratieindex, der regelmäßig anzeigt, ob die Bürokratiebelastung weiter ansteigt oder gesenkt werden konnte, vermittelt die notwendige Transparenz und stellt damit für Entscheider eine wichtige Information für

eine bessere Regulierung dar. Da die bereits bestehende Bürokratiebelastung von Vertragsärzten und -psychotherapeuten als zu hoch beschrieben wird, sollte angestrebt werden, die Bürokratielast zu reduzieren, um mehr zeitliche Ressourcen für die Behandlung und das Gespräch mit Patienten zur Verfügung zu stellen. Ein Bürokratieindex kann anzeigen, ob und in welchem Umfang dieses Ziel tatsächlich erreicht wird.

Damit reiht sich der hier entwickelte Bürokratieindex für Vertragsärzte und -psychotherapeuten ein in die Bemühungen des Bundesgesetzgebers um bessere Rechtsetzung und wurde analog entwickelt zum Bürokratiekostenindex (BKI) des Statistischen Bundesamtes, mit dem die Bundesregierung die Bürokratiekosten für die Wirtschaft seit 2012 misst und kontrolliert.⁵⁾

3) Statistisches Bundesamt/Nationaler Normenkontrollrat, Mehr Zeit für Behandlung, Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Arzt- und Zahnarztpraxen, Abschlussbericht August 2015.

4) Zur besseren Vergleichbarkeit werden die Bürokratiekosten aus den Disease-Management-Programmen, die damals noch dem Bundesrecht zugeordnet wurden, dazugezählt. Diese werden inzwischen durch Richtlinien des G-BA geregelt und werden daher dem Bereich der Selbstverwaltung zugeordnet.

5) Siehe dazu eingehender Kapitel 6.1. und 6.2.

[...] Ziel des Bürokratieindex ist es [...],
dass die Bürokratiebelastung so gering
wie möglich gehalten wird.

4

Methodisches Vorgehen

› Auf der Grundlage des bewährten Standardkosten-Modells wird in der Studie der bürokratische Aufwand für die durch die Regelungen der gemeinsamen Selbstverwaltung verursachten Informationspflichten untersucht.

› Die Destatis-Messung von 2013 als Bestandsmessung wurde gezielt weiterentwickelt und durch die Ermittlung der aktuell durch Bürokratie verursachten Nettostundenbelastung für Vertragsärzte und -psychotherapeuten fortgeschrieben.

› Die Untersuchung ergänzt dabei die Befunde für die Bundesebene um eine regionale Analyse für den Bereich der KV Westfalen-Lippe.

4.1 Grundlage Standardkosten-Modell (SKM)

Methodische Grundlage für die Messung und Ausweisung von Bürokratiekosten ist das Standardkosten-Modell (SKM). Es handelt sich dabei um ein fundiertes und bereits in mehreren europäischen Ländern etabliertes Verfahren zur Messung von Bürokratielasten, welches in den Niederlanden in den 1990er Jahren entwickelt und zum ersten Mal angewandt wurde. Mit diesem methodischen Ansatz lässt sich ein wesentlicher Ausschnitt bestehender bürokratischer Belastungen systematisch erfassen, nämlich die sogenannten Informations- und Berichtspflichten (zum Beispiel Anträge, Formulare, Statistiken, Nachweise), die durch gesetzliche und untergesetzliche Normen den Normadressaten auferlegt werden.

Das SKM folgt einer einfachen Logik, indem es als administrative Belastungen solche Pflichten misst, die dem Rechtsunterworfenen, hier den Vertragsärzten und -psychotherapeuten, durch gesetzliche und materielle Regelungen auferlegt werden.

Die Stärke von SKM beruht auf drei Faktoren:

- SKM macht Verwaltungslasten objektiv messbar, indem es die Vollzugskosten einer bestimmten Regulierung erfasst.
- SKM hinterfragt also die „Begleiterscheinung“ der Regulierung und nicht die politische Frage des Regulierungszwecks.
- SKM ist als Methode einfach und schnell handhabbar.

Um eine Regulierungspflicht zu erfüllen, muss der Adressat der Regulierung ganz unterschiedliche administrative Aktivitäten entfalten. Für jede administrative Aktivität muss eine Anzahl von Kosten-Parametern (Kennziffern) erhoben werden:

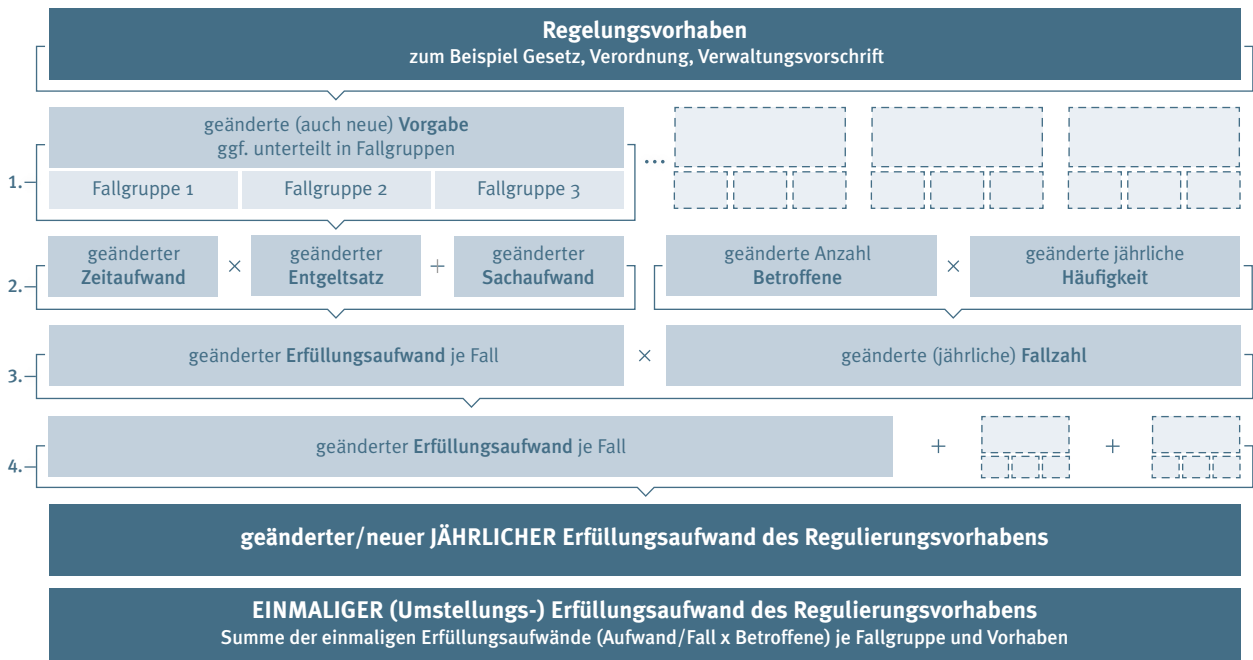
Zeit: Die Zeitdauer, die benötigt wird, um die administrative Arbeit zu leisten.

Preis: Der Preis setzt sich zusammen aus Kennziffern für die Lohnkosten (Tarif) sowie für gegebenenfalls anfallende Zusatzkosten und externe Kosten.⁶⁾

Quantität: Umfasst die Anzahl der betroffenen Normadressaten und die Frequenz (Häufigkeit), in der die Aktivität pro Jahr geleistet werden muss.

Abb. 1

SCHEMA ZUR SKM-METHODIK



Die Kosten einer einzelnen Regulierungspflicht ergeben sich dann als Produkt aus dem Zeitaufwand für die Erfüllung einer Informationspflicht, dem Stundensatz des Bearbeiters und der jährlichen Fallzahl.

Die Verbindung dieser Elemente ergibt die Formel für das SKM zur Berechnung der administrativen Belastungen:

Kosten für die administrative Belastung =
Preis x Zeit x Quantität (Zahl der betroffenen Regulierungsadressaten x Frequenz)

Das SKM ist zwar zunächst für klassische Unternehmen und auch Bürger konzipiert, kann aber selbstverständlich auch auf freiberuflich tätige Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten angewandt werden, die mit klassischen Gewerbetreibenden das Merkmal der Selbständigkeit, also eine freie und unabhängige Tätigkeit auf eigenes wirtschaftliches Risiko, gemeinsam haben. Insofern ist es sachgerecht, Vertragsärzte und -psychotherapeuten mit Blick auf das SKM als „Unternehmer“ zu betrachten und die ihnen gesetzlich oder untergesetzlich auferlegten Informationspflichten mit dieser Methode zu messen.

6) Vgl. zur Vorgehensweise der Destatis-Nullmessung zur Berechnung des Aufwands von Informationspflichten: Statistisches Bundesamt /Nationaler Normenkontrollrat, Mehr Zeit für Behandlung, Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Arzt- und Zahnarztpraxen, Abschlussbericht August 2015, S. 26 m.w.N.

$$AL = N \sum_{i=1-n} KR_i$$

AL: administrative Belastung
N: Zahl der betroffenen Regulierungsadressaten
KR: Kosten der einzelnen Regulierungspflicht
i: Regulierungspflichten i = 1 bis n

4.2

Hinweise zu Informationspflichten als Ausgangspunkt der Messung und zu Kosten

Diese Studie strebt vor allem eine Anschlussfähigkeit und Weiterentwicklung der Destatis-Messung von 2013 an; daher werden auch hier das jeweils aktuelle Handbuch des Statistischen Bundesamtes sowie der KBV und die methodischen Grundlagen der Destatis-Messung⁷⁾ zugrunde gelegt, auf die hier grundsätzlich Bezug genommen wird.

Zur Klarstellung sollen nur kurz wenige methodische Einzelaspekte beleuchtet werden:

Definition Informationspflichten

Das Konzept der Informationspflicht⁸⁾ beruht auf der Annahme, dass die den Normadressaten, hier den Ärzten und Psychotherapeuten, aufgrund von Rechtsvorschriften auferlegten Verwaltungstätigkeiten zu einem Informationstransfer der Ergebnisse an die staatliche Verwaltung beziehungsweise andere Akteure führen. Es handelt sich bei Informationspflichten um einen klar abgegrenzten Bereich der Bürokratie, um unmittelbare und mittelbare Informationstransfers, zu denen die Normadressaten durch den Staat verpflichtet werden.

Bei Vertragsärzten und -psychotherapeuten handelt es sich vor allem um Berichts- und Dokumentations- oder um Antragspflichten wie Genehmigungsanträge, Bescheinigungen und Verordnungen. Diese Pflichten ergeben sich aus formellen Gesetzen oder aus Regelungen der gemeinsamen Selbstverwaltung. Dabei richtet sich der

Fokus auf die Zeit- und Kostenaufwände, die bei der Erfüllung der Leistungspflicht im Normalfall entstehen. Damit geht es um eine pragmatische Abschätzung von typischen Kosten, nicht aber weitergehend um eine materielle, inhaltliche Folgenabschätzung, zum Beispiel zum Nutzen medizinischer Behandlungen und Verfahren.

Sowieso-Kosten

Zu berücksichtigen sind bei der Ermittlung der bei den Vertragsärzten und -psychotherapeuten anfallenden Bürokratielasten auch die Kosten, die bei dem Betrieb einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxis immer typischerweise anfallen, also die sogenannten Sowieso-Kosten. Diese Aktivitäten würden von den Normadressaten auch durchgeführt werden, wenn keine rechtliche Informationspflicht bestünde. Sie sind daher nicht den durch eine Gesetzgebung oder Selbstverwaltung verursachten Bürokratiekosten zuzurechnen und werden daher nicht als durch die Selbstverwaltung auferlegter Aufwand aus Informationspflichten betrachtet⁹⁾. Zudem stellen sie keine von den zuständigen Normgebern, hier der ärztlichen Selbstverwaltung, beeinflussbare Größe dar¹⁰⁾.

In dieser Studie wird dementsprechend nur die Netto-Kostenberechnung ohne Sowieso-Kosten betrachtet, wobei der Fokus auf die Ermittlung der bei den Normadressaten anfallenden Aufwands-tage gelegt wird.

7) Statistisches Bundesamt, Einführung des Standardkosten-Modells – Methodenhandbuch der Bundesregierung, Version 1 2006; Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bürokratie abbauen – mehr Zeit für Patienten, Handbuch zur Anwendung des Standardkosten-Modells in der vertragsärztlichen Versorgung, Juli 2011 sowie Statistisches Bundesamt / Nationaler Normenkontrollrat; Mehr Zeit für Behandlung; Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Arzt- und Zahnarztpraxen, Abschlussbericht August 2015.

8) Vgl. ausführlich: Kassenärztliche Bundesvereinigung; Bürokratie abbauen – mehr Zeit für Patienten, Handbuch zur Anwendung des Standardkosten-Modells in der vertragsärztlichen Versorgung, Juli 2011, Kapitel 3.4, S. 9ff. und Statistisches Bundesamt / Nationaler Normenkontrollrat, Mehr Zeit für Behandlung, Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Arzt- und Zahnarztpraxen, Abschlussbericht August 2015, Kapitel 4.1., S. 25ff.

9) Eingehend dazu Statistisches Bundesamt / Nationaler Normenkontrollrat; Mehr Zeit für Behandlung; Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Arzt- und Zahnarztpraxen, Abschlussbericht August 2015, Kapitel 4.2.2. und 6.5. sowie Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bürokratie abbauen – mehr Zeit für Patienten, Handbuch zur Anwendung des Standardkosten-Modells in der vertragsärztlichen Versorgung, Juli 2011, Kapitel 3.5.

10) Vgl. Statistisches Bundesamt / Nationaler Normenkontrollrat; Mehr Zeit für Behandlung; Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Arzt- und Zahnarztpraxen, Abschlussbericht August 2015, Kapitel 4.2.2.a.E.

4.3

Auswahl der Informationspflichten

Das zentrale Organisationsprinzip im System der gesetzlichen Krankenversicherung ist die gemeinsame Selbstverwaltung. Insofern richtet diese Studie im Auftrag der KBV und der KVWL auch den Fokus auf die in diesem Verantwortungsbereich 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 überprüft. Hierbei wurden alle Änderungen berücksichtigt, die bis zum 31.03.2016 beschlossen wurden und bis zum 30.09.2016 in Kraft getreten sind.

Nicht betrachtet wurden insbesondere der Bereich der Zahnärzte und die privatärztlichen Leistungen sowie nicht im Detail die durch die Bundesgesetzgebung aus der Zuständigkeit des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) begründeten Informationspflichten.

Im Sinne des Projektziels wurden mithilfe Informationspflichten, die allein durch Normen der Bundesregierung entstehen, keiner detaillierten Analyse unterzogen, denn in dieser Studie liegt der Fokus auf den durch die Selbstverwaltung selbst beeinflussbaren Regelungen.

Ebenfalls grundsätzlich nicht berücksichtigt wurden die Bürokratielasten, die durch Vorgaben auf der Landesbeziehungsweise KV-Ebene entstehen. Da Vorgaben der Bundesebene zum Teil unterschiedlich umgesetzt werden, müsste eine Prüfung und Abschätzung für 16 Länder beziehungsweise 17 KVen erfolgen, was im Zuge dieses Projekts nicht für jede KV abbildbar war.

Informationspflichten im Detail

In der Untersuchung betrachtet:

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

In der Untersuchung NICHT betrachtet:

- › Bundesgesetzliche Vorgaben (wurde in der Nullmessung noch mitbetrachtet)
- › Zahnärztliche Informationspflichten (wurde in der Nullmessung noch mitbetrachtet)
- › 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

4.4

Weiterentwicklung der Destatis-Messung (=Nullmessung)

Ausgangspunkt eines Bürokratieindex ist notwendigerweise eine Bestandsmessung oder Nullmessung, die Auskunft darüber gibt, wie hoch die Gesamtbelastung zu einem bestimmten Zeitpunkt war. Auf dieser Basis kann dann für die Folgejahre bestimmt werden, ob die Bürokratielast im Vergleich zum Zeitpunkt der Messung angestiegen ist oder reduziert werden konnte.

Mit der Messung der Bürokratiekosten, die im Rahmen des Projektes „Mehr Zeit für Behandlung“ des Nationalen Normenkontrollrats durch das Statistische Bundesamt in 2013 durchgeführt wurde, liegt eine solche Bestandsmessung für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung vor. Bezugspunkt des Bürokratieindex ist damit, wie auch für die vorliegende Bestandsmessung,

die Bürokratiebelastung, die sich aus Informationspflichten der Selbstverwaltung auf Bundesebene für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten ergibt.

Für diesen Bereich wurden daher die seit der Nullmessung erfolgten Änderungen entsprechend dem Methodenhandbuch des Statistischen Bundesamtes erfasst und abgebildet.

Um die Veränderungen gegenüber dem Zeitpunkt der Nullmessung (März 2013) abzubilden, wurden unter anderem Ex-ante-Abschätzungen der Bürokratielasten herangezogen. Im Gemeinsamen Bundesausschuss ist die Ex-ante-Abschätzung der Bürokratiekosten seit September 2012 durch § 91 Abs. 10 SGB V

verpflichtend vorgeschrieben. Für diesen Bereich konnte daher auf veröffentlichte Abschätzungen zurückgegriffen werden.¹¹⁾

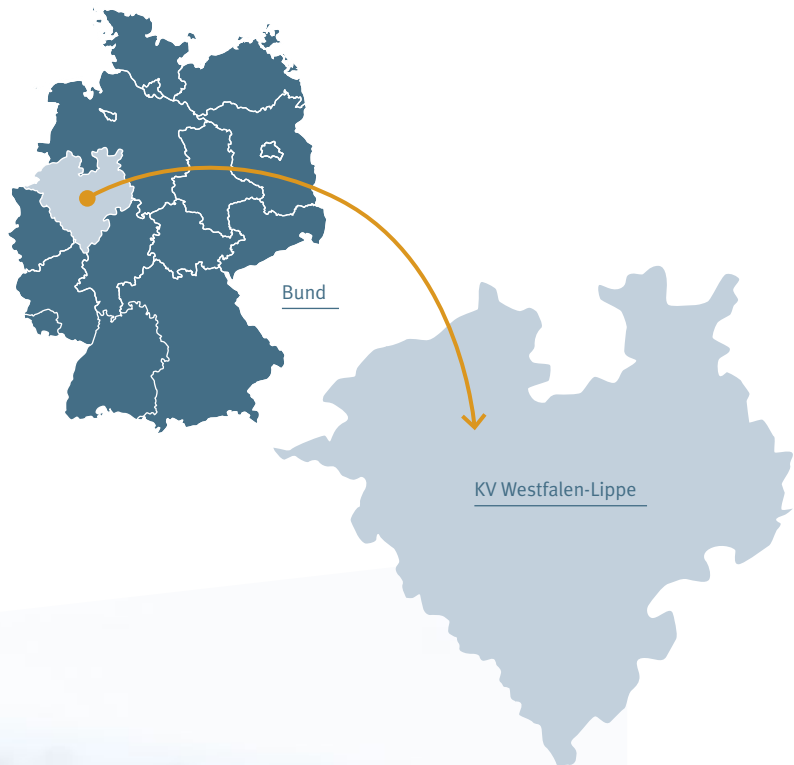
¹¹⁾ Weitere Ausführungen hierzu sind im Anhang dieses Projektsberichts, welcher auf der Website des KBV herunterladbar ist, zu finden. www.kbv.de



4.5

Erweiterung um regionale Untersuchung für die KV Westfalen-Lippe

Ferner wurde der Auftrag an die FHM dahingehend erweitert, gesonderte Bürokratieaufwände durch bundesweit geltende Regelungen auch für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) zu erstellen. Dieser bezieht sich auf den Anteil der Bürokratielasten durch Vorgaben der Bundesebene, die auf Westfalen-Lippe entfielen. Diese Daten wurden durch die KVWL in das Erfassungs- und Berichtsformat für die Bundesebene eingefügt und seitens der FHM in einer methodischen Plausibilitätsprüfung validiert.



5

Ergebnisse der Gesamtmessung im Überblick / Bund & KVWL

› Die zeitliche Belastung durch Informationspflichten im Bereich der Selbstverwaltung ist in 2016 im Vergleich zur Nullmessung aus dem Jahr 2013 bundesweit um 4,72 Prozent gesunken (2013: 54,96 Millionen Nettostunden / 2016: 52,37 Millionen Nettostunden).

› Die KV-Region Westfalen-Lippe bildet dabei 9,65 Prozent der bundesweiten Bürokratiebelastung.

› Der jährliche Bürokratieaufwand für die durch die gemeinsame Selbstverwaltung induzierten Informationspflichten beträgt im Bundesdurchschnitt sowie in der Region der KVWL für den Arzt/ Psychotherapeuten 57 Nettoarbeitstage.

› Bei Hinzurechnung der Informationspflichten aufgrund von Bundesgesetzen ergibt sich eine Gesamtbürokratiebelastung von 76.072.134 Nettostunden pro Jahr. Hinzu kommt der Aufwand, der sich aus den Vorgaben auf KV-, Landes- und Kommunal-ebene ergibt.

Das folgende Kapitel erläutert die Ergebnisse der Messung der bürokratiebedingten Aufwände für den Bereich der gemeinsamen Selbstverwaltung genauer.

Maßstab der Ergebnisse ist dabei überwiegend die Anzahl der Stunden, die zur Erfüllung der Informationspflicht aufgebracht werden. Wo es sinnstiftend ist, werden ebenfalls die Kostenaufwände der jeweiligen Informationspflichten dargestellt.

In den Kapiteln 5.1 bis 5.3 werden die Bundesergebnisse, in den Kapiteln 5.4 bis 5.6 die spezifischen Ausprägungen der Bürokratielasten für das Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) betrachtet.

5.1 Informationspflichten nach Themenbereichen / Bund

Insgesamt umfassen die aktuellen Informationspflichten der gemeinsamen Selbstverwaltung 353 Pflichten. Diese Informationspflichten lassen sich in Anlehnung an die Nullmessung des Statistischen Bundesamtes nach folgenden Themenfeldern aufteilen:

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

Wie auch schon in der Nullmessung wurden Informationspflichten, die nicht gänzlich einem Themenfeld zuzuordnen waren, dann dem Bereich zugeordnet, dem sie am meisten entsprachen.

Betrachtet man neben der Unterteilung nach Themenfeldern ebenfalls die jeweiligen Stunden- beziehungsweise Kostenaufwände zu den Informationspflichten, ist klar eine abweichende Gewichtung zu erkennen. Dies verdeutlichen die nebenstehenden Grafiken (Abb. 2).

Besonders deutlich zu sehen ist, dass die Informationspflichten, die unter das Themenfeld „Qualität in der Versorgung“ fallen, zwar im Hinblick auf die Anzahl den absolut größten Teil bilden (229 Informationspflichten); bei genauer Betrachtung der Nettostunden und -kosten wird aber deutlich, dass diese Informationspflichten insgesamt weniger aufwändig sind und somit nur rund ein Viertel der bürokratischen Aufwände ausmachen.

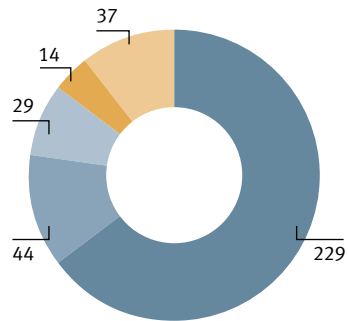
Im Gegensatz dazu fallen einige größere beziehungsweise aufwändigere Informationspflichten in den Themenbereich der „Verordnungen und Bescheinigungen“, der damit aufwandsmäßig mit 35 Prozent den größten Teil abbildet.

Abb. 2

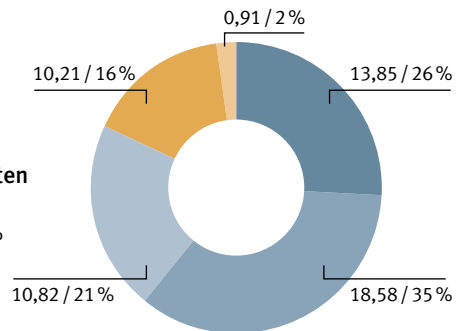
INFORMATIONSPFLICHTEN JE THEMENBEREICH 2016 / BUND

- Qualität in der Versorgung
- Verordnungen und Bescheinigungen
- Auskünfte an Kostenträger
- Überweisung und eGK
- Sonstige

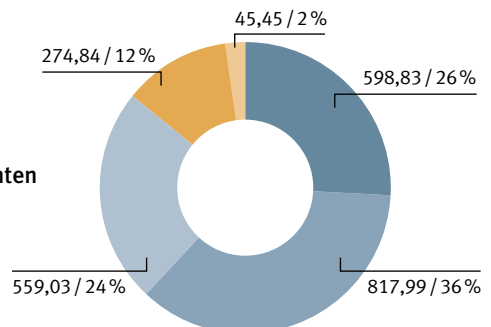
Anzahl der Informationspflichten je Themenbereich



Nettostunden Informationspflichten je Themenbereich in Mio. Stunden / %



Nettokosten Informationspflichten je Themenbereich in Mio. Euro / %



5.2

Aufwände in Stunden und Kosten / Bund

Aufgrund der Informationspflichten aus Regelungen der gemeinsamen Selbstverwaltung fallen für Vertragsärzte und -psychotherapeuten für die Messung 2016 jährlich zeitliche Bürokratielasten in Höhe von insgesamt 52,37 Millionen Stunden an. Das führt unter Berücksichtigung der jeweiligen Tarifsätze und der Zusatzkosten zu Bürokratiekosten in Höhe von rund 2,30 Milliarden Euro pro Jahr.

Gegenüber der Nullmessung mit dem Bezugsjahr 2013 wird in den aktuellen Messergebnissen von 2016 eine leichte Bürokratieentlastung sichtbar. Die beiden Balkendiagramme (Abb. 3) veranschaulichen diesen Rückgang der Aufwände von rund 4,72 Prozent bei den Nettobürokratiestunden beziehungsweise 2,77 Prozent bei den Nettobürokratiekosten. Dieser unterschiedlich starke Rückgang entspringt unter anderem der Tatsache, dass bei der Berechnung der Bürokratiekosten

neben dem reinen Zeitaufwand auch berücksichtigt wird, welcher Tarifsatz anzusetzen ist und welche Zusatzkosten, beispielsweise für Software, anfallen. In den folgenden Kapiteln werden Gründe für diese gemessenen Ergebnisse detaillierter herausgestellt.

Auf der Basis eines durchschnittlich achtstündigen Arbeitstages und der 114.019 Arzt- und Psychotherapeutenpraxen in Deutschland¹²⁾ ergibt sich für das Bundesgebiet eine Bürokratiebelastung für die durch die gemeinsame Selbstverwaltung induzierten Informationspflichten für 2016 von durchschnittlich rund 57 Tagen Zeitaufwand je Praxis. Im Jahr 2013 lag dieser Aufwand noch bei rund 60 Tagen je Praxis.

Nimmt man nun zusätzlich noch die Informationspflichten aus Bundesgesetzen in die Betrachtung hinein, um einen umfassenderen Überblick zu bekommen, kommt man auf rund 76,07 Millio-

nen Nettobürokratiestunden pro Jahr. Der Anteil des bürokratischen Aufwands auf bundesgesetzlicher Ebene liegt hier bei 23.706.888 Nettostunden. Diese Angaben sind im Zuge dieses Projekts nicht erneut einer intensiven Analyse unterzogen worden, sondern stammen aus der Datenbank WebSKM.¹³⁾ Ferner konnte hier nicht der sich aus den Vorgaben auf KV-, Landes- und Kommunalebene ergebende Aufwand betrachtet werden.

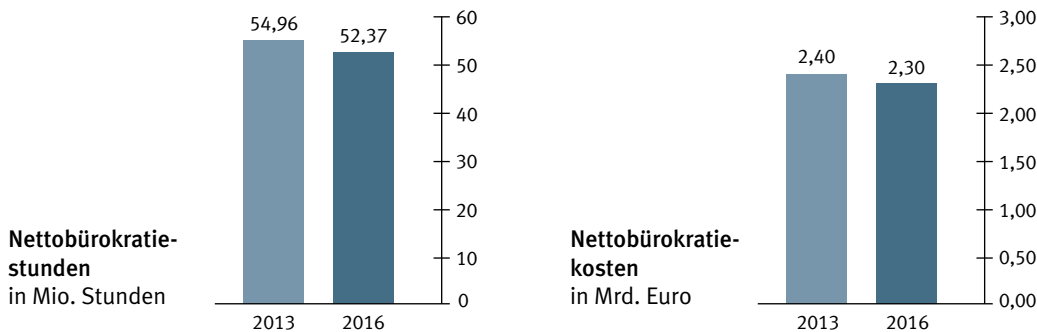
12) Bundesarztregister Stichtag 31.12.2015

13) WebSKM Datenbank aller rechtlichen Vorgaben: www.destatis.de/webskm

**Durchschnittliche
Bürokratiebelastung
2016 im Bundesgebiet:
Je Praxis rund 57 Tage.**

Abb. 3

BÜROKRATIEAUFWÄNDE / BUND



5.3 Top 25 Informationspflichten / Bund

Bei der Analyse der Informationspflichten fällt besonders auf, dass nur 7 Prozent der Pflichten circa 90 Prozent aller bürokratischen Belastungen für Ärzte und Psychotherapeuten ausmachen.

Oder anders dargestellt: Die Top 25 der 353 Informationspflichten bilden bereits 47,34 Millionen Stunden des Gesamtaufwands von 52,37 Millionen Stunden pro Jahr ab, wie die Kurve der kumulierten Aufwände in Abbildung 4 zeigt.

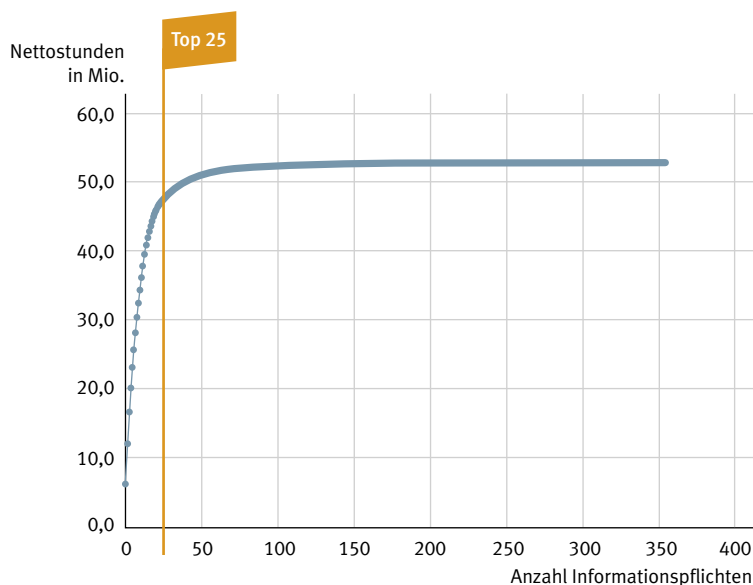
Diese Darstellung bildet aber lediglich Vertragsärzte und -psychotherapeuten in ihrer Gesamtheit ab. Für einzelne Facharztgruppen fallen bestimmte Informationspflichten selbstverständlich stärker ins Gewicht als für andere.



Nur 7 Prozent der Pflichten machen circa 90 Prozent aller bürokratischen Belastung aus.

Abb. 4

KUMULIERTER AUFWAND AUS INFORMATIONSPFLICHTEN / BUND in Mio. Stunden



Die 25 aufwändigsten Informationspflichten / Bund

RANG	BEZEICHNUNG DER INFORMATIONSPLICHT	FALLZAHL Bund aktuell	GESAMTSTUNDEN Bund Netto aktuell
1	Ausstellen von Überweisungen	204.281.999	6.128.459,97
2	Auskünfte an Krankenkassen und MDK auf vereinbarten Vordrucken	26.694.688	5.783.849,07
3	Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit auf Muster 1 und Prüfung genauer Umstände und Ausnahmetatbestände	75.027.161	4.614.170,40
4	Verordnung Krankenbeförderung	46.206.492	3.480.889,06
5	Foto-/Video-/Bilddokumentation	13.256.121	3.043.384,45
6	Aufklärung des Patienten, dass Kosten für eine nicht verordnungsfähige veranlasste Leistung selbst zu tragen sind (Erstaufklärung)	26.249.440	2.515.571,33
7	Dokumentation Qualitätsmanagement	114.019	2.478.202,97
8	Auskünfte an Krankenkassen und MDK (formfrei)	12.616.400	2.313.006,67
9	Heilmittelverordnung im Regelfall	29.708.568	2.005.328,34
10	Erhebung Daten im Ersatzverfahren	12.504.790	1.875.718,50
11	Durchgangsarztbericht	2.916.176	1.822.610,00
12	Dokumentation DMP DM Typ 2	12.128.532	1.667.673,15
13	Aufklärung des Patienten bei Überschreitung der Festbetragsgrenze	39.207.114	1.633.629,75
14	Dokumentation zytologische Untersuchung	14.780.150	1.405.345,93
15	Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalls	7.427.142	1.002.664,17
16	Aufklärung des Patienten, dass Kosten für eine nicht verordnungsfähige veranlasste Leistung selbst zu tragen sind (Folgeaufklärung)	104.997.760	874.981,33
17	Begründungspflicht Gebührenordnungspositionen	13.294.129	828.667,37
18	Dokumentation DMP KHK	5.365.815	693.084,44
19	Antrag Langzeittherapie	186.684	688.863,96
20	Ausfüllen und Archivieren Muster 30	11.107.759	518.362,09
21	Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung	9.107.312	500.902,16
22	Bescheinigung dauerbehandelte Krankheit	6.349.491	476.211,83
23	Antrag auf Fortsetzung der Behandlung	103.325	381.269,25
24	Dokumentation DMP Asthma	2.652.327	320.489,51
25	Verordnung Hilfsmittel	4.700.000	282.000,00

RECHTSGRUNDLAGE

Bundesmantelvertrag

Bundesmantelvertrag

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

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

Einheitlicher Bewertungsmaßstab

Bundesmantelvertrag

Qualitätsmanagement-Richtlinie

Bundesmantelvertrag

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

Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte

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

DMP-Anforderungen-Richtlinie

Bundesmantelvertrag

Richtlinie des G-BA über die Früherkennung von Krebserkrankungen

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

Bundesmantelvertrag

Einheitlicher Bewertungsmaßstab

DMP-Anforderungen-Richtlinie

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung

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

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

Chroniker-Richtlinie des G-BA zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung

DMP-RL

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

Zu ausgewählten Pflichten im Einzelnen

Die Informationspflicht aus dem Bundesmantelvertrag zum Ausstellen von Überweisungen beispielsweise ist, wenn man den Zeitaufwand für den einzelnen Fall betrachtet, keine besonders aufwändige Pflicht (Nettozeitaufwand pro Fall 1,8 Minuten), steht aber durch Multiplikation mit der außerordentlich hohen jährlichen Fallzahl (204.281.999 Fälle pro Jahr) auf Platz 1 der Top 25 Informationspflichten.

Bei den meisten der Top 25 Informationspflichten bewirkt die Variable der Fallzahl mit hoher Ausprägung und weniger der zeitliche Bürokratieaufwand des einzelnen Falls, dass die Informationspflicht zu einer der aufwändigsten Informationspflichten zählt. Gleichzeitig bedeutet dies, dass bei Informationspflichten mit hoher Fallzahl bereits eine Reduzierung des zeitlichen Aufwands um wenige Minuten eine erhebliche Entlastung bewirken kann.

Auf der anderen Seite befinden sich unter den Top 25 Informationspflichten auch solche, die zwar eine relativ geringe jährliche Fallzahl haben, aber durch den vergleichsweise hohen Zeitaufwand pro Fall trotzdem eine hohe Gesamtbelastung bedeuten. Hierzu zählt beispielsweise der Antrag auf eine Langzeittherapie, der vor Durchführung einer entsprechenden psychotherapeutischen Behandlung gestellt werden muss. Die jährliche Fallzahl ist mit etwa 186.000 Anträgen pro Jahr deutlich geringer als die vieler anderer Informationspflichten aus der Liste der Top 25; aufgrund des hohen zeitlichen Aufwands pro Fall (221 Minuten), insbesondere für den Psychotherapeuten, liegt diese Informationspflicht aktuell aber trotzdem an 19. Stelle.

› Ergebnisse der Messung für die KV Westfalen-Lippe finden Sie auf den folgenden Seiten.

› Sämtliche Bundesfallzahlen der Informationspflichten wurden, um einen Überblick der Situation im Einzugsgebiet der KV Westfalen-Lippe zu erhalten, entsprechend angepasst. In den meisten Fällen lagen konkrete statistische Werte zu Fallzahlen für Westfalen-Lippe vor, zum Teil musste die bundesdeutsche Zahl auf das Gebiet heruntergebrochen werden (KVWL bildet rund 10 Prozent der Bundesfallzahl ab).

› Was im Zuge dieses Projektes nicht bemessen wurde, ist zusätzlich eine Betrachtung von Informationspflichten einzelner KVen oder Landesärztekammern und landespezifischer Regelungen.

5.4 Informationspflichten nach Themenbereichen / KVWL

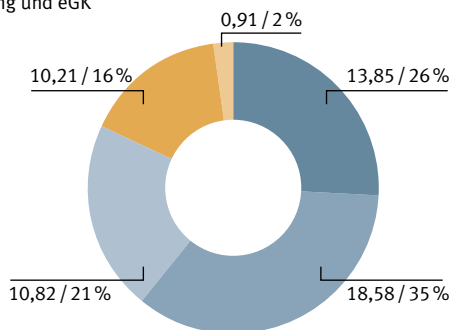
Da auch für das Gebiet der KV Westfalen-Lippe dieselben Informationspflichten betrachtet werden, können die Ergebnisse dieser Bürokratiemessung gut mit den bundesdeutschen Ergebnissen verglichen werden.

Wie in der Grafik (Abb. 5) zu sehen, weicht die Verteilung der einzelnen Informationspflichten je Themenbereich in Westfalen-Lippe kaum von denen des Bundes ab. Die prozentuale Verteilung der Nettozeitaufwände je Themenbereich ist mit denen im Bund nahezu deckungsgleich.

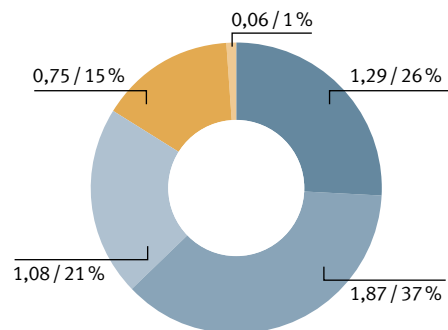
Abb. 5

INFORMATIONSPFLICHTEN JE THEMENBEREICH 2016 / VERGLEICH BUND UND KV WESTFALEN-LIPPE

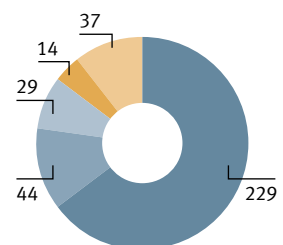
- Qualität in der Versorgung
- Verordnungen und Bescheinigungen
- Auskünfte an Kostenträger
- Überweisung und eGK
- Sonstige



Bund: Nettostunden Informationspflichten je Themenbereich in Mio. Stunden / %



KVWL: Nettostunden Informationspflichten je Themenbereich in Mio. Stunden / %



Anzahl der Informationspflichten je Themenbereich

5.5

Aufwände in Stunden und Kosten / KVWL

Für das Gebiet der KV Westfalen-Lippe fallen aufgrund der Regulierungen aus Informationspflichten der gemeinsamen Selbstverwaltung für Vertragsärzte und -psychotherapeuten für die Messung 2016 jährlich zeitliche Bürokratielasten in Höhe von 5,05 Millionen Stunden an. Das ergibt unter Berücksichtigung der jeweiligen Tarifsätze und der Zusatzkosten Bürokratiekosten in Höhe von rund 215,75 Millionen Euro pro Jahr. Das Balkendiagramm (Abb. 6) veranschaulicht den Vergleich zu den Bundesergebnissen noch einmal deutlich. Auch hier bestätigt sich, dass Westfalen-Lippe rund 10 Prozent der Bundeszahlen abbildet. Konkret bedeutet dies: Im Gebiet der KV Westfalen-Lippe müssen die Ärzte und Psychotherapeuten beziehungsweise das Praxispersonal 5.051.920 Stunden aufbringen, um die betrachteten Informationspflichten zu erfüllen.

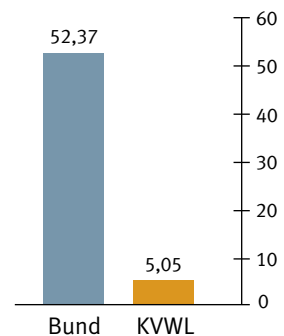
Das entspricht im Vergleich zu den Bundeszeitaufwänden 9,65 Prozent der Bürokratiebelastung bundesweit.

Analysiert man wie auch im Bund in Westfalen-Lippe die Erfüllungstage je Arzt- und Psychotherapeutenpraxis (KVWL: 11.046 Arzt- und Psychotherapeutenpraxen¹⁴⁾) für die betrachteten Informationspflichten, ergibt sich für die Region eine Bürokratiebelastung für die durch die gemeinsame Selbstverwaltung induzierten Informationspflichten für 2016 von durchschnittlich rund 57 Tagen an Bürokratieaufwand je Praxis. Westfalen-Lippe liegt hier also im Bundesdurchschnitt. Regionale Vergleichszahlen für Westfalen-Lippe wurden in der Nullmessung von Destatis für das Bezugsjahr 2013 noch nicht erhoben.

¹⁴⁾ Arztregister KVWL, Stichtag 31.12.2015

Abb. 6

BÜROKRATIEAUFWÄNDE 2016 / VERGLEICH BUND UND KV WESTFALEN-LIPPE



Nettobürokratiestunden in Mio. Stunden

5.6

Top 25 Informationspflichten / KVWL

Die Top 25 Informationspflichten in Westfalen-Lippe unterschieden sich nur marginal von denen des Bundesgebiets. In den meisten Fällen bildet die KV-Region rund 10 Prozent des Bundes ab. Dies ist als Hauptkennis festzuhalten.

Zu ausgewählten Pflichten im Einzelnen

Teilweise ergeben sich allerdings im Detail Unterschiede, die auf regionale Besonderheiten zurückzuführen sind

und nicht die prominenten Informationspflichten aus den Top 25 betreffen. Als regionalspezifische Besonderheiten für Westfalen-Lippe mit abweichendem bürokratischen Umfang seien beispielhaft genannt¹⁵⁾:

Herauszustellen sind zunächst Informationspflichten, die im Zusammenhang mit Praxisnetzen stehen. Explizit geht es hier um den „Antrag Anerkennung Praxisnetze“ und den „Versorgungsbericht Praxisnetze“. Insgesamt sind in 10 KV-Regionen Praxisnetze anerkannt.

In Westfalen-Lippe sind 16 der bundesweit 51 anerkannten Praxisnetze beheimatet. Dies sind deutlich mehr als in anderen KV-Regionen, wodurch die Bürokratiekosten dementsprechend höher als im Bundesdurchschnitt liegen. Mit dem hohen zeitlichen Aufwand von 5.262 Minuten pro „Antrag Anerkennung Praxisnetze“ ist diese eine der aufwendigsten Informationspflichten. Durch die geringe Fallzahl von 13 kommt der Antrag aber nicht in den Top 25 WL der KV Westfalen-Lippe vor.

Außerdem liegt die Informationspflicht „Bestätigung psychosoziale Betreuung“ in Westfalen-Lippe mit 25 Prozent deutlich über dem Durchschnittswert von 10 Prozent. Grund dafür ist die Bevölkerungsstruktur. Besonders in den Ballungsgebieten Westfalen-Lippes gibt es mehr Suchtpatienten als im Vergleich zum Bundesdurchschnitt. Durch die erhöhte Fallzahl von 12.626 Fällen pro Jahr für diese Informationspflicht ergibt sich diese Abweichung nach oben.

Hinsichtlich des „Genehmigungsantrages Stoßwellenlithotripsie“ gab es 2014 die Besonderheit, dass alle Genehmigungen neu beantragt werden mussten. Grund war eine Änderung des OP-Kataloges, die vorsah, dass alle Ärzte für diese Genehmigung auch eine Genehmigung für ambulantes Operieren nachweisen mussten. Somit mussten alleine in Westfalen-Lippe 89 Vertragsärzte einen neuen Genehmigungsantrag stellen.

15) Datenblätter können auf Anfrage bei der KVWL eingesehen werden.

RANG	BEZEICHNUNG DER INFORMATIONSPLICHT
1	Auskünfte an Krankenkassen und MDK auf vereinbarten Vordrucken
2	Ausstellen von Überweisungen
3	Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit auf Muster 1 und Prüfung genauer Umstände und Ausnahmetatbestände
4	Verordnung Krankenförderung
5	Foto-/Video-/Bilddokumentation
6	Aufklärung des Patienten, dass Kosten für eine nicht verordnungsfähige veranlasste Leistung selbst zu tragen sind (Erstaufklärung)
7	Dokumentation Qualitätsmanagement
8	Auskünfte an Krankenkassen und MDK (formfrei)
9	Heilmittelverordnung im Regelfall
10	Durchgangsarztbericht
11	Aufklärung des Patienten bei Überschreitung der Festbetragsgrenze
12	Erhebung Daten im Ersatzverfahren
13	Dokumentation zytologische Untersuchung
14	Dokumentation DMP DM Typ 2
15	Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalls
16	Aufklärung des Patienten, dass Kosten für eine nicht verordnungsfähige veranlasste Leistung selbst zu tragen sind (Folgeaufklärung)
17	Antrag Langzeittherapie
18	Ausfüllen und Archivieren Muster 30
19	Begründungspflicht Gebührenordnungspositionen
20	Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung
21	Bescheinigung dauerbehandelte Krankheit
22	Dokumentation DMP KHK
23	Antrag auf Fortsetzung der Behandlung
24	Verordnung Hilfsmittel
25	Antrag Kurzzeittherapie (ohne Gutachterverfahren)

FALLZAHL KVWL aktuell	GESAMTSTUNDEN KVWL Netto aktuell	RECHTSGRUNDLAGE
2.669.469	578.384,95	Bundesmantelvertrag
19.120.287	573.608,61	Bundesmantelvertrag
7.660.273	471.106,79	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
4.620.649	348.088,89	Richtlinien des G-BA über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V
1.283.634	294.700,97	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
2.624.944	251.557,13	Bundesmantelvertrag
11.046	240.084,81	Qualitätsmanagement-Richtlinie
1.261.640	231.300,67	Bundesmantelvertrag
2.970.857	200.532,85	Richtlinie des G-BA über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung
291.618	182.261,25	Vertrag über die Durchführung der Heilbehandlung, die Vergütung der Ärzte sowie die Art und Weise der Abrechnung der ärztlichen Leistungen
3.920.711	163.362,96	Bundesmantelvertrag
1.058.737	158.810,55	Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte
1.442.238	137.132,80	Richtlinie des G-BA über die Früherkennung von Krebserkrankungen
936.332	128.745,65	DMP-Anforderungen-Richtlinie
742.714	100.266,39	Richtlinie des G-BA über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung
10.499.776	87.498,13	Bundesmantelvertrag
16.811	62.032,59	Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung
1.217.505	56.816,90	Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten
843.196	52.559,22	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
910.731	50.090,21	Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Krankenhausbehandlung
634.949	47.621,18	Chroniker-Richtlinie des G-BA zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte
360.446	46.557,61	DMP-Anforderungen-Richtlinie
7.784	28.722,96	Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung
470.000	28.200,00	Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung
51.926	27.585,69	Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung

6

Bürokratieindex

› Der Bürokratieindex für Vertragsärzte und -psychotherapeuten dient der effektiven Kontrolle der Bürokratiebelastung der Normadressaten und leistet einen wesentlichen Beitrag für eine bessere Rechtsetzung der ärztlichen Selbstverwaltung – analog dem bewährten Bürokratiekostenindex der Bundesregierung für die Kontrolle des bürokratischen Aufwands für die Wirtschaft.

› Der Bürokratieindex im Bereich der ärztlichen Selbstverwaltung ist von der Basis 100 im Jahre 2013 nunmehr auf 95,28 Punkte im Jahre 2016 gesunken.

6.1 Der Bürokratiekostenindex als Methode der besseren Rechtsetzung

Ein Bürokratiekostenindex soll die Entwicklung von durch den Gesetz- oder Normgeber auferlegten Informationspflichten für die Wirtschaft zunächst erfassen und damit die Voraussetzung für eine Bürokratiekostenkontrolle und einen nachhaltigen Abbau der Bürokratiebelastung der Wirtschaft bilden.

Entsprechend hat die Bundesregierung im Rahmen ihres Programms „Bürokratieabbau und bessere Rechtsetzung“ bereits 2012 einen Bürokratiekostenindex (BKI) zur Ermittlung und Kontrolle der Bürokratiekosten der

Wirtschaft entwickelt und eingeführt, welcher die Entwicklung der Kosten für Unternehmen aus gesetzlichen Informationspflichten monatlich erfasst und vierteljährlich dokumentiert.

Dieser BKI leistet als Informations- und Entscheidungsgrundlage einen wesentlichen Beitrag zur besseren Rechtsetzung und zur Selbstkontrolle des Gesetzgebers im Hinblick auf seine Bemühungen um eine dauerhafte Senkung der Bürokratiebelastungen für die Wirtschaft.

Im aktuellen Bericht der Bundesregierung zur „Besseren Rechtsetzung 2015“ konnte für das Berichtsjahr 2015 übrigens erstmals ein Absinken der untersuchten Bürokratiebelastung für die Wirtschaft im Vergleich zur Ausgangsbasis von 2012 festgestellt werden.¹⁶⁾

16) Bessere Rechtsetzung 2015: Mehr Entlastung. Mehr Transparenz. Mehr Zeit für das Wesentliche. Bericht der Bundesregierung vom April 2016; siehe Kapitel H 3.3., S. 60f.: Rückgang der Bürokratiekosten auf 99,1 Punkte zur Basis 100 im Januar 2012; Rückgang der Bürokratiekosten im Saldo um rund 958 Millionen Euro.

6.2 Der Bürokratieindex für Vertragsärzte und -psychotherapeuten

Die KBV und die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe haben sich ebenfalls im Sinne einer besseren Rechtsetzung das Ziel gesetzt, die Entwicklungen beim Abbau der Bürokratie für Vertragsärzte und -psychotherapeuten dauerhaft zu kontrollieren und zu sichern. Beschlüsse zu Informationspflichten der gemeinsamen Selbstverwaltung beeinflussen dabei die Höhe des Bürokratieindex.

Zur besseren Darstellung und Vergleichbarkeit der Veränderungen der Bürokratielasten für Vertragsärzte und -psychotherapeuten hat die Fachhochschule des Mittelstands in dieser Studie analog zum bewährten Bürokratiekostenindex der Bundesregierung für die Wirtschaft einen Bürokratieindex (BIX) für Vertragsärzte und -psychotherapeuten entwickelt, welcher die Entwicklung der Bürokratielast durch Informationspflichten im Aufgabenbereich der gemeinsamen Selbstverwaltung betrachtet. Dabei sollen die Belastungen durch Beschlüsse der ärztlichen Selbstverwaltung durch den Bürokratieindex transparent quantifiziert und regelmäßig prominent im Sinne einer Selbstkontrolle berichtet werden.

Auf der Grundlage der Destatis-Nullmessung 2013 als Basis wurden die Bürokratielasten auf den Ausgangswert 100 indexiert und in dieser Messung fortgeschrieben.

Als entscheidende Bezugsgröße wurde hierzu die Nettostundenbelastung für Vertragsärzte und -psychotherapeuten ausgewählt, welche sich im Hinblick auf die tatsächliche Belastung der Normadressaten als aussagekräftiger und leichter nachvollziehbar als eine monetäre Betrachtung erweist.

Analog zur jährlichen Berichterstattung der Bürokratielast für die Wirtschaft soll auch für den Bereich der Selbstverwaltung der Vertragsärzte und -psychotherapeuten eine jährliche Aktualisierung und Veröffentlichung der Bürokratielast angestrebt werden. Hierdurch lassen sich auch Trends in der Bürokratieentwicklung für die Normadressaten ermitteln und die Wirksamkeit der Selbstkontrolle untersuchen.

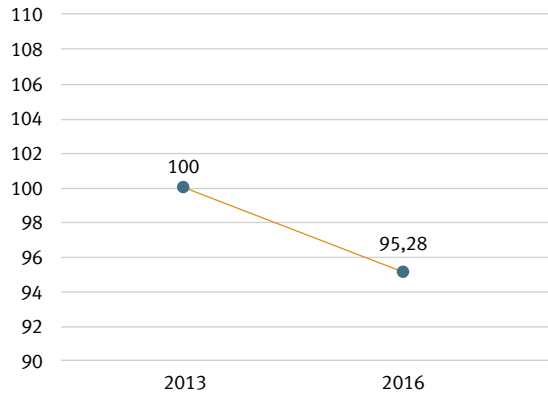


6.3 Ergebnis

Abb. 7

Der Bürokratieindex (BIX) für die bürokratische Belastung von Vertragsärzten und -psychotherapeuten durch die gemeinsame Selbstverwaltung ist von der Basis 100 im Jahr 2013 um 4,72 Punkte auf 95,28 Punkte im Jahre 2016 gesunken.

**BÜROKRATIEINDEX 2013/2016
IN PUNKTEN**



Zum Ergebnis im Überblick

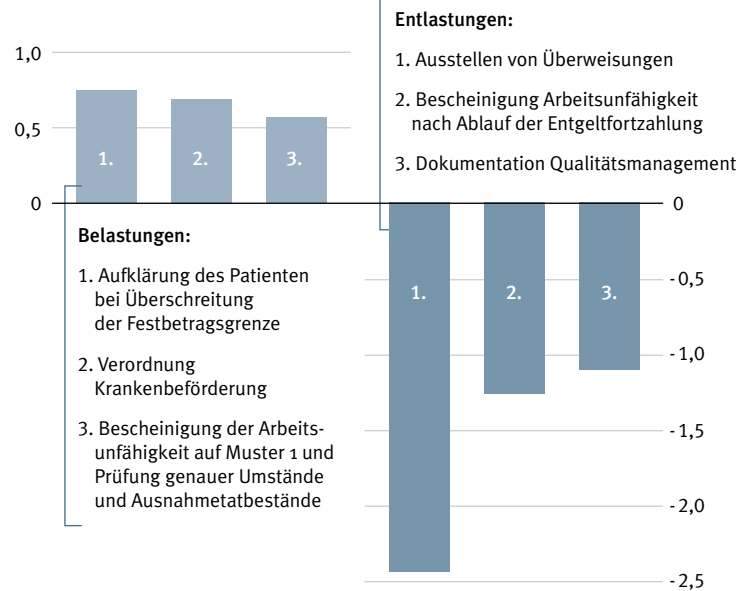
Insgesamt ist es zwar im Vergleich zur Nullmessung bei 180 Informationspflichten zu höheren Bürokratiebelastungen aufgrund von Erhöhungen in Fallzahlen und/oder Zeitwerten oder aber durch das Inkrafttreten neuer Informationspflichten gekommen; diese fallen mit 5,58 Millionen Nettostunden aber deutlich weniger ins Gewicht als die 8,21 Millionen Nettostunden Entlastung durch sinkende Fallzahlen und/oder Zeitwerte beziehungsweise durch den Wegfall von einzelnen Informationspflichten.

Insgesamt ergibt sich damit eine Entlastung bei den durch die ärztliche Selbstverwaltung veranlassten Informationspflichten im Saldo von rund 2,59 Millionen Nettostunden, was einem Absinken des Bürokratieindex auf 95,28 Punkte im Jahre 2016 entspricht.

Die folgenden bürokratischen Be- und Entlastungen mit Abweichungen über 500.000 Stunden haben sich dabei entscheidend auf die Entwicklung des Indexes ausgewirkt:

Abb. 8

**TOP BE- UND ENTLASTUNGEN
in Mio. Stunden**



Hinweise zu wesentlichen Einzelergebnissen

Bei der Informationspflicht für Vertragsärzte zur Aufklärung des Patienten bei Überschreitung der Festbetragsgrenze ist es zu einem Bürokratieaufwuchs um 746.435 Stunden pro Jahr in Deutschland gekommen. Grund für diesen Anstieg ist, dass es in 2014 (aktuellste Bezugszahl für die Fallzahl) außergewöhnlich viele Festbetragsänderungen gab.¹⁷⁾ Voraussichtlich werden die Zahlen für 2015 (relevante Fallzahl für die Messung im kommenden Jahr) wieder niedriger ausfallen.

Im Besonderen zu erwähnen ist die gestiegene bürokratische Belastung durch die Verordnung von Krankenbeförderung. Die Zahl der Verordnungen von Krankenfahrten, Krankentransporten und Rettungsfahrten hat im Vergleich zur Nullmessung um 24,84 Prozent zugenommen. Zu begründen ist diese gestiegene Belastung wahrscheinlich mit dem demografischen Wandel. Ähnliche Effekte sind auch bei Informationspflichten wie der Heilmittelverordnung zu erkennen.

Auch der Anstieg der Bürokratielasten bei der Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit auf Muster 1 ist in erster Linie auf die steigende Fallzahl und entsprechende gesellschaftliche Trends zurückzuführen. Laut einer Erhebung der DAK-Gesundheit haben die Krankschreibungen in Deutschland im ersten Halbjahr 2016 den höchsten Wert seit 16 Jahren erreicht. Hintergrund des Trends ist vor allem vermehrte Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen wie Rückenschmerzen und psychischen Leiden.¹⁸⁾ Dies hat in den letzten Jahren entsprechende Auswirkungen auf die Fallzahlen der Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit auf Muster 1 gehabt. Von der Nullmessung im Jahr 2013 bis zur aktuellen Messung ist die Fallzahl hier um 14,15 Prozent gestiegen.

Die Dokumentation Qualitätsmanagement ist eine Informationspflicht aus der neuen Qualitätsmanagement-Richtlinie des G-BA. Diese ersetzt die entsprechenden Informationspflichten der alten Qualitätsmanagement-Richtlinie. Ursprünglich 3,54 Millionen Stunden für die Dokumentation des Qualitätsmanagement stehen nun nur noch rund 2,48 Millionen Stunden gegenüber. Es kommt also durch die Verrechnung der alten und neuen Informationspflicht zu einer Entlastung von 1,06 Millionen. Insgesamt konnte im Saldo durch die Überarbeitung der Qualitätsmanagement-Richtlinie im Sinne der Empfehlungen der NKR-Studie – es ist nunmehr das Qualitätsmanagement pro Praxis und nicht mehr pro Arzt zu leisten – eine bürokratische Entlastung für die Normbetroffenen erreicht werden (Aufwand der alten Qualitätsmanagement-Richtlinie: 4,04 Millionen Stunden / Aufwand der neuen Qualitätsmanagement-Richtlinie: 2,52 Millionen Stunden). Beachtet werden muss dabei, dass das Qualitätsmanagement bereits vorher in vielen Fällen gemeinsam pro Praxis durchgeführt wurde. Da bei der Messung der Bürokratiebelastung mit dem Standardkosten-Modell aber die Annahme der vollständigen Normerfüllung zugrunde liegt, wurde bisher die Anzahl der Vertragsärzte und -psychotherapeuten als Fallzahl verwendet.

Neben dem eben schon erwähnten Effekt der Reduzierung der Bürokratielasten für Vertragsärzte durch die Überarbeitung der Qualitätsmanagement-Richtlinie ist eine merkliche Entlastung im Umfang von 2,47 Millionen Arbeitsstunden beim Ausstellen von Überweisungen erzielt worden. Auch hier liegt die Ursache wieder bei Entwicklungen der Fallzahlen. Der Rückgang der Fallzahlen um 28,73 Prozent dürfte eine Nachwirkung der Abschaffung der Praxisgebühr sein. Hier wird deutlich, dass auch die Änderung von Vorgaben in

der Bundesgesetzgebung Einfluss auf die Informationspflichten auf Ebene der Selbstverwaltung haben kann.

Eine weitere nennenswerte bürokratische Entlastung für die Vertragsärzte bildet der Wegfall der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der Entgeltfortzahlung (Muster 17). Das Ausfüllen des Musters 17 war für die Normadressaten ein verhältnismäßig hoher Aufwand, da es auf dem Muster je nach Krankenkassenzugehörigkeit des Patienten Unterschiede gab. Entsprechend konnte dieses Muster nicht IT-gestützt ausgefüllt werden. Seit dem 01.01.2016 wird auch während der Krankengeldzahlung das angepasste Muster 1 ausgestellt. Das Muster 17 konnte damit entfallen; diese Vereinfachung führte zu einer Entlastung der Vertragsärzte von insgesamt 1,25 Millionen Stunden.

¹⁷⁾ Analyse des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung aus den Arzneimittelverordnungsdaten nach § 300 SGB V

¹⁸⁾ DAK-Gesundheitsreport 2016; s. Kapitel 2 Arbeitsunfähigkeiten im Überblick S. 3ff. und Kapitel 3 Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten. S. 14ff.

7

Kernaussagen

› In einigen Bereichen ist es gelungen, durch die Umsetzungen der Handlungsempfehlungen aus dem Projektbericht der Nullmessung die Bürokratiebelastung zu reduzieren. Dies spiegelt sich in der gesunkenen Gesamtbelastung wider. Es zeigt sich, dass es bei einer Kooperation der beteiligten Akteure möglich ist, die Bürokratiebelastung zu reduzieren, ohne die Qualität der Versorgung zu gefährden.

› Grund für den Anstieg der Bürokratiebelastung in einigen Bereichen ist vor allem die Tatsache, dass in vielen Bereichen die jährlichen Fallzahlen gestiegen sind. Hierzu zählt vor allem der Bereich der veranlassenden Leistungen und der Bereich Arbeitsunfähigkeit.

➤ Der Anstieg der Fallzahlen in vielen Bereichen führt dazu, dass Ärzte mehr Zeit mit den in diesem Zusammenhang bestehenden bürokratischen Pflichten verbringen.

➤ In einer alternden Gesellschaft, in der der Versorgungsbedarf steigt, steigt neben dem Aufwand für die medizinische Versorgung der Patienten – als Beispiele seien nur der Anstieg von Krankentransporten oder der Verordnungen von Heilmitteln genannt – auch der Aufwand für die anfallenden bürokratischen Pflichten.

➤ Um den Vertragsärzten und -psychotherapeuten trotz dieser gesellschaftlichen Entwicklung auch zukünftig ausreichend Zeit für die Versorgung der Patienten zu ermöglichen, müssen dringend Maßnahmen ergriffen werden, um die am häufigsten anfallenden Prozesse zu verschlanken.



8

Schlussfolgerungen der Auftraggeber

KBV

KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

KVWL

Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe

Im Sommer 2015 haben der Nationale Normenkontrollrat (NKR) der Bundesregierung und das Statistische Bundesamt die Ergebnisse der Bestandsmessung der Bürokratiekosten für Vertragsärzte und -psychotherapeuten vorgelegt. Diese umfasste die Bürokratiebelastung, die sich aus den Vorgaben der Gesetzgebung im Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministeriums sowie aus den Vorgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene ergibt. Damals zeigte sich, dass allein durch die Vorgaben der Selbstverwaltung Bürokratiekosten in Höhe von jährlich 2,36 Milliarden Euro entstehen.¹⁹⁾ Das entspricht rund 55 Millionen Arbeitsstunden, die nicht für die Behandlung der Patienten zur Verfügung stehen. Aufgrund dieser hohen Belastung haben KBV und KVWL beschlossen, die weitere Entwicklung der Bürokratiebelastung zu verfolgen. Durch einen Bürokratieindex soll aufgezeigt werden, ob der damals gemeinsam mit allen Projektpartnern gefasste Beschluss, durch die Umsetzung konkreter Maßnahmen zu einer Entlastung beizutragen, tatsächlich in die Praxis umgesetzt wurde.

Die nun vorliegenden Ergebnisse der Fachhochschule des Mittelstands zeigen, dass die Umsetzung von Maßnahmen zum Bürokratieabbau gelingen kann, wenn der politische Wille vorhanden ist. Im Ergebnis konnten die Arbeitsstunden, die für Bürokratie

aufgewendet werden müssen, im Bereich der Selbstverwaltung um fast 5 Prozent reduziert werden. Das reicht nicht aus, um das Problem der Überlastung der Praxen mit Bürokratie zu lösen, ist aber zumindest ein Anfang. Ausschlaggebend für diesen Rückgang sind vor allem die Abschaffung der sogenannten Auszahlungsscheine für das Krankengeld sowie die Auswirkungen der Abschaffung der Praxisgebühr.

Auf der anderen Seite machen die Ergebnisse ebenfalls deutlich, dass in vielen Bereichen die Bürokratiebelastung angestiegen ist. Dies ist vor allem auf einen Anstieg der jährlichen Fallzahlen in diesen Bereichen zurückzuführen. So zeigt sich, dass seit 2013, dem Referenzjahr der Bestandsmessung, die Zahl der Fälle von Arbeitsunfähigkeit sowie die Zahl der Verordnungen von Heilmitteln und Krankentransporten stark angestiegen sind. Hierdurch steigt auch der damit verbundene Bürokratieaufwand in den Praxen an. Es ist damit zu rechnen, dass allein durch den demographischen Wandel und andere gesellschaftliche Entwicklungen die Belastung der Praxen auch durch Bürokratie in den nächsten Jahren zunehmen wird.

Wenn nicht regelmäßig Maßnahmen ergriffen werden, die diese Entwicklung zumindest ausgleichen können, wird dies zunehmend negative Auswirkungen auf den Versorgungsalltag in den

Praxen haben. Dies zu verhindern, ist die gemeinsame Aufgabe aller Verantwortlichen. Dabei gilt es, den Fokus darauf zu legen, Bürokratie bereits vor Einführung zu verhindern und somit gar nicht erst entstehen zu lassen. Geänderte Richtlinien und Formulare vor Einführung gewissen Praxistests in den Formularlaboren der Kassenärztlichen Vereinigungen zu unterziehen, wäre eine Möglichkeit, diesem Ziel einen großen Schritt näherzukommen. Der Bürokratieindex ist dabei ein Instrument, das uns zeigen kann, ob wir auf dem richtigen Weg sind.

¹⁹⁾ Zur besseren Vergleichbarkeit werden die Bürokratiekosten aus den Disease-Management-Programmen, die damals noch dem Bundesrecht zugeordnet wurden, dazugezählt. Diese werden inzwischen durch Richtlinien des G-BA geregelt und werden daher dem Bereich der Selbstverwaltung zugeordnet.

Vorschläge aus dem Abschlussbericht
Projekt „Mehr Zeit für Behandlung“
des Nationalen Normenkontrollrats

Vorschläge zum Bürokratieabbau: Im Rahmen des Berichtes des Nationalen Normenkontrollrats zur Bestandsmessung haben sich die Projektpartner auf gemeinsame Handlungsempfehlungen verständigt. Die nachfolgende Auflistung gibt einen Überblick darüber, welche Handlungsempfehlungen bereits umgesetzt sind und in welchen Bereichen die Umsetzung noch aussteht. Es werden zudem weitere Vorschläge gemacht, wie die nachhaltige Entlastung der Praxen von Bürokratie gelingen kann.

AUSGANGSLAGE	VEREINFACHUNGSVORSCHLAG	AKTUELLER STAND
> Anfrage von Krankenkassen und MDK auf vereinbarten Vordrucken		
Zur Klärung bestimmter Fragestellungen können Krankenkassen und MDK auf den Vordrucken 11, 50, 51, 52 und 53 Informationen von Vertragsärzten einholen. Die Vordrucke werden zum Teil als nicht praxisorientiert wahrgenommen.	Es soll eine regelmäßige Überprüfung der Vordrucke stattfinden, um sicherzustellen, dass die geforderten Informationen das aktuelle Versorgungsgeschehen abbilden und möglichst leicht verständlich sind.	Das Muster 52 wurde überarbeitet. Seit dem 01.01.2016 ist eine aktualisierte Version in Kraft, bei der Hinweise aus der Praxis berücksichtigt wurden. Eine Überarbeitung des Musters 11 wird aktuell diskutiert.
> Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit		
Das Ausfüllen der Auszahlscheine für das Krankengeld auf Muster 17 war sehr zeitintensiv. Die Scheine wurden von jeder Krankenkasse anders gestaltet und waren daher händisch auszufüllen.	Die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit bei Krankengeldbezug erfolgt auf dem gleichen Vordruck, der auch für die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit während der Entgeltfortzahlung genutzt wird.	Seit dem 01.01.2016 erfolgt die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit auch während des Krankengeldbezugs auf Muster 1. Die Auszahlscheine sind damit abgeschafft.
> Qualitätsbezogene Dokumentation – einrichtungsinternes Qualitätsmanagement		
Gemäß § 135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V sind Vertragsärzte und MVZ verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Da der Bezugspunkt im Gesetz der Vertragsarzt ist, war die Anforderung personen- und nicht praxisbezogen.	Der G-BA sollte bei der Formulierung der neuen Qualitätsmanagement-Richtlinie klarstellen, dass in einer Praxis oder einem MVZ ein gemeinsames Qualitätsmanagement betrieben wird.	Die gemeinsame Durchführung des Qualitätsmanagements wurde in der neuen Qualitätsmanagement-Richtlinie, die am 17.12.2015 durch den G-BA beschlossen wurde, berücksichtigt.
> Heilmittelverordnung		
Der bürokratische Aufwand, der mit der Verordnung von Heilmitteln verbunden ist, wird als unverhältnismäßig hoch wahrgenommen.	Die Verordnung von Heilmitteln bei langfristigem Heilmittelbedarf soll vereinfacht werden. Zudem soll der Heilmittelkatalog aktualisiert und der Fragen-Antworten-Katalog in die Heilmittel-Richtlinie beziehungsweise den Heilmittelkatalog integriert werden.	Die Verordnung von Heilmitteln bei langfristigem Heilmittelbedarf wurde durch eine Anpassung der Heilmittel-Richtlinie, die zum 01.01.2017 in Kraft tritt, vereinfacht. Die Prüfung der Aktualisierung des Heilmittelkatalogs und die Integration des Fragen-Antworten-Katalogs sind geplant.

AUSGANGSLAGE	VEREINFACHUNGSVORSCHLAG	AKTUELLER STAND
› Verordnung Krankenförderung		
Das derzeit zur Verordnung von Krankenförderung eingesetzte Muster 4 wird von Ärzten teilweise als unübersichtlich und verwirrend wahrgenommen.	Das Muster 4 soll neu strukturiert und gestaltet werden. Ziel ist es, die relevanten Inhalte so darzustellen, dass das Muster möglichst einfach und intuitiv ausfüllbar ist.	Die Beratungen zur Neugestaltung des Musters 4 wurden fortgeführt. Aktuell wird eine Anpassung der Krankentransport-Richtlinie des G-BA abgewartet, um auf dem Muster den aktuellen Stand abbilden zu können.
› Genehmigungsverfahren Psychotherapie		
Bei der Beantragung von Psychotherapie fallen zum Teil hohe Aufwände für das Gutachterverfahren an. Zudem wird der Durchschlag b des Musters PTV7 von einigen KVen nicht mehr eingefordert.	Das Gutachterverfahren soll verschlankt werden, indem bei Kurzzeittherapien grundsätzlich darauf verzichtet wird. Zudem soll geprüft werden, ob der Durchschlag b des Musters PTV 7 entfallen kann.	Im Rahmen der Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie, die am 16.06.2016 beschlossen wurde, wurde das Gutachterverfahren bei Kurzzeittherapie abgeschafft. Der Durchschlag b des PTV 7 ist zum 01.10.2016 entfallen.
› Bescheinigung zum Erreichen der Belastungsgrenze		
Die Bescheinigung zum Erreichen der Belastungsgrenze auf Muster 55 wurde von Ärzten als unnötig kompliziert wahrgenommen. Zudem bildet der auf dem Vordruck vorgesehene Prozess nicht die Vorgehensweise ab, die in der Praxis stattfindet.	Die Partner des Bundesmantelvertrags prüfen, ob eine Vereinfachung des Musters 55 möglich ist.	Das Muster 55 wurde zum 01.10.2016 deutlich vereinfacht. Anstelle des bisherigen DIN-A4-Vordrucks wird ein DIN-A6-Muster verwendet, das in den Praxen vorgehalten und bedruckt wird.
› Normerprobungsverfahren		
Aktuell besteht keine rechtliche Möglichkeit, neue oder geänderte Formulare und Verfahren vor ihrer Einführung zu testen.	Durch ein Normerprobungsverfahren soll eine Möglichkeit geschaffen werden, Neuerungen und bürokratiearme Alternativen rechtssicher zu testen. Hierfür soll eine zeitlich begrenzte Erprobung in einer Testregion möglich sein.	Die Verhandlungen zur Einführung eines Normerprobungsverfahrens in der vertragsärztlichen Versorgung wurden aufgenommen.
› Verordnung von medizinischer Rehabilitation		
Für die Verordnung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation musste grundsätzlich ein Muster ausgefüllt werden (Muster 60), mit dem das Verfahren eingeleitet wurde. Der eigentliche Antrag (Muster 61) wurde dann durch die Krankenkasse versendet und konnte nur von Ärzten ausgefüllt werden, die eine entsprechende Genehmigung hatten.	Muster 60 sowie die erforderliche Qualifikation für Muster 61 sollen abgeschafft werden. Damit soll sichergestellt werden, dass der behandelnde Arzt die Rehabilitation selbst verordnen kann.	Seit dem 01.04.2016 ist das Muster 60 abgeschafft. Das Muster 61 wurde von 4 auf 3 Seiten verkürzt und kann ohne gesonderte Qualifikation durch den jeweils behandelnden Arzt ausgefüllt werden.
› Verzicht auf Genehmigung zur Teilnahme an der Blankoformularbedruckung		
Der Antrag auf Teilnahme an der Blankoformularbedruckung, den Ärzte stellen müssen, um das Verfahren anwenden zu können, ist nicht unbedingt erforderlich, da Ärzte ohnehin verpflichtet sind, nur zertifizierte Software zu benutzen.	Es soll geprüft werden, ob die Vorgabe aus dem Bundesmantelvertrag entfallen kann.	Die Verhandlungen zur Abschaffung des Antrags wurden aufgenommen.

AUSGANGSLAGE	VEREINFACHUNGSVORSCHLAG	AKTUELLER STAND
> Erläuterungstexte für die vereinbarten Vordrucke in der Praxissoftware		
Beim Ausfüllen der vereinbarten Vordrucke kann es hilfreich sein, wenn Vertragsärzte und -psychotherapeuten möglichst schnell und unkompliziert auf Ausfüllhinweise zugreifen können. Insbesondere für neu niedergelassene Ärzte oder bei Formularen, die nicht täglich ausgefüllt werden, können Erläuterungen helfen, Zeit zu sparen und die Ausfüllqualität zu erhöhen.	Da die Vordrucke in der Regel softwaregestützt ausgefüllt werden, sollen Ausfüllhilfen über die Praxissoftware zur Verfügung gestellt werden.	Für alle neuen oder geänderten vereinbarten Vordrucke stellt die KBV elektronische Ausfüllhilfen zur Verfügung. Die Einbindung in die Praxissoftware ist den Anbietern freigestellt.
> Praxis der Ex-ante-Abschätzung im G-BA		
Ziel der Ex-ante-Abschätzung der Bürokratiekosten im G-BA ist die Identifizierung möglichst bürokratiearmer Lösungen. Da die Ex-ante-Abschätzung oft zu einem sehr späten Zeitpunkt im Beratungsverfahren vorgenommen wird, ist oft keine echte Alternativenabwägung mehr möglich.	Es wird empfohlen, die Ex-ante-Abschätzung zu einem möglichst frühen Zeitpunkt vorzunehmen. Nach Möglichkeit sollte dies vor dem Stellungnahmeverfahren sein.	Der Zeitpunkt der Durchführung der Ex-ante-Abschätzung im G-BA variiert. Eine grundsätzliche Änderung der Praxis der Ex-ante-Abschätzung ist allerdings nicht zu erkennen.
> Verschreibung von Betäubungsmitteln		
Da das für die Verordnung von Betäubungsmitteln erforderliche Rezept zwei Durchschläge hat und keine Blankoformularbedruckung möglich ist, muss allein hierfür in vielen Praxen ein Nadeldrucker vorgehalten werden.	Es soll geprüft werden, ob eine Alternative zum aktuellen Rezept möglich ist. Denkbar wäre ein Muster, bei dem die verschiedenen Teile durch eine Perforation abtrennbar sind.	KBV-seitig wurden Gespräche mit der zuständigen Bundesopiumstelle geführt. Hier wird aktuell eine Umstellung auf ein anderes Verfahren geprüft.



> Festsetzung eines Abbauziels: Die Erfahrungen mit dem Abbau bürokratischer Belastungen auf Ebene der Bundesregierung zeigen, dass zum Erreichen echter Entlastungen konkrete Ziele benötigt werden. Auf diese Weise konnte die Bundesregierung die Bürokratiebelastung für die deutsche Wirtschaft bereits um 25 Prozent reduzieren. Inzwischen wird hier durch eine „One-in-one-out“-Regel der weitere Anstieg der Bürokratiekosten verhindert. Wenn für die Praxen eine Reduzierung der Bürokratiebelastung erzielt werden soll, die tatsächlich spürbar ist, muss es ein solches Reduktionsziel auch für den Bereich der Selbstverwaltung geben.

> Reduzierung der Anzahl der formfreien Anfragen: Viel Zeitaufwand wird aktuell durch formfreie Anfragen ausgelöst, die von Krankenkassen und MDK, aber auch durch verschiedene Ämter an Praxen verschickt werden. Ärzte berichten, dass diese zum Teil automatisiert versandt werden und oft von geringer Qualität sind. So passen die gestellten Fragen teils nicht zum konkreten Fall, oder es werden Anfragen zur Arbeitsunfähigkeit von Patienten versendet, die bereits seit einer Woche wieder arbeitsfähig sind. Um vor dem Versenden eine Reflektion darüber anzuregen, ob die Anfrage wirklich erforderlich ist, sollte für die Beantwortung dieser Anfragen eine extrabudgetäre Vergütung vereinbart werden.

> Chancen der Digitalisierung nutzen: Die fortschreitende Digitalisierung bietet auch in der vertragsärztlichen Versorgung die Chance, Bürokratie zu reduzieren. Gleichzeitig besteht das Risiko, dass durch praxisferne Vorgaben der Bürokratieaufwand im Praxisalltag noch weiter ansteigt. Bei der Festlegung der Rahmenbedingungen für die Nutzung digitaler Verfahren der Informationsübermittlung sollte daher unbedingt darauf geachtet werden, dass die Vorgaben sich in der Praxis gut umsetzen lassen und zu einer Vermeidung von Doppeldokumentation beitragen.

www.fh-mittelstand.de
www.kbv.de
www.kvwl.de



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

KBV

KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

KVWL
Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe