

**BIX  
2018**

DER BÜROKRATIEINDEX  
FÜR DIE VERTRAGSÄRZTLICHE  
VERSORGUNG

Belastung transparent machen,  
Bürokratie abbauen.



## IMPRESSUM

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

### Herausgeber

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



### Layout

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

### Druckerei

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

### Bildnachweise

Titelbild: © Istockphoto/Nastco  
Seite 6: © Istockphoto/CECILIE  
Seite 9: © Istockphoto/Szepy  
Seite 13: © Istockphoto/Tinpixels  
Seite 14: © Istockphoto/Cameravit  
Seite 16: © Istockphoto/Cameravit  
Seite 22: © Istockphoto/Jacob Wackerhausen  
Seite 29: © Istockphoto/gpointstudio  
Seite 31: © Istockphoto/ipopba

### Stand

November 2018

The logo of the Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) is located in the bottom left corner. It features the letters 'KBV' in white on a red square background.

KASSENÄRZTLICHE  
BUNDESVEREINIGUNG

# Inhalt

## **1** Management Summary **Seite 4**

## **2** Ziel und Methode des Bürokratieindex BIX **Seite 6**

- 2.1 Bürokratiekostenkontrolle und -begrenzung durch den Bürokratieindex BIX **Seite 7**
- 2.2 Methodisches Vorgehen **Seite 8**

## **3** Ergebnis Bürokratieindex 2018 **Seite 10**

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

## **4** Aktuelle Belastung durch Bürokratiekosten **Seite 16**

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

## **5** Demographie und vertragsärztliche Versorgung **Seite 22**

- 5.1 Auswirkungen der demographischen Entwicklung **Seite 23**
- 5.2 Blick in die Praxis / Interview: Wie nehmen Ärzte die demographische Veränderung wahr? **Seite 25**

## **6** Schlussfolgerungen der KBV **Seite 26**

## **7** Vorschläge der KBV zum Bürokratieabbau **Seite 28**

# 1

## Management Summary

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) legt 2018 zusammen mit der Fachhochschule des Mittelstands (FHM) den nunmehr dritten Bericht über die Entwicklung der durch die gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen verursachten Bürokratiebelastung für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten<sup>1</sup> vor. Auf der Grundlage des Projektes „Mehr Zeit für Behandlung“ des Nationalen Normenkontrollrates und des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2013 misst der von der FHM entwickelte Bürokratieindex BIX die Entwicklung der bürokratischen Belastung für die vertragsärztlichen Praxen und verdeutlicht dabei Entwicklungstrends.

Nach einem Rückgang der Belastung für die Praxen um ca. 4 Prozent zwischen dem Basisjahr 2013 mit über 56 Millionen Nettoarbeitsstunden Gesamtaufwand auf ca. 54 Millionen im Jahre der ersten Erhebung 2016 steigen die Bürokratielasten seither wieder in geringem Umfang, aber stetig an. 2018 erreichten sie bei einem Anstieg von 0,60 Prozent zum Vorjahr nun 54,49 Millionen Nettoarbeitsstunden. Dies entspricht einer Gesamtbelastung pro Praxis von weiterhin rund 60 Tagen pro Jahr, die allein durch Informationspflichten aufgrund der gemeinsamen Selbstverwaltung entstehen. Hinzu kommen Aufwände aufgrund von Bundes- und Landesgesetzen sowie Vorgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kommunen.

Trotz Bemühungen um einen Abbau von Bürokratie, beispielsweise durch die Vereinfachung und Verschlinkung von Formularen und den Wegfall einzelner Informationspflichten, erhöht sich die Bürokratielast moderat, aber stetig, insbesondere durch einen weiteren Anstieg der Fallzahlen bei bestehenden Informationspflichten, zum Beispiel bei der „Bescheinigung für Arbeitsunfähigkeit“ oder der „Verordnung häuslicher Krankenpflege“.

Von 2013 bis 2016 konnte ein Rückgang der Belastung von gut 4 % festgestellt werden, aktuell ist ein Anstieg von 0,60 Prozent zu verzeichnen.

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

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

Als gesellschaftlicher Megatrend wirkt sich die demographische Entwicklung auch auf die Bürokratiebelastung in den Praxen aus. Demographiebedingt haben Ärzte und Psychotherapeuten zunehmend ältere und mehrfacherkrankte Patienten zu behandeln. Die Zahl der pflegebedürftigen und der dementen Patienten und ihr medizinischer Behandlungsbedarf werden weiter ansteigen. Damit wird die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen und somit der damit verbundene bürokratische Aufwand für Verordnungen, Dokumentation und Datenaustausch weiter wachsen.

Typische demographieassoziierte Verordnungen und Bürokratiepflichten wie die „Verordnung für häusliche Krankenpflege“, die „Verordnung zur Krankenförderung“ oder die „Verordnung für Heilmittel“, die also vor allem bei älteren Patienten anfallen, steigen kontinuierlich an und werden zwangsläufig zu einem weiteren Anstieg der Bürokratiebelastung in der vertragsärztlichen Versorgung führen.

Um diesen natürlichen Trend und seine Auswirkungen auf die Bürokratielast in den Praxen in einem ersten Schritt zu

mindest einzudämmen und zu kontrollieren und dann in der Folge zu einer nachhaltigen Reduktion des Aufwands zu kommen, ist ein nachhaltiger und proaktiver Bürokratieabbau unabdingbar.

Denn offenkundig braucht erfolgreicher Bürokratieabbau ein verbindliches Abbauziel und die Unterstützung der Entscheider, wie auch Erfahrungen aus vielen anderen europäischen Ländern zeigen, die sich ein solches gesetzt haben. Daher fordert die KBV ein verbindliches Abbauziel für bürokratische Belastungen.

Die digitale Übermittlung von Daten stellt eine große Chance dar, Prozesse effizienter zu gestalten und Praxen damit von administrativen Aufgaben zu entlasten. Wenn praxisuntaugliche Vorgaben gemacht werden oder im Zuge der Digitalisierung Bürokratie aus anderen Bereichen auf die Praxen übertragen wird, kann dies die Belastung weiter anwachsen lassen. Bei der Überarbeitung oder Neusetzung von Normen sollte darauf geachtet werden, das aufwandsreduzierende Potential digitaler Lösungen zu nutzen.

## Die digitale Übermittlung von Daten stellt eine große Chance dar, Prozesse effizienter zu gestalten.

# 2

## Ziel und Methode der Untersuchung

### Ziel

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

### Methode

› Auf der Grundlage des bewährten Standardkosten-Modells (SKM) wird der in den Praxen anfallende bürokratische Aufwand für die durch die Regelungen der gemeinsamen Selbstverwaltung verursachten Informationspflichten untersucht. Die Entwicklung der Belastung kann am Bürokratieindex BIX abgelesen werden.

Die Bürokratiebelastung steigt weiter an und nimmt zunehmend wertvolle Arbeitszeit in Anspruch, die nicht mehr für die Behandlung der Patienten zur Verfügung steht.



## 2.1

# Bürokratiekostenkontrolle und -begrenzung durch den Bürokratieindex BIX

Die Bürokratiebelastung steigt für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten weiter an und nimmt zunehmend wertvolle Arbeitszeit in Anspruch, die nicht mehr für die Behandlung der Patienten zur Verfügung steht. Bürokratieabbau ist Sisyphosarbeit und erfordert zur effektiven Kostenkontrolle zunächst eine Bezifferung der bürokratischen Belastung für Vertragsärzte- und -psychotherapeuten durch gezielte Messung. Insbesondere angesichts der demographischen Entwicklung und der damit einhergehenden steigenden Fallzahlen für Bürokratiepflichten wie z.B. Überweisungen oder Verordnungen zur Krankenförderung oder veranlassten Leistungen ist ein aktiver Abbau des Bürokratieaufwands in den Praxen unabdingbar, um diese Entwicklung zumindest einzudämmen.

Seit 2016 führen die KBV und die Fachhochschule des Mittelstands zur Kontrolle und Bestandsaufnahme jährlich eine Erfassung bürokratischer Aufwände in den Praxen durch und bilden den dort anfallenden bürokratischen Aufwand durch den Bürokratieindex (BIX)<sup>2</sup> ab, um zu mehr Bewusstsein und Aufmerksamkeit für die Problematik durch

die nötige Transparenz und Information beizutragen. Der Bürokratieindex BIX zeigt an, inwieweit das Ziel des Bürokratieabbaus im vertragsärztlichen Bereich tatsächlich erreicht wird, und stellt damit für Entscheider eine wichtige Information für eine bessere Regulierung und Normsetzung dar. Denn um eine implementationsgerechte Normgebung zu erreichen, müssen die bürokratischen Folgebelastungen unbedingt mitbedacht und die Vorschriften nach Möglichkeit schon bei der Verabschiedung aufwandsärmer gestaltet werden.

Der Bürokratieindex (BIX) für Vertragsärzte und -psychotherapeuten wurde analog zum Bürokratiekostenindex (BKI) des Statistischen Bundesamtes konzipiert, mit dem die Bundesregierung die Bürokratiekosten für die Wirtschaft seit 2012 quantifiziert<sup>3</sup>. Der Index BIX schreibt die durch das Statistische Bundesamt (Destatis) und den Nationalen Normenkontrollrat (NKR) im Jahre 2015 vorgelegte Untersuchung „Mehr Zeit für Behandlung“<sup>4</sup>, die als Nullmessung und Ausgangspunkt dient<sup>5</sup>, für den Bereich der Selbstverwaltung auf Bundesebene kontinuierlich fort und ermöglicht so eine Vergleichbarkeit und

fortlaufende jährliche Bürokratiekostenkontrolle bezogen auf das Basisjahr 2013 (= Index 100). Mittelfristig kann es jedoch sinnvoll sein, die Messung der Bürokratiekosten durch das Statistische Bundesamt zu wiederholen, um ein aktuelles Basisjahr als Referenzpunkt für die weiteren Beobachtungen verwenden zu können.

2) Fachhochschule des Mittelstands, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Belastung transparent machen, Bürokratie abbauen, BIX 2016, Der Bürokratieindex für die vertragsärztliche Versorgung, Bericht für das erste Erhebungsjahr des BIX vom November 2016; Fortsetzungsbericht für 2017: Fachhochschule des Mittelstands und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Belastung transparent machen, Bürokratie abbauen, BIX 2017, Der Bürokratieindex für die vertragsärztliche Versorgung, Oktober 2017.

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

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

5) Siehe zur Bestandsmessung mit dem Basisjahr 2013: Fachhochschule des Mittelstands et al., Bericht 2016, Kapitel 4, S. 12.

Bereits bei der Verabschiedung von Vorschriften sollten die bürokratischen Folgebelastungen unbedingt mitbedacht und nach Möglichkeit effizienter gestaltet werden.

## 2.2 Methodisches Vorgehen

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

Die Messung und Ausweisung von Bürokratiekosten erfolgt in dieser Studie auf der Grundlage des Standardkosten-Modells (SKM)<sup>6</sup>, eines bereits in mehreren europäischen Ländern etablierten Verfahrens zur Messung von Bürokratielasten. Mit diesem können sogenannte Informationspflichten erfasst werden, die durch gesetzliche und untergesetzliche Normen den Normadressaten auferlegt werden.

Informationspflichten<sup>7</sup> stellen einen klar abgegrenzten Bereich der Bürokratie dar. Sie sind unmittelbare und mittelbare Informationstransfers, zu denen die Normadressaten durch den Normgeber verpflichtet werden. Für die hier betroffenen Ärzte und Psychotherapeuten handelt es sich um Berichts- und Dokumentations- oder um Antragspflichten wie zum Beispiel Genehmigungsanträge, Bescheinigungen, Verordnungen sowie Statistiken, Nachweise etc., die sich aus formellen Gesetzen oder aus Regelungen der gemeinsamen Selbstverwaltung ergeben, und deren Zeit- bzw. Kostenaufwand beispielsweise durch Befragungen ermittelt werden.

### Auswahl der Informationspflichten

Der BIX erfasst nur die durch die gemeinsame Selbstverwaltung in ihrem Verantwortungsbereich auf Bundesebene veranlassten Informationspflichten für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten. Insbesondere wurden alle Novellierungen des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) und seiner Anlagen sowie Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) auf Änderungen der bestehenden Informations-

pfllichten und neue Informationspflichten hin überprüft. Hierbei wurden alle Änderungen berücksichtigt, die bis zum 31.3.2017 beschlossen wurden und bis zum 30.9.2017 in Kraft getreten sind.

Nicht betrachtet wurden hingegen die durch die Bundesgesetzgebung begründeten Informationspflichten sowie die Bürokratielasten, die durch Vorgaben auf der kommunalen oder Landes- sowie KV-Ebene entstehen. Zum einen sollten Mehrfacherfassungen von gesetzgeberischen Aktivitäten auf Bundesebene vermieden werden<sup>8</sup>, zum anderen lassen sich die zum Teil heterogenen Vorgaben der Länder und der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) auf Bundesebene konsolidiert nur mit kaum vertretbarem Aufwand abbilden.

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

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

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

### Informationspflichten im Detail

#### In der Untersuchung betrachtet:

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

#### In der Untersuchung NICHT betrachtet:

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

## Erhebung der Zeitwerte und Fallzahlen sowie notwendige Anpassungen

Basis der Erhebung sind die zeitlichen Aufwände für die Erfüllung von Informationspflichten, die im Rahmen des gemeinsam mit Trägern der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens und mit dem Bundesgesundheitsministerium durchgeführten Projektes des NKR „Mehr Zeit für Behandlung“ durch das Statistische Bundesamt gemessen wurden. Aufgrund von gesetzlichen und tatsächlichen Änderungen z.B. bei

Formularen wurden einzelne Informationspflichten in Form von Ärztebefragungen durch die Fachhochschule des Mittelstands nachgemessen<sup>9</sup>. Für neue Informationspflichten wurden Ex-ante-Abschätzungen nach den Vorgaben des Methodenhandbuches der Bundesregierung<sup>10</sup> durchgeführt. Für Informationspflichten aus den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses wurden die Zeitwerte der dort durchgeführten Ex-ante-Abschätzungen übernommen. Für die Ermittlung aktueller Fallzahlen wurde sowohl auf KBV-interne als auch auf durch andere Institutionen veröffentlichte Daten zurückgegriffen. Hierbei wurden die jeweils aktuellsten verfügbaren Daten herangezogen. Durch den zeitlichen Abstand zwischen Erhebung und Veröffentlichung von Daten werden Änderungen im Bürokratieindex teilweise erst mit Verzug deutlich, was sich leider nicht verhindern lässt.

Die Methodik des BIX orientiert sich an der Vorgehensweise des Bürokratiekostenindex BKI des Statistischen Bundesamtes, welches in regelmäßigen Abständen die Lohnwerte für seinen Index aktualisiert. Dies schlägt sich in einer Änderung der absoluten Zahlen, aufgrund der Bildung eines entsprechenden Kettenindex jedoch nicht bei der Indexbildung nieder. Eine wesentliche Anpassung der Datengrundlage für die Ermittlung der Absolutwerte der Bürokratiekosten erfolgte also durch die erforderliche Aktualisierung der kalkulatorischen Kosten wie in der 'Lohnkostentabelle der Wirtschaft' im Leitfaden des Statistischen Bundesamtes<sup>11</sup>. Obwohl die durchschnittlichen Lohnkosten im einschlägigen Wirtschaftsschnitt 'Q – Gesundheits- und Sozialwesen' sogar leicht gesunken sind, haben sich aber bei dem Qualifikationsniveau der hochqualifizierten Tä-

tigkeiten für Ärzte und Psychotherapeuten, die den Großteil der in Euro ausgedrückten Aufwände ausmachen<sup>12</sup>, erhebliche kalkulatorische Lohnkostensteigerungen im hohen Qualifikationsniveau beispielsweise um ca. 6 Prozent ergeben. Dadurch steigen die summierten Bürokratiekosten. Um die durch die Lohnkostentabelle in absoluten Zahlen hervorgerufenen konjunkturellen Auswirkungen aus dem Bürokratiekostenindex herauszuhalten und diesen nicht zu verfälschen, vollzieht der BIX diese Steigerung nicht nach, sondern indexiert die Kosten auf Basis der alten Tarife<sup>13</sup>. Auch dieses Vorgehen der Bildung eines Kettenindex orientiert sich an der Methodik des Statistischen Bundesamtes.

Gleichwohl bleibt in dieser Untersuchung die Betrachtung der Nettostunden für den Bürokratieindex zentral. Trotz eines moderaten Anstiegs bleiben diese relativ stabil<sup>14</sup>.

9) Nachgemessen wurde insbesondere Muster 12 Verordnung häusliche Krankenpflege; vgl. ausführlich dazu den Anhang zum Bericht; abrufbar unter [www.kbv.de/html/bix.php](http://www.kbv.de/html/bix.php)

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

11) Bundesregierung, Nationaler Normenkontrollrat und Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung vom Oktober 2012; S. 45 aktualisierter Anhang VI Lohnkostentabelle der Wirtschaft, Stand November 2017; hier: Abschnitt Q – Gesundheits- und Sozialwesen (Kode 86.2).

12) Vgl. Kapitel 3.1 Abbildung 3, S. 11.

13) Vgl. Kapitel 3.1 Abbildung 2, S. 10: Leichtes Absinken des Bürokratiekostenindex bei den Nettokosten auf 98,86 Punkte.

14) Siehe Kapitel 3.1 Abbildung 1, S. 10: Erhöhung des Bürokratieindex auf 96,66 Punkte.



# 3

## Ergebnis Bürokratieindex 2018

› Der Bürokratieindex 2018 im Bereich der gemeinsamen Selbstverwaltung ist im Vergleich zum Vorjahr um 0,60 Prozent auf 96,66 Punkte gestiegen (bei Betrachtung nach Nettostunden; 2017: 96,09 Punkte). Damit fallen insgesamt knapp 323.000 Stunden Bürokratieaufwand mehr im Sinne des BIX an als 2017.

› Neue Belastungen ergeben sich vornehmlich aus einem Anstieg der jährlichen Fallzahlen bereits bestehender Informationspflichten.

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

### 3.1 Index im Überblick

Im Vergleich zum Vorjahr ist es bei 147 Informationspflichten zu höheren Bürokratiebelastungen aufgrund von Erhöhungen bei den Fallzahlen beziehungsweise Zeitwerten gekommen. 16 Informationspflichten sind hinzugekommen, drei wurden abgeschafft, bei 114 Informationspflichten hat sich der Aufwand verringert. Bei 123 Informationspflichten ist der Aufwand konstant geblieben.

Der an der Nettostundenbelastung<sup>15</sup> orientierte Bürokratieindex BIX zeigt wie schon im Vorjahr einen weiteren geringen Anstieg der Bürokratiebelastung für Vertragsärzte und -psychotherapeuten an, und zwar indexiert von 96,09 Punkten 2017 auf 96,66 Punkte 2018. Dies bedeutet eine Steigerung um 0,60 Prozent bzw. einen Anstieg von insgesamt knapp 323.000 Netto-Arbeitsstunden (Abbildung 1, Seite 10).

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

Abb. 1

**BÜROKRATIEINDEX 2013 / 2016 / 2017 / 2018**

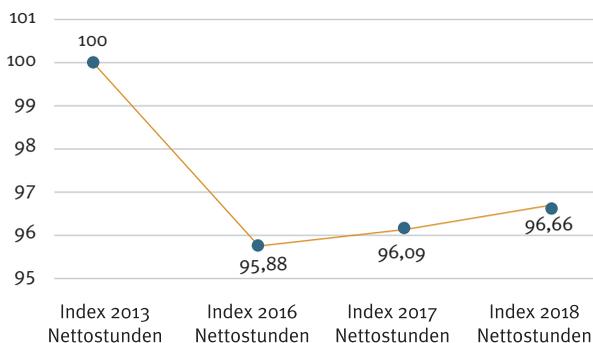
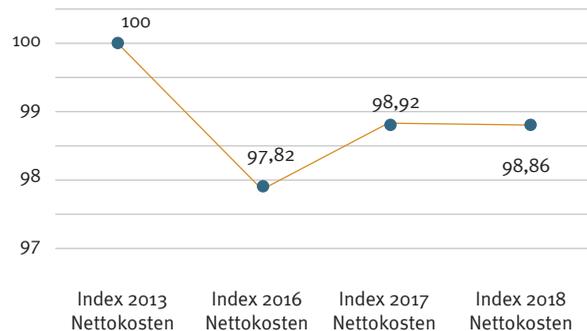


Abb. 2

**BÜROKRATIEKOSTENINDEX 2013 / 2016 / 2017 / 2018**



Unter Berücksichtigung der Lohnkosten zeigt sich ein anderes Bild: Der Bürokratiekostenindex geht marginal um 0,03 Prozent von 98,92 Punkten 2017 auf nunmehr 98,86 Punkte 2018 zurück. Zwar steigen die absoluten Kosten, wie in Kapitel 2.2, Seite 9 näher erläutert, allerdings wirkt sich diese Erhöhung im Index nicht aus. Die vom Bürokratieindex abweichende Entwicklung lässt sich darauf zurückführen, dass in Summe zwar mehr Stunden für die Erfüllung von Informationspflichten anfallen, sich die Aufwände aber eher auf geringer qualifizierte und dadurch relativ günstigere Aufgabenaspekte verteilen.

Die Informationspflichten werden aktuell insgesamt zu 67,27 Prozent von den Ärzten und Psychotherapeuten selbst erfüllt, nur zu 25,79 Prozent vom Praxispersonal; 6,94 Prozent der Pflichten werden sowohl von Ärzten bzw. Psychotherapeuten als auch von sonstigen Praxisangestellten erledigt (s. Abbildung 3, Seite 11). Dieses Verhältnis ist im Vergleich zum Vorjahr weitgehend stabil.

In den Nachmessungen durch Ärztebefragungen bezüglich neuer oder geänderter Informationspflichten konnte z.B. bei der „Erhebung Muster 12“ durchaus die grundsätzlich gewünschte Verschiebung des bürokratischen Aufwands vom Arzt hin zu den Medizinischen Fachangestellten (MFA) beobachtet werden. In anderen Fällen gehen Fallzahlen bei Informationspflichten zurück, die typischerweise vor allem durch die MFA erledigt werden (zum Beispiel die „Erhebung von Daten im Ersatzverfahren“), oder entfallen sogar ganz wie beispielsweise die „Überprüfung der ärztlichen Dokumentation (Ultraschall)“. Dies schlägt sich in der Nettostundenbetrachtung sichtlich nieder, weit weniger jedoch in der Nettokostenbetrachtung, da höher qualifizierte und tarifierte Arbeitsschritte bei Informationspflichten relativ stärker erhalten bleiben.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass unter den Top-Belastungen auch 2018 vor allem solche Informationspflichten sind, die durch Ärzte selbst zu erledigen und nicht delegierbar sind, wie die „Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit auf Muster 1 und Prüfung genaue Umstände und Ausnahmetatbestände“, die „Dokumentation DMP DM Typ 2“ oder auch die „Verordnung Krankenbeförderung“.

Insofern ändert sich relativ wenig an der grundsätzlichen Verteilung der bürokratischen Belastung in den Praxen, wonach im wesentlichen Ärzte und Psychotherapeuten zeitlich relativ am meisten belastet bleiben, verbunden mit entsprechend höheren Kosten, als die reine Stundenbelastung aller an der Erfüllung von Informationspflichten beteiligter Gruppen vermuten ließe.

Abb. 3

**AUFTEILUNG AUFWAND 2018  
ARZT, PSYCHOTHERAPEUT, MFA  
NETTOSTUNDEN IN PROZENT**

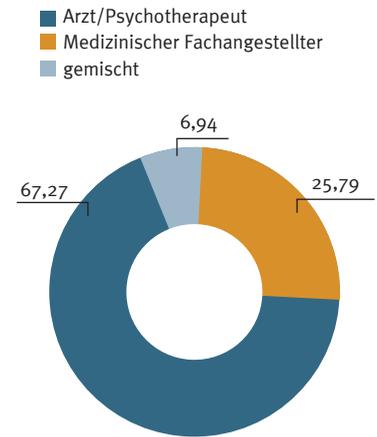
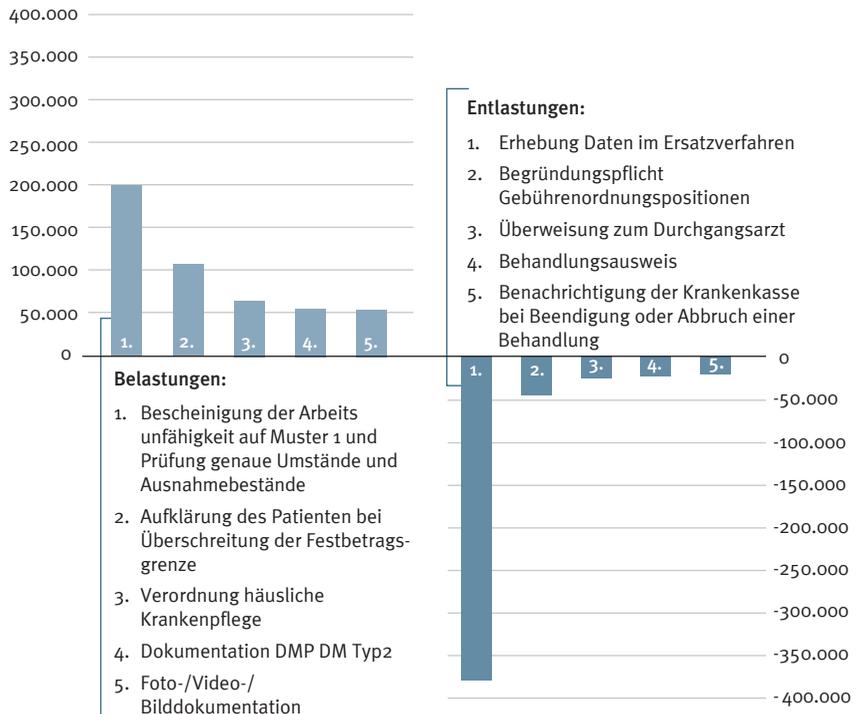


Abb. 4

**TOP BE- UND ENTLASTUNGEN 2018 in Stunden (netto)**



## 3.2 Be- und Entlastungen im Detail

Die in Abbildung 4, Seite 11 dargestellten bürokratischen Be- und Entlastungen haben sich dabei entscheidend auf die Entwicklung des Index ausgewirkt und werden daher im Folgenden eingehender betrachtet:

### Belastungen

**1.** Die im Berichtsjahr mit großem Abstand zuwachsstärkste Informationspflicht ist die „Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit auf Muster 1 und Prüfung der genauen Umstände und Ausnahmetatbestände“. Der weitere Anstieg dieser Bürokratielast ist auf eine um rund 4 Prozent weiter gestiegene Fallzahl auf jährlich rund 80,2 Millionen Fälle zurückzuführen. Seit dem Basisjahr 2013 mit rund 65,7 Millionen Fällen bedeutet dies einen Anstieg von insgesamt knapp 22 Prozent. Dies verursacht 2018 im Vergleich zum Vorjahr einen weiteren Anstieg der Nettoarbeitsbelastung durch Bürokratie um rund 200.000 auf insgesamt über 4,9 Millionen Stunden.

Die Steigerung lässt sich auf diverse gesellschaftliche Entwicklungen zurückführen: Zunächst sind strukturelle Faktoren wie Veränderungen der Wirtschafts- und Beschäftigtenstruktur, Arbeitsbedingungen und vor allem demographische Trends einschlägig. Aufgrund der wirtschaftlichen Entwicklung hat sich die Zahl der Erwerbstätigen ebenso wie die Erwerbsquote vergrößert, was zu mehr Krankmeldungen führt. Das steigende Durchschnittsalter und die längere Erwerbsbeteiligung Älterer durch längere Lebensarbeitszeiten führen zu einem tendenziell höheren Krankenstand<sup>16</sup>. Zudem nehmen psychische Erkrankungen weiter zu<sup>17</sup>. Auf der

anderen Seite dürften sich die positive Situation auf dem Arbeitsmarkt mit einer geringen Arbeitslosigkeit und die insgesamt steigende Beschäftigtenzahl ebenfalls fördernd auf den Krankenstand auswirken<sup>18</sup>.

**2.** Der Arzt muss den Patienten bei Überschreiten der Festbetragsgrenze von Arzneimitteln auf die zu übernehmenden Mehrkosten hinweisen. Diese Informationspflicht „Aufklärung des Patienten bei Überschreitung der Festbetragsgrenze“ führt aufgrund steigender Fallzahlen zu einem Anstieg der bürokratischen Belastung der Ärzte um insgesamt ca. 111.000 Stunden netto. Nach einem erheblichen Rückgang im vergangenen Berichtsjahr um ca. 320.000 Stunden netto kommt es nun wieder zu einem erheblichen Anstieg des vergleichsweise volatilen Wertes.

**3.** Erstmals taucht auch die „Verordnung häusliche Krankenpflege“ in der Liste der 25 aufwändigsten Informationspflichten auf, und zwar mit einem deutlichen Anstieg der Fallzahl von rund 9 Prozent auf knapp 2,6 Millionen Fälle. Dies bedeutet einen Bürokratieaufwand in den Praxen von rund 350.000 Nettoarbeitsstunden insgesamt bei einem Anstieg von rund 63.500 Stunden. Dafür sind mehrere demographische und soziale Ursachen anzuführen: Es gibt immer mehr ältere Menschen, die länger und auch allein außerhalb von Familienverbänden leben und häuslicher Pflege bedürfen. Frühere Entlassungen aus Krankenhaus und Medizinischer Rehabilitation tragen ebenfalls zu einem Mehrbedarf bei. Dieser Befund deckt sich mit den Beobachtungen der deutlich gestiegenen Leistungsbezieher und auch Ausgaben in Folge der Pflege-

reform auch für die häusliche Pflege<sup>19</sup>, welche durch zusätzliche Pflegegrade und erweiterte Leistungen bedingt sind. Angesichts der Leistungsanspruchsausweitung ist in Zukunft mit einem weiteren Anstieg der Verordnungshäufigkeit zu rechnen.

**4.** Bei der Pflicht „Dokumentation DMP DM Typ 2“ konnte ein Anstieg um rund 58.000 Netto-Arbeitsstunden auf rund 1,7 Millionen Stunden beobachtet werden. Dies ist nach Auskunft der KBV auf eine gestiegene Fallzahl im Disease-Management-Programm zu Diabetes Mellitus Typ 2 zurückzuführen. Die Zahl älterer und adipöser Menschen, die an Altersdiabetes erkranken könnten, steigt, was zu einer steigenden Zahl von Einschreibungen in das Programm<sup>20</sup> führt. Die Modalitäten sowie die erforderlichen Dokumentationen des Programms wurden nicht verändert.

**5.** Bei der Informationspflicht „Foto-/Video-/Bildokumentation“ ist ein kontinuierlicher Anstieg der Fallzahlen in den letzten Jahren um rund 1,7 % auf mittlerweile über 13,6 Millionen Anwendungsfälle feststellbar, verbunden mit über 51.000 zusätzlichen Arbeitsstunden auf insgesamt nun über 3,1 Millionen. Der kontinuierliche Aufwuchs lässt sich auf die allgemeine Morbiditätsentwicklung zurückführen. Menschen werden älter und kränker, es gibt also mehr Befunde und Behandlungen, die dokumentiert werden können, beispielsweise im Zusammenhang mit Prostatakrebs. Weiterhin ist der technologische Fortschritt ursächlich: Ärzten steht im zunehmenden Maße moderne Behandlungstechnik zur Verfügung, die auch zur Sicherstellung einer hohen Behandlungsqualität genutzt wird.

Im Zusammenhang von Belastungen mit demographischem Hintergrund muss auch die „Verordnung Krankenbeförderung“ erwähnt werden. Diese belegte im Vorjahr noch den Spitzenplatz der zusätzlichen Belastungen. Sie ist 2018 noch um weitere knapp 300.000 Fälle auf über 51,3 Millionen angestiegen, was zu einer weiteren Zunahme der bürokratischen Belastung um zusätzliche rund 21.700 Stunden auf insgesamt über 3,9 Millionen Nettoarbeitsstunden führte. Weitere Ausführungen finden sich im Exkurs zur Krankentransport-Richtlinie auf dieser Seite.

Insgesamt bleibt also bei den zusätzlichen Belastungen 2018 festzustellen, dass wesentliche Belastungen beim bürokratischen Aufwand im demographischen Kontext und im Zusammenhang mit der allgemein gestiegenen Morbidität zu sehen sind.

16) DAK-Gesundheitsreport, März 2018 verweist auf einen 2017 um 0,2 Prozent-Punkte auf 4,1 Prozent weiter gestiegenen Krankenstand, s. S. 280.

17) DAK-Gesundheitsreport 2018, S. VII.

18) Allgemein wird ein positiver Zusammenhang zwischen einer guten Wirtschafts- und Beschäftigungslage angenommen; im aktuellen Report 2018 kommt die DAK nun im 10-Jahresvergleich zu dem Schluss, dass der Krankenstand sich weitgehend unabhängig von konjunkturellen Verläufen entwickelt. s. DAK Gesundheitsreport 2018, S. 4.

19) Anstieg der Leistungsbezieher der sozialen Pflegeversicherung in der ambulanten Pflege von 1,97 Mio. 2016 auf 2,52 Mio. 2017; Anstieg der Leistungsausgaben in der ambulanten Versorgung von 16,5 Mrd. EUR 2016 auf 20,8 Mrd. EUR 2017; s. Bundesministerium für Gesundheit: „Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung“ S. 3f., Stand 11.7.2018, abrufbar unter [www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html)

20) Kontinuierlicher Anstieg der Patienten im DMP Diabetes mellitus Typ 2 auf 4,19 Mio. 2017; 34,8 Prozent der Patienten sind über 75 Jahre alt, weitere 28,9 Prozent zwischen 66 und 75 Jahre; Daten von BVA und BMG abrufbar unter <http://www.kbv.de/html/8444.php>



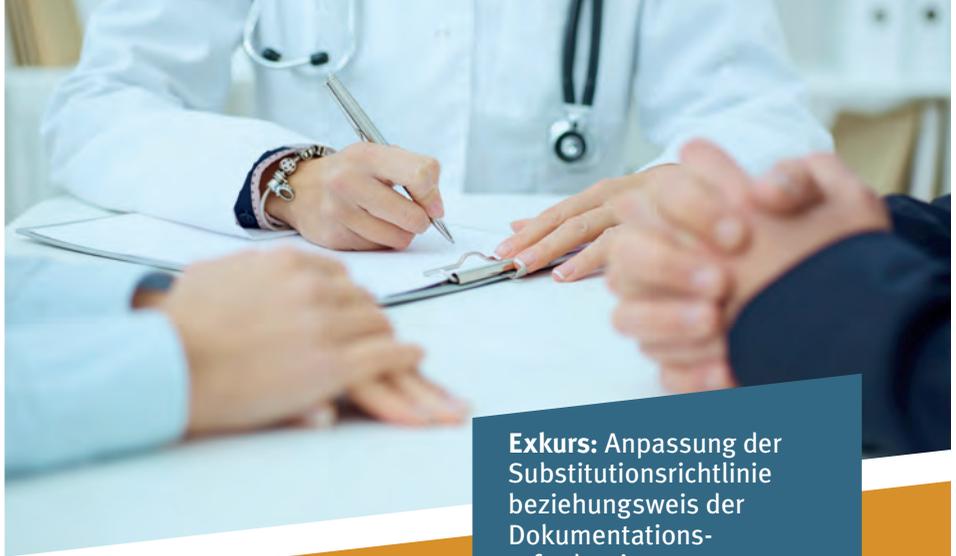
#### Exkurs: Anpassung der Krankentransport-Richtlinie und Muster 4

Unter bestimmten Voraussetzungen dürfen Vertragsärzte und -psychotherapeuten gesetzlich krankenversicherten Patienten Krankenfahrten, Krankentransporte und Rettungsfahrten als Beförderungsmittel verordnen. Krankenkassen übernehmen die Kosten für Fahrten zur Behandlung, wenn sie medizinisch notwendig sind. Allerdings steht die Kostenübernahme in vielen Fällen unter einem Genehmigungsvorbehalt. Die Krankentransport-Richtlinie und das zugehörige Muster 4 standen wegen der Unübersichtlichkeit sowohl der leistungsrechtlichen Regelung als auch der Formulargestaltung in der Kritik.

Die Anpassungen der Krankentransport-Richtlinie bis zum 23.12.2017 brachten zahlreiche Neuerungen für Patienten und Vertragsärzte und -psychotherapeuten mit sich. Die Bestätigung des Versicherten und des Arztes wird weiterhin beibehalten, um die Informationen bei genehmigungsfreien und eventuell unplanbaren genehmigungspflichtigen Fahrten unbürokratisch und einheitlich einzuholen. Daneben wurden die bisher anzugebenden Abrechnungsdaten des Arztes entsprechend den Vorgaben im Rahmen der Abrechnung (nach § 302 SGB V) gekürzt. Durch diese wird eine einfache Zuordnung der Rückseite zu den weiteren Abrechnungsunterlagen sichergestellt. Durch Layout-Anpassungen des ab 1.4.2019 geltenden neuen Musters 4 wurde das Formular übersichtlicher gestaltet und stärker an der Prüflogik der betreffenden Ärzte orientiert.

Die Änderungen an der Richtlinie können durch geringfügige Einschränkungen des Kreises berechtigter Fälle tendenziell zwar zu sinkenden Fallzahlen führen, allerdings ist bedingt durch die allgemeine Morbiditätsentwicklung doch im Ergebnis eher mit einer Ausweitung zu rechnen. Durch das neue Formular sollten aber ein schnelleres Ausfüllen und weniger Rückfragen und Monita der Krankenkassen möglich werden.

Be- und Entlastungen lassen sich fast ausschließlich auf die Fallzahlentwicklung zurückführen.



**Exkurs:** Anpassung der Substitutionsrichtlinie beziehungsweise der Dokumentationsanfordernisse

Mit der reformierten Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV), in Kraft getreten am 30.8.2017, werden die Möglichkeiten zur Behandlung opioidabhängiger Menschen ausgebaut und an den aktuellen medizinischen Erkenntnisstand angepasst, beispielsweise hinsichtlich der flexiblen Ausgestaltung des Therapieziels. Unter anderem ermöglicht die Reform stabilen Patienten, Substitutionsmittel über längere Zeiträume eigenverantwortlich einzunehmen („Take-Home-Regelung“), und erweitert den Kreis der Stätten, in denen behandelt werden kann. Es wird auch die Therapiehoheit der Ärzteschaft gestärkt; das Abstecken der Behandlungsziele und die Voraussetzungsprüfung liegen nun stärker in ihrer Hand.

Die Reform der entsprechenden BÄK-Richtlinie, in Kraft getreten am 2.10.2017, hat zur Folge, dass bestimmte Behandlungsdokumentationen wie beispielsweise der Behandlungsausweis entfallen. Die Normgeber erhoffen sich durch die Anpassungen, dass mehr Rechtssicherheit und weniger bürokratischer Aufwand zu einer verbesserten und häufigeren Versorgung suchtkranker Menschen führen. In Summe bleibt es jedoch bei hohen bürokratischen Aufwänden.

## Entlastungen

**1.** Die mit Abstand stärkste Entlastung konnte bei der Informationspflicht „Erhebung von Daten im Ersatzverfahren“ festgestellt werden. Bei der ersten Arzt-/Patientenbegegnung im Quartal kommt ein Ersatzverfahren zur Erhebung der relevanten Patientendaten in den Praxen zur Anwendung, sofern nicht die elektronische Gesundheitskarte verwendet wird. Hier konnte ein deutliches Absinken der Fallzahl und daraus folgend eine Reduktion der Nettostundenbelastung von rund 377.000 Arbeitsstunden erreicht werden. Dies entspricht dem langjährigen Trend und dem auch schon starken Rückgang im Vorjahr, wonach die elektronische Gesundheitskarte (eGK) mit zusätzlichen Funktionalitäten ausgestattet wird und derartige Ersatzerhebungen mithin obsolet werden. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass es sich im BIX um zeitversetzte Fallzahlen handelt. Aktuell besteht in vielen Praxen das Problem, dass noch im Umlauf befindliche veraltete Gesundheitskarten nicht eingelesen werden können<sup>21</sup> und so das Ersatzverfahren durchgeführt werden muss.

**2.** Bei der „Begründungspflicht Gebührenordnungspositionen“ konnte nach einem deutlichen Anstieg in den Vorjahren 2018 ein Rückgang der Nettostundenbelastung im Umfang von rund 47.700 Stunden festgestellt werden. Bei dieser Pflicht müssen Ärzte bei der Abrechnung bestimmter Gebührenordnungspositionen eine Begründung angeben. Der Rückgang des bürokratischen Aufwands ist auf Schwankungen der Behandlungsfallzahlen der entsprechenden Gebührenordnungspositionen zurückzuführen.

**3.** Im Umfang von rund 18.000 Nettoarbeitsstunden konnte die Bürokratielast für Ärzte durch die Abschaffung der Informationspflicht „Überweisung zum Durchgangsarzt“ gesenkt werden. Durch neue vertragliche Regelungen über die Durchführung der Heilbehandlung, die Vergütung und die Art und Weise der Abrechnung konnte diesbezüglich die Überweisung und schriftliche Dokumentation bis auf Sonderfälle, die gesondert erfasst werden, entfallen.

**4.** Mit dem Wegfall der Ausstellung des sogenannten „Behandlungsausweises“ für suchtmittelabhängige Patienten, die durch behandelnde Ärzte Substitutionsmittel erhalten, reduziert sich der Bürokratieaufwand um gut 17.000 Nettoarbeitsstunden. Grund des Wegfalls war die entsprechende Änderung der Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger.

**5.** Sinkende Fallzahlen bei der Informationspflicht „Benachrichtigung der Krankenkasse bei Beendigung oder Abbruch einer Behandlung“ resultieren in einem Rückgang der Bürokratielast um knapp 16.000 Nettoarbeitsstunden. Bei dieser Pflicht unterrichtet der Psychotherapeut die Krankenkasse unverzüglich über die Beendigung oder Abbruch der Therapie. Die zugehörigen Fallzahlen haben sich in den letzten Jahren als schwankend erwiesen, ein klarer Trend kann nicht festgestellt werden.

<sup>21</sup>) Vgl. Ärzteblatt-online Ausgabe vom 17.8.2018.

# 4

## Aktuelle Belastung durch Bürokratiekosten



› Die zeitliche Belastung von Vertragsärzten und -psychotherapeuten durch Informationspflichten im Bereich der gemeinsamen Selbstverwaltung ist 2018 im Vergleich zum Vorjahr bundesweit um ca. 0,60 Prozent weiter leicht angestiegen (2017: 54,16 Millionen Nettostunden/2018: 54,49 Millionen Nettostunden).

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

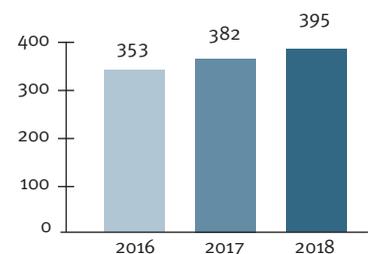
Im Folgenden werden die Ergebnisse der Messung der bürokratiebedingten Aufwände für den Bereich der gemeinsamen ärztlichen Selbstverwaltung genauer dargestellt.

Im Zentrum der Betrachtung steht die dadurch bedingte zeitliche Belastung für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten; Zeit, die für die Arbeit mit den Patienten fehlt. Es werden jedoch auch die für die Praxen entstehenden Kosten durch Bürokratie betrachtet.

Abb. 5

### ANZAHL INFORMATIONSPLICHTEN IM JAHRESVERGLEICH

Nicht erfasst werden einmalige Informationspflichten



## 4.1

# Aufwände nach Themenbereichen

Insgesamt umfassen die aktuellen Informationspflichten der gemeinsamen Selbstverwaltung 395 Pflichten. Deren Zahl hat sich in der Vergangenheit stetig erhöht. So sind in diesem Berichtsjahr 16 Informationspflichten hinzugekommen und nur drei entfallen (vgl. Abbildung 5, Seite 16). Auch wenn die meisten der neuen Informationspflichten nur geringe Fallzahlen aufweisen, wird deutlich, dass der Zuwachs an Bürokratie nicht ausschließlich mit dem steigenden Versorgungsbedarf der Bevölkerung erklärt werden kann. Vielmehr zieht auch die steigende Regulierungsdichte einen Anstieg der bürokratischen Belastungen nach sich. Diese Informationspflichten lassen sich in folgende Themenfelder aufteilen:

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

Betrachtet man neben der Unterteilung nach Themenfeldern ebenfalls die jeweiligen Stunden- bzw. Kostenaufwände zu den Informationspflichten, ist klar eine abweichende Gewichtung zu erkennen, wie die nebenstehenden Grafiken verdeutlichen (Abbildung 6, Seite 17):

Den zahlenmäßig mit Abstand größten Teil machen die 254 Informationspflichten aus dem Bereich „Qualität der Versorgung“ aus, die allerdings nur rund ein Viertel der Nettostunden bzw. Nettokosten verursachen. Der Bereich „Verordnungen und Bescheinigungen“ umfasst nur 45 Pflichten, schlägt aber aufgrund hoher Fallzahlen und aufwändigerer Pflichten mit rund 38 Prozent der Nettostunden und auch der Nettokosten zu Buche.

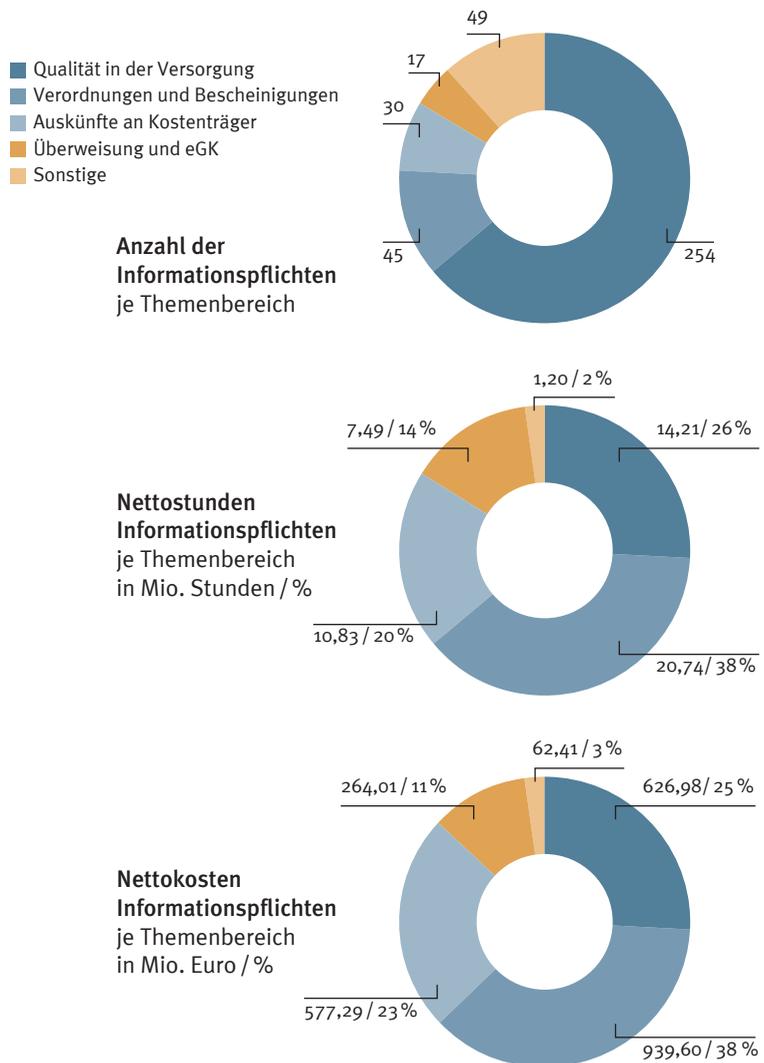
Beide Gruppen steigen minimal im Vergleich zum Vorjahr an, ansonsten bleibt die Verteilung der Informationspflichten nach Themenbereichen aber weitgehend kongruent mit den Daten der Vorjahre<sup>22</sup>.

22) Vgl. Fachhochschule des Mittelstands et al., Bericht 2016, Kapitel 5.1, S. 15; Fachhochschule des Mittelstands et al., Bericht 2017, Kapitel 4.1, S. 17.

Abb. 6

### INFORMATIONSPFLICHTEN JE THEMENBEREICH 2018

Nicht erfasst werden einmalige Informationspflichten



## 4.2 Aufwände in Stunden und Kosten

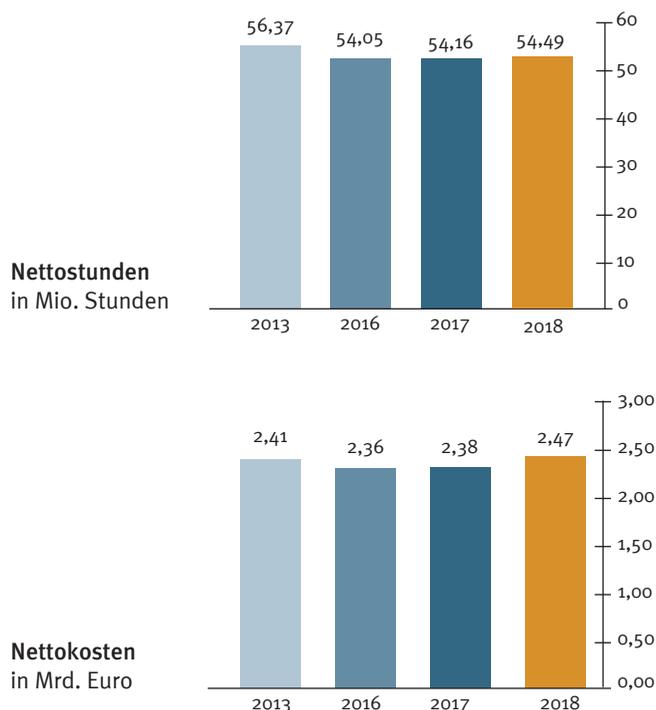
Die durch die gemeinsame Selbstverwaltung induzierten Informationspflichten verursachen bei den Vertragsärzten und -psychotherapeuten eine Bürokratiebelastung im Umfang von 54,49 Millionen Nettoarbeitsstunden insgesamt; dies bedeutet im Vergleich zum Vorjahr mit 54,16 Millionen Stunden einen leichten Anstieg von 0,60 Prozent (vgl. Abbildung 7, Seite 18).

Unter Berücksichtigung der jeweiligen Tarifsätze und Zusatzkosten führt dies zu einer deutlich ansteigenden Bürokratiekostenbelastung von 2,47 Milliarden Euro. Der stärkere Anstieg bei den Kosten erklärt sich, wie bereits in Kapitel 2.2, Seite 9 dargestellt, aus der stärkeren Belastung der Ärzte und Psychotherapeuten selbst im Vergleich zum Praxispersonal und vor allem den hier relevanten Anpassungen der Lohnkosten, was ein stärkeres Anwachsen vor allem der Nettokosten nach sich zieht.

Hochgerechnet auf die Zahl der Arzt- und Psychotherapeutenpraxen ergibt sich damit ein durchschnittlicher Zeitaufwand für die durch die Selbstverwaltung veranlasste Bürokratie von weiterhin rund 60 Tagen pro Praxis und Jahr wie im Vorjahr.

Abb. 7

**BÜROKRATIEAUFWÄNDE 2013 / 2016 / 2017 / 2018**



## 4.3 Die Top-25-Informationspflichten

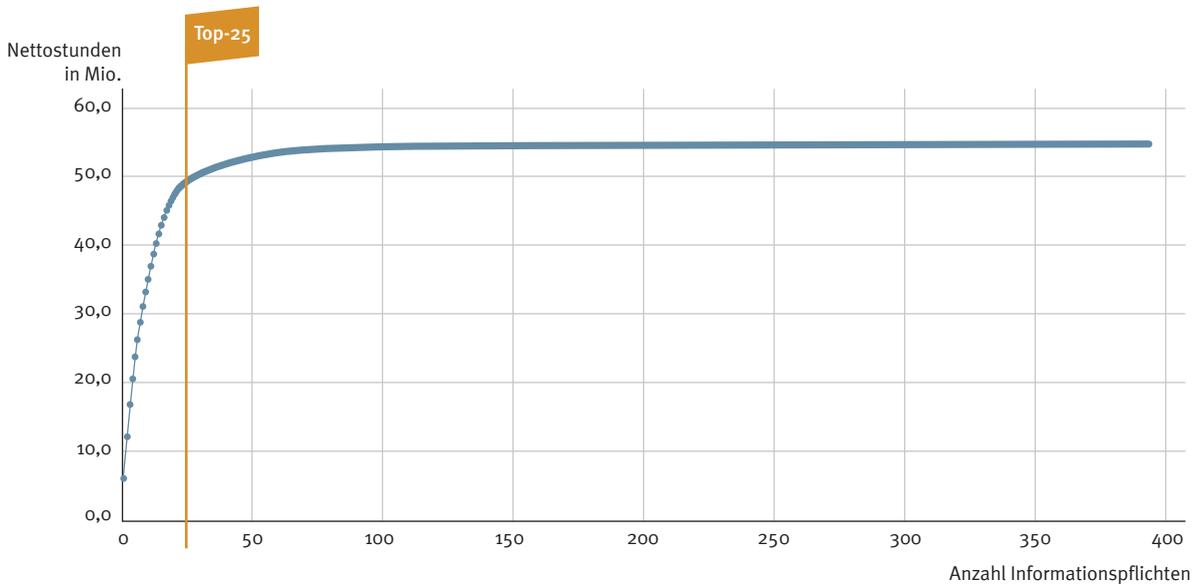
Knapp 90 Prozent der bürokratischen Belastung für Ärzte und Psychotherapeuten wird weiterhin durch nur 6,3 Prozent der Informationspflichten ausgelöst. Oder anders dargestellt: Die Top-25 der untersuchten Informationspflichten bilden bereits 49,05 Millionen

Stunden des Gesamtaufwands von 54,49 Millionen Stunden pro Jahr ab, wie die Kurve der kumulierten Aufwände in Abbildung 8, Seite 19 zeigt. Die ermittelte Schwerpunktsetzung gilt dabei für die Gesamtheit aller Vertragsärzte und -psychotherapeuten; der

Schwerpunkt der Informationspflichten kann bei einzelnen Facharztgruppen durchaus abweichen und ist auch von der Organisationsweise und fachlichen Ausrichtung der Praxis abhängig.

Abb. 8

**KUMULIERTER AUFWAND AUS INFORMATIONSPLICHTEN** in Mio. Stunden



**Zu ausgewählten Pflichten im Einzelnen**

Ein hoher bürokratischer Aufwand für Vertragsärzte und -psychotherapeuten ergibt sich typischerweise bei Informationspflichten mit sehr hohen Fallzahlen oder solchen mit hohem Zeitaufwand im Einzelfall. In der Liste der 25 aufwändigsten Informationspflichten lassen sich diese idealtypischen Konstellationen sehr gut identifizieren:

Zum einen finden sich zahlreiche Informationspflichten, die mit einem nur geringen Zeitaufwand von wenigen Minuten, aber sehr hohen Fallzahlen im Ergebnis zu einem sehr hohen bürokratischen Aufwand führen. Den größten bürokratischen Aufwand von über 6 Millionen Nettoarbeitsstunden verursacht die Informationspflicht „Ausstellen von Überweisungen“ mit der höchsten Fallzahl von über 200 Millionen bei nur zwei

Minuten Zeitaufwand pro Fall. Diese Spitzenposition bleibt konstant zum Vorjahr; hier konnte der Wegfall der Praxisgebühr 2013 zuvor eine spürbare Entlastung von 2,47 Millionen Stunden bewirken<sup>23</sup>, inzwischen steigt die Belastung jedoch wieder leicht an.

Die „Bescheinigung Arbeitsunfähigkeit auf Muster 1“ auf Platz 3 mit einem Gesamtaufwand von knapp 5 Millionen sticht in dieser Gruppe besonders heraus durch einen Anstieg der Fallzahl von rund 4 Prozent, was bei über 80 Millionen Fällen und einem Zeitaufwand von 4 Minuten zu der stärksten zusätzlichen Bürokratiebelastung 2018 von über 200.000 Nettoarbeitsstunden geführt hat<sup>24</sup>.

Weitere Informationspflichten mit sehr hohen Fallzahlen sind zum Beispiel die „Verordnung Krankenbeförderung“ mit über 51 Millionen Fällen und einem Zeitaufwand von rund

4,5 Minuten oder die „Verordnung Hilfsmittel“ mit über 33,8 Millionen Fällen und 4 Minuten Aufwand.

Auf der anderen Seite fallen in den Top-25 solche Informationspflichten auf, die zwar besonders zeitintensiv sind, allerdings nur mit einer recht geringen Gesamtfallzahl in die Berechnung eingehen. Hier kann als typisches Beispiel die „Dokumentation Qualitätsmanagement“ auf Platz 7 mit einem Zeitaufwand von insgesamt 2,5 Millionen Stunden genannt werden, resultierend aus einer geringen Fallzahl von rund 115.000 Fällen, aber einem erheblichen Zeitaufwand von über 1.300 Minuten pro Fall (Praxis).

23) Vgl. Fachhochschule des Mittelstands et al., Bericht 2016, Kapitel 6.3, S. 26f.

24) Vgl. ausführlich Kapitel 3.2, S. 12 ff. zu den Be- und Entlastungen.

## Die 25 aufwändigsten Informationspflichten

RANG	BEZEICHNUNG DER INFORMATIONSPLICHT	FALLZAHL 2018	GESAMTSTUNDEN netto 2018
1	Ausstellen von Überweisungen	200.616.581	6.018.497
2	Auskünfte an Krankenkassen und MDK auf vereinbarten Vordrucken	26.694.688	5.783.849
3	Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit auf Muster 1 und Prüfung genaue Umstände und Ausnahmetatbestände	80.214.835	4.933.212
4	Verordnung Krankenförderung	51.339.004	3.867.538
5	Foto-/Video-/Bilddokumentation	13.630.213	3.129.270
6	Aufklärung des Patienten, dass Kosten für eine nicht verordnungsfähige veranlasste Leistung selbst zu tragen sind. (Erstaufklärung)	26.249.440	2.515.571
7	Dokumentation Qualitätsmanagement	115.117	2.502.068
8	Auskünfte an Krankenkassen und MDK (formfrei)	12.616.400	2.313.007
9	Verordnung Hilfsmittel	33.850.000	2.031.000
10	Heilmittelverordnung im Regelfall	29.794.435	2.011.124
11	Durchgangsarztbericht	2.916.176	1.822.610
12	Dokumentation DMP DM Typ 2	12.551.301	1.725.804
13	Aufklärung des Patienten bei Überschreitung der Festbetragsgrenze	34.209.012	1.425.376
14	Dokumentation zytologische Untersuchung	14.760.280	1.402.227
15	Erhebung Daten im Ersatzverfahren	8.412.266	1.261.840
16	Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalls	7.448.609	1.005.562
17	Aufklärung des Patienten, dass Kosten für eine nicht verordnungsfähige veranlasste Leistung selbst zu tragen sind. (Folgeaufklärung)	104.997.760	874.981
18	Begründungspflicht Gebührenordnungspositionen	13.777.505	858.798
19	Antrag Langzeittherapie	203.467	751.556
20	Dokumentation DMP KHK	5.577.264	720.397
21	Ausfüllen und Archivieren Muster 30	11.158.192	520.716
22	Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung	8.936.193	491.491
23	Dokumentation DMP COPD	2.270.643	387.902
24	Verordnung häusliche Krankenpflege	2.593.763	350.158
25	Dokumentation DMP Asthma	2.830.392	342.006

## 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

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

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

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

DMP-Anforderungen-Richtlinie

Bundesmantelvertrag

Richtlinie des G-BA über die Früherkennung von Krebserkrankungen

Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte

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

Bundesmantelvertrag

Einheitlicher Bewertungsmaßstab

Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung

DMP-Anforderungen-Richtlinie

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

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

DMP-RL

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege

DMP-RL

In der Liste der Top-25-Informationspflichten, die durch die gemeinsame Selbstverwaltung begründet werden, ist weiterhin eine äußerst hohe Kontinuität der Pflichten feststellbar: die ersten acht Pflichten sind sogar in der Reihenfolge konstant geblieben. Insgesamt waren im Berichtsjahr 2018 24 der 25 aufwändigsten Informationspflichten auch im Vorjahr unter den Top-25<sup>25</sup>. Neu ist lediglich an Platz 24 die „Verordnung häusliche Krankenpflege“ mit über 2,6 Millionen Fällen<sup>26</sup>.

Zudem fällt auf, dass vor allem Pflichten mit sehr großen Fallzahlen auf den vorderen Plätzen in der Top-25-Liste dominieren, und dass bei diesen die Fallzahlen zudem ansteigen. Dies verdeutlicht umso mehr, dass nachhaltig wirkende Maßnahmen zur Bürokratieentlastung weiter bei diesen Massenpflichten ansetzen sollten.

### FAZIT

Insgesamt ist zu konstatieren, dass die Steigerungen des bürokratischen Aufwands vor allem auf gestiegene Fallzahlen vorhandener Informationspflichten zurückzuführen sind, die häufig im Zusammenhang mit demographischen Entwicklungen einer alternden und zunehmend multimorbiden Patientenschaft stehen.

Trotz Verschlankungen von Antragsverfahren und Formularen<sup>27</sup> steigt die Bürokratiebelastung weiter an. Der Bürokratieabbau stößt hier an Grenzen, was die gewünschten Abbaueffekte angeht. Dies verdeutlicht allerdings auch den Bedarf, tätig zu werden.

25) Nicht mehr in den Top-25 enthalten ist der Antrag Kurzzeittherapie (ohne Gutachterverfahren).

26) Vgl. oben Kapitel 3.2 zu den Belastungen.

27) Vgl. Zwischenbericht des Nationalen Normenkontrollrates zum Projekt „Mehr Zeit für Behandlung“ und Positionspapier vom 23.10.2017 S. 4ff. mit einem Überblick über erreichte Verfahrensvereinfachungen und vgl. Beispiel zu Formularlaboren und der Chroniker-Bescheinigung Muster 5 im Vorjahresbericht Fachhochschule des Mittelstands et al., Bericht 2017, Kapitel 7, Seite 30 f.

# 5

## Demographie und vertragsärztliche Versorgung



Die Herausforderungen durch die demographische Entwicklung stellen ein globales Geschehen und einen Megatrend in allen Industrieländern dar, sind also keineswegs auf Deutschland beschränkt, wenngleich die Herausforderungen Deutschland in besonderem Maße treffen werden.

Denn die beiden demographischen Grundentwicklungen, die sinkende oder (zu) niedrige Geburtenziffer einerseits und die steigende Lebenserwartung andererseits, treffen hier in besonderem Maße zu; die Bevölkerung Deutschlands ist mithin demographisch eine der ältesten der Welt<sup>28</sup>.

28) Vgl. ausführlich zur demographischen Bestandsaufnahme die Studie: Robert Koch-Institut (Hrsg.), Gesundheit in Deutschland, Einzelkapitel: Welche Auswirkungen hat der demografische Wandel auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung?, Berlin 2015, S. 435ff. m.w.N.

› Demographiebedingt wird die Nachfrage der Bevölkerung nach pflegerischen und ambulanten ärztlichen Leistungen weiter ansteigen und zusätzlichen bürokratischen Aufwand bei Verordnungen, Dokumentation und Datenaustausch verursachen.

› Bereits heute lässt sich eine Zunahme von typischen demographieassoziierten ärztlichen Verordnungen und damit zusätzlichen bürokratischen Belastungen feststellen.

› Der demographiebedingte natürliche Trend zu mehr bürokratischem Aufwand macht einen nachhaltigen und pro-aktiven Bürokratieabbau unabdingbar.

## 5.1

# Auswirkungen der demographischen Entwicklung

### Anforderungen an die vertragsärztliche Versorgung

Die steigende Lebenserwartung führt zu einer Zunahme chronischer Erkrankungen und multimorbider Krankheitsbilder bei den Patienten.

Aufgrund der demographischen Entwicklung ist in den nächsten Jahrzehnten daher mit einem wachsenden Bedarf an medizinischer Versorgung und auch an Ärzten selbst zu rechnen; und dies angesichts der Überalterung der Ärzteschaft und einer heute schon regional sehr unterschiedlichen Vertragsärztdichte mit Versorgungsengpässen im ländlichen Raum.

Gleichsam wird der Bedarf an Pflegeleistungen auf allen Ebenen, an unterstützender und alleiniger professioneller ambulanter häuslicher Pflege, aber auch an stationärer Vollpflege weiter steigen<sup>29</sup>. Zunehmend ältere, multimorbide und demente Patienten werden zukünftig weniger von eigenen Kindern informell gepflegt werden können, da die Zahl der Ehepaare mit Kindern und damit die Zahl der Angehörigen, die Pflegeaufgaben übernehmen können, deutlich sinkt<sup>30</sup>. Daher werden sie zunehmend von (einem ebenfalls immer älteren) professionellen Pflegepersonal versorgt werden müssen<sup>31</sup>. Bereits heute besteht hier ein enormer Bedarf an qualifizierten Fachkräften; die aktuellen gesetzgeberischen Diskussionen um ein Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)<sup>32</sup> zeigen in diesem Kontext den akuten Handlungsbedarf beim Pflegepersonal umso deutlicher. Zudem kann man bereits jetzt aufgrund der Leistungsausweitungen durch die Pflegereform 2017 einen deutlichen Anstieg der Inanspruchnahme und der

Kosten der Pflegeleistungen feststellen<sup>33</sup>. Die weitere Zunahme an Demenzerkrankungen wird dabei eine besondere zusätzliche Herausforderung im Bereich der Pflege darstellen.

### Folgerungen für die Bürokratiebelastung in den Praxen

Diese Trends haben nachhaltige Auswirkungen auch auf die vertragsärztliche Versorgung, vor allem für Hausärzte. So werden beispielsweise zunehmend mehr aufwändige Hausbesuche erforderlich mit entsprechenden Fahrtzeiten, sowohl bei betagten Patienten, die noch allein zu Hause leben, und insbesondere bei Patienten, die ambulant häuslich oder vollstationär gepflegt werden.

Für den Arzt bedeuten mehr ältere, aufgrund ihres Alters multimorbide, zunehmend mobilitätseingeschränkte Patienten zusätzliche Überweisungen und Verordnungen, Korrespondenzen mit Kassen, Pflegeversicherungen, Medizinischem Dienst und Heimen durch die Pflege an sich für Gutachten, Therapie- und Medikationspläne, Verordnung von Krankentransporten usw.<sup>34</sup> So nimmt beispielsweise der Altersdiabetes Typ 2 bei den älter werdenden Patienten weiter zu und verursacht neben dem Behandlungs- und Schulungsaufwand auch noch zusätzlich die Administration der DMP-Programme.

Es steigt also nicht nur der Bedarf an medizinischer Versorgung durch zunehmende Morbidität, insbesondere chronische Erkrankungen und die insgesamt längere Lebenserwartung, sondern auch der Verwaltungsaufwand im Zusammenhang mit allen Formen des

gestiegenen Pflegeaufwands an sich, der in der Regel vom Hausarzt medizinisch begleitet wird.

29) Die letzte zweijährliche Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes 2017 stellte für 2015 bereits einen Anstieg der Pflegebedürftigen von 9 Prozent zum Jahresende 2015 im Vergleich zu 2013 fest; vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2015, Wiesbaden 2017, S. 7.

Dieser Trend hat sich aufgrund der Pflegereform 2017 sehr deutlich weiter verstärkt. Die Zahl der Menschen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung haben, stieg nach Daten des Bundesministeriums für Gesundheit, „Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung“ S. 1f., a.a.O. von 2016 zur Jahreswende 2017 von 2,75 Mio. auf nun insgesamt 3,49 Mio. (davon rund 2,5 Mio. ambulant und 780.000 stationär).

30) Vgl. Sechster Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, S. 23: die Zahl der Ehepaare mit Kindern sank von 10 Mio. 1999 auf 7,8 Mio. im Jahre 2014.

31) Das BMG prognostiziert unter der Annahme einer dauerhaft konstanten altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit einen weiteren Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen auf rund 4,07 Mio. 2030, 4,6 Mio. 2040 und auf 5,32 Mio. im Jahre 2050; s. BMG a.a.O. „Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung“ S. 14 mit weiteren Daten zur Bevölkerungsentwicklung.; vgl. zu Szenarien zur Entwicklung der Pflege und zur drohenden Versorgungslücke an Pflegepersonal auch Bertelsmann Stiftung, Themenreport „Pflege 2030“, 2012; S. 3ff.

32) Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 24.9.2018, BT-Drs. 19/4453.

33) Die Leistungsausgaben in der sozialen Pflegeversicherung stiegen von 28,9 Mrd. EUR 2016 auf 35,5 Mrd. EUR 2017 (davon 20,8 Mrd. EUR für ambulante und 14,7 Mrd. EUR für stationäre Versorgung), s. BMG a.a.O. „Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung“ S. 4.

34) Vgl. die Erfahrungen eines Hausarztes im „Blick in die Praxis“ in Kapitel 5.2, S. 25.

Hier entstehen neue Herausforderungen im Bereich der medizinischen Dokumentation, des Datenaustauschs zwischen Ärzten/Psychotherapeuten und anderen Einrichtungen und Leistungserbringern, der mobilen Praxisverwaltungssysteme bei gleichzeitiger Sicherstellung eines hohen Datenschutzstandards und damit auch grundsätzlich zusätzliche bürokratische Aufwände. Die Anforderungen an digitale Innovationen und die Notwendigkeit der Ausschöpfung von Digitalisierungspotentialen, um all diesen Erfordernissen zu begegnen, liegen hier auf der Hand<sup>35</sup>.

Betrachtet man ferner bereits heute exemplarisch die Liste der Top-25-Informationspflichten<sup>36</sup>, zeigt sich ein ähnliches Ergebnis:

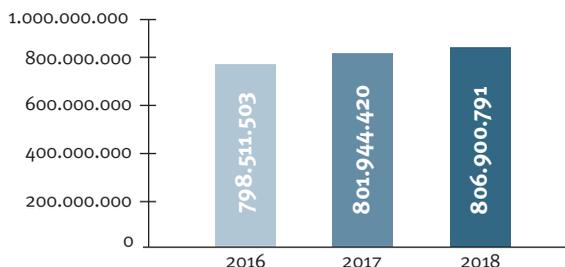
Zwar ist es an sich schwierig, genau zwischen demographiebedingten und anderen Steigerungen von Verordnungen und damit einhergehenden Informationspflichten zu differenzieren, da aufgrund der steigenden Morbidität im Grunde unterschiedliche Krankheitsbilder, Therapien und Bürokratiepflichten ursächlich sein können. Letztlich sind z.B. auch die Anstiege bei der Informationspflicht „Ausstellen von Überweisungen“ nicht zuletzt auch auf die Effekte einer alternden Gesellschaft zurückzuführen.

Vor allem aber lässt sich feststellen, dass insbesondere typisch demographieassoziierte Verordnungen wie die „Verordnung Krankenbeförderung“<sup>37</sup> auf Platz 4, die „Verordnung Hilfsmittel“<sup>38</sup> auf Platz 9 und die neu auf Platz 24 hinzugetretene „Verordnung häusliche Krankenpflege“<sup>39</sup> kontinuierlich

Abb. 9

### FALLZAHLENTWICKLUNG DER ERFASSTEN INFORMATIONSPFLICHTEN 2016 – 2018

Ausgenommen sind einmalige Informationspflichten



weiter ansteigen mit den entsprechenden bürokratischen Belastungen für die Praxen.

Im Ergebnis steigt damit auch der bürokratische Aufwand für Ärzte und Psychotherapeuten, ganz dem demographischen Trend folgend, quasi natürlich und fast unbemerkt weiter an, ohne dass es zusätzlicher bürokratischer Pflichten oder Regelungen bedürfte. Diesen Trend bestätigt auch die Entwicklung der absoluten kumulierten Fallzahlen aller Informationspflichten mit einem steten Anstieg in den letzten Jahren: von 2016 nach 2017 stieg die absolute Zahl um 0,43 Prozent, von 2017 nach 2018 nun um weitere 0,62 Prozent auf insgesamt über 806 Millionen Fälle an (vgl. Abbildung 9, Seite 24).

Ärzte geraten somit angesichts des demographischen Wandels doppelt unter Druck. Zum einen erfordert die Versorgung der älter werdenden Bevölkerung mehr ärztliche Behandlungszeit. Gleichzeitig steigt aber auch die Bürokratie, die die knappe ärztliche Behandlungszeit weiter reduziert.

Da die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen und die Fallzahlen demographiebedingt steigen und nicht beeinflusst werden können, sich die Situation bei bloßem Zuwarten sogar noch kontinuierlich weiter verschärfen würde, wird die Dringlichkeit einer Entschärfung des Bürokratieproblems in all seinen Ausprägungen und der Handlungsauftrag zu einem nachhaltigen und pro-aktiven Bürokratieabbau umso deutlicher.

35) Vgl. zur Relevanz der Digitalisierung in der vertragsärztlichen Versorgung auch den Schwerpunkt im Vorjahresbericht: Fachhochschule des Mittelstands et al., Bericht 2017, Kapitel 5.1, S. 23ff.

36) Siehe oben Kapitel 4.3, Seite 20f.

37) Anstieg der Fallzahl "Verordnung Krankenbeförderung" von 46,21 Millionen 2016, 51,05 Millionen 2017 auf 51,34 Millionen 2018.

38) Anstieg der Fallzahl "Verordnung Hilfsmittel" von 32 Millionen 2016, 33 Millionen 2017 auf 33,85 Millionen 2018.

39) Anstieg der Fallzahl "Verordnung häusliche Krankenpflege" von 2,3 Millionen 2016, 2,39 Millionen 2017 auf 2,59 Millionen 2018.



## 5.2 Blick in die Praxis

### Wie nehmen Ärzte die demographische Veränderung wahr?

#### Wenn Sie zurückblicken, wie hat sich die Zusammensetzung Ihrer Patienten in den letzten Jahren/Jahrzehnten entwickelt?

Nun, die Ammerländer Region als „Altenheim des Ruhrgebiets“ war insofern schon immer etwas Besonderes, da hier eine überdurchschnittlich alte Bevölkerung zu versorgen ist. Zuzug findet hier vor allem in den oberen Altersgruppen statt, die hierhin ihren Altersruhesitz verlegen. Dadurch bin ich als Arzt selbstverständlich ganz anders, vor allem viel mehr gefragt als in jüngeren Regionen: viele multimorbide, chronisch kranke Patienten mit Polymedikation, mehr Hausbesuche, mehr Zeit für Arzneimitteltherapiesicherheit usw. Gleichzeitig scheiden hier in der Gegend immer mehr Kollegen aus der Versorgung aus oder haben Schwierigkeiten, Nachfolger zu finden.

#### Wie wirkt sich das auf die Praxisabläufe aus?

Die Nachfrage der Patienten ist konstant hoch, steigt sogar. Deshalb bin ich froh, dass es gelungen ist, hier in der Praxis neue Kollegen dazu zu gewinnen, die bei der Versorgung in der Region unterstützen. Aber insgesamt erleben wir durchaus eine Arbeitsverdichtung bei der Versorgung der älteren und alten Patienten, und da müssen wir aufpassen, dass die Zuwendung zum Patienten nicht auf der Strecke bleibt. Und dann kommt eben noch die ganze Bürokratie oben drauf. Das wird mit den älteren und kränkeren Patienten

natürlich auch mehr. Es muss mehr verordnet, mehr beantragt, mehr mit den Krankenkassen kommuniziert werden, es kommen mehr Rückfragen und so weiter, beispielsweise bei den Reha-Anträgen. Wir versuchen da viel mit einer effizienten Praxisorganisation abzufangen, aber auch das hat Grenzen.

#### Welche Prozesse sind aus Ihrer Sicht dabei besonders bürokratisch?

Das sind viele alltägliche Dinge, die sich nicht vermeiden lassen, und die wir tun müssen, um die Praxis am Laufen zu halten. Derzeit ist aber beispielsweise die technische Umsetzung der Verordnung von Physiotherapie mehr als ärgerlich. Da muss man sich im Praxisverwaltungssystem durch vier Menüebenen klicken, um eine einfache Physiotherapie zu verordnen. Oder der Antrag auf Rehabilitationsleistungen, da sind viele Fragen doppelt gestellt, und er ist unglaublich lang. Ich würde auch gern eArztbriefe versenden, das ist aber so umständlich, so „deutsch“. Und ich könnte noch weitere Beispiele nennen. Die Zeit, die wir zum Teil mit der Dokumentation und Antragstellung verbringen, ohne dass der Arzt oder der Patient davon etwas haben, ist schon beachtlich. Insgesamt ist es einfach zu viel, und das fehlt dann an anderer Stelle.

#### Wie schätzen Sie die zukünftige Entwicklung ein?

Mit der älter werdenden Bevölkerung werden es sicher nicht weniger Anträge, Formulare, Beurteilungen und so weiter, die wir Ärzte erstellen müssen.

#### Interview:

Dr. med. Tilo Brunnée, Bad Zwischenahn, Facharzt für Allgemeinmedizin, Hausarzt, Allergologe, Arzt für Ernährungsmedizin, Palliativmediziner, Mitglied des Vorstandes der Ärztegenossenschaft Niedersachsen/Bremen und einer der Geschäftsführer des Ärztenetzes pleXXon.

Deshalb kann ich durchaus jene Ärzte verstehen, die sich den bürokratischen Aufwand sparen wollen und angeht oder privatärztlich tätig werden wollen oder ganz aus der Versorgung ausscheiden. Wenn nichts getan wird, wird sich die Versorgung auf jeden Fall für die Patienten verschlechtern, einfach weil das Zeitbudget endlich ist. Im Rahmen eines Projekts des Innovationsfonds wollen wir uns im hiesigen Ärztenetz künftig strukturierter um die geriatrische Versorgung kümmern. Dabei werden zum Teil auch Dokumentations- und Abstimmungsaufgaben an entsprechend kompetente Fachkräfte delegiert. Dadurch können wir die Versorgung effizienter gestalten, wir arbeiten an der Verstetigung nach Ablauf der Förderung.

#### Wie sehen Sie die Politik und die gemeinsame Selbstverwaltung gefordert?

Ich würde mir dort schon die Frage stellen, ob alle Dokumentationen, die derzeit gefordert werden, überhaupt den erwünschten Nutzen bringen. Oder ob wir unsere Zeit für die Versorgung von Patienten nicht sinnvoller einsetzen können. Ebenso würde ich mir gesetzliche Vorgaben wünschen, die den Wechsel zwischen den Praxisverwaltungssystemen erleichtern. Derzeit ist man ja quasi Geisel der Technik, und man kann, auch wenn etwas schlecht, für den Arzt aufwändig und teuer umgesetzt wird, trotzdem nicht ohne weiteres wechseln. Hier würde ich mir durch einen offenen Markt und mehr echte Konkurrenz eine wirkliche Verbesserung erhoffen. Insgesamt muss das Thema Bürokratie einfach gemeinsam angegangen werden, und dabei darf am Ende auf gar keinen Fall herauskommen, dass es wieder mehr geworden ist.

# 6

## Schlussfolgerungen der KBV

Bürokratieabbau geht  
mit einer Steigerung der  
Qualität von Regulierung  
einher.

Die Ergebnisse des Bürokratieindex 2018 zeigen erneut, Bürokratieabbau bleibt das Bohren dicker Bretter. Auch in diesem Berichtsjahr kommt es zu einem leichten Anstieg der Bürokratiebelastung aufgrund von Regelungsvorgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung. Zwar konnte an der einen oder anderen Stelle Bürokratie mit großer Anstrengung abgebaut werden, gleichzeitig sind aber auch neue Belastungen hinzugekommen oder ist die Belastung durch bereits bestehende Pflichten angestiegen. Im Ergebnis übertrifft der Anstieg die erzielten Einsparungen.

### Aktiver Bürokratieabbau bleibt notwendig

Bürokratieabbau ist eben kein Selbstläufer. Viel schlimmer: Selbst wenn die gemeinsame Selbstverwaltung vollständig auf neue Regelungen verzichten würde, steigt die bürokratische Belastung stetig an. Ursache dafür sind vor allem die morbiditätsbedingt steigenden Fallzahlen. Ältere und kränkere Patienten bedürfen schlicht und ergreifend einer umfangreicheren Versorgung. Dementsprechend steigen die Anzahl der Verordnungen von Krankentransport, der Bescheinigungen von Arbeitsunfähigkeit, der Verordnungen häuslicher Krankenpflege sowie die Zahl der Einschreibungen in DMPs oder die Hilfsmittelverordnungen. Zusätzlich wird das Spektrum der über die gesetzliche Krankenversicherung abrechenbaren Leistungen regelmäßig erweitert, sodass neue Behandlungsmöglichkeiten auch neue Informationspflichten für

Ärzte und Psychotherapeuten mit sich bringen. Nichts zu tun bedeutet deshalb keine Stagnation der bürokratischen Aufwände, sondern deren stetigen Anstieg. Und selbst der Abbau der bestehenden Bürokratie reicht bisweilen nicht aus, um diesen Anstieg zu stoppen. Um die Versorgung der Patientinnen und Patienten aber auch in Zukunft sicherstellen zu können, brauchen wir deshalb eine Trendwende! Denn jede Minute, die durch bürokratische Pflichten unnötig verschwendet wird, geht zu Lasten der Patientinnen und Patienten.

### Verbindliche Abbauziele und Unterstützung der Politik benötigt

Die Bundesregierung hat in der Vergangenheit gezeigt, wie man sich dem Trend entgegenstemmen kann. Sie hat sich nach der Einrichtung des Nationalen Normenkontrollrates 2006 im Jahr 2007 ein verbindliches Abbauziel von 25 Prozent der Bürokratiebelastung für die Wirtschaft gesetzt und bis zum Jahr 2011 auch weitgehend erreicht. Auch viele andere europäische Länder haben ähnliche Erfahrungen gemacht. Offenkundig braucht erfolgreicher Bürokratieabbau ein verbindliches Abbauziel und die Unterstützung der politischen Führung.

Ein konkretes Abbauziel für bürokratische Belastungen der Ärzte und Psychotherapeuten wäre für die gemeinsame Selbstverwaltung eine lohnende Herausforderung. Die Reduktion des Bürokratieaufwands im vertragsärztlichen Bereich um 25 Prozent würde nach den durch den BIX gelieferten Daten in den



Praxen über 13 Millionen Stunden pro Jahr zusätzlich für die Versorgung der Patienten frei werden lassen. Angesichts des demografischen Wandels, steigender Morbiditätsentwicklung und neuer, anspruchsvoller Behandlungsmethoden wird diese Behandlungszeit dringend benötigt und wäre echte zusätzliche Zeit für die Patienten.

### **Entbürokratisierung fördert Niederlassungen**

Entbürokratisierung fördert zudem die Niederlassung. Medizinstudierende wissen sehr genau, welche bürokratischen Aufwände sie in der Niederlassung erwarten. Viele von ihnen haben deshalb Vorbehalte gegenüber der Tätigkeit in eigener Praxis. Mit dem Abbau von Bürokratie ließe sich somit ganz konkret dem Ärztemangel, beispielsweise in ländlichen Regionen, kurzfristig entgegenwirken.

### **Bessere Regulierung fördern, Qualität erhalten**

Vielfach wird befürchtet, dass der Abbau von Bürokratie mit einer Absenkung der bestehenden hohen Standards in der vertragsärztlichen Versorgung einher ginge oder Steuerungsmöglichkeiten entfielen. Besser heißt aber eben gerade nicht zwangsläufig weniger zu regulieren. Praxistaugliche, smarte Regelungen, die von den Anwendern verstanden werden, deren Sinn und Zweck nachvollziehbar ist und die technisch leicht umzusetzen sind, führen viel eher dazu, die gewünschten Steuerungsziele

zu erreichen, als überbordende Regelungswut. Hierfür muss Häufiges von Seltenem und Wichtiges von Unwichtigem klar getrennt werden. Sinnvolle Regulierung ist notwendig und erreicht durch kluges Design und geschickte Umsetzung ihre Ziele effizient. Leider lassen sich aber nur bedingt Anzeichen für einen Bewusstseinswandel in der Selbstverwaltung, vor allem bei den Krankenkassen, aber auch auf Seiten der Politik beobachten. Hier werden Heilserwartungen mit mehr Regulierung verbunden, die, bei Lichte betrachtet, das Gegenteil bewirken. Stattdessen wird unnötig ärztliche und psychotherapeutische Behandlungszeit verschwendet.

### **Gemeinsam mehr Zeit für Behandlung schaffen**

Vor dem Hintergrund des stetigen und fast automatischen Anstiegs an bürokratischer Belastung ist neben der gemeinsamen Selbstverwaltung auch die Bundesregierung aufgerufen, die bürokratische Belastung von Ärzten und Psychotherapeuten nicht weiter zu steigern. Dies gilt insbesondere für aktuelle gesundheitspolitische Vorhaben. Stattdessen sind konsequente politische Maßnahmen gefragt, die eine Reduktion der bürokratischen Belastung zum Ziel

haben. Gute medizinische Versorgung lässt sich fördern und erhalten, indem Ärzten und Psychotherapeuten die Zeit gegeben wird, das zu tun, was sie am besten können: sich um die Gesundheit ihrer Patienten kümmern.

Dr. Andreas Gassen  
Vorstandsvorsitzender der KBV

Foto: Mitte

Dr. Stephan Hofmeister  
Stellvertretender  
Vorstandsvorsitzender der KBV

Foto: links

Dr. Thomas Kriedel  
Mitglied des Vorstands der KBV

Foto: rechts

# 7

## Vorschläge der KBV zum Bürokratieabbau

Seit dem vergangenen Berichtsjahr konnten zwar weitere Fortschritte bei der Bearbeitung der Vorschläge zum Bürokratieabbau in der vertragsärztlichen Versorgung, die im Rahmen des Projektes „Mehr Zeit für Behandlung“ zwischen KBV und Kassenseite vereinbart wurden, erreicht werden. Allerdings zeigt die anhaltend hohe Bürokratiebelastung, dass weitere Vereinfachungs- und Abbauvorhaben erforderlich sind, um die Bürokratie in den Praxen nachhaltig zu reduzieren. Zu diesem Zwecke bedarf es zusätzlicher Maßnahmen, um die Kultur der Normgebung beziehungsweise Regulierung zu verändern, beispielsweise durch ein verbindliches Abbauziel für Bürokratiekosten oder eine bessere Integration der Bürokratiekostenermittlung in die Abläufe beim G-BA mit dem Ziel der besseren Rechtsetzung.

Zudem gilt immer wieder neu, konkrete Ansatzpunkte zu entwickeln, um rechtliche Vorgaben implementationsgerecht und deren Umsetzung möglichst leichtgängig und bürokratiearm auszugestalten. Aus Sicht der KBV sind die folgenden Punkte geeignet, zu einem Abbau der Bürokratie in den Praxen beizutragen:

### > **Setzung eines verbindlichen Abbauziels für die Selbstverwaltung**

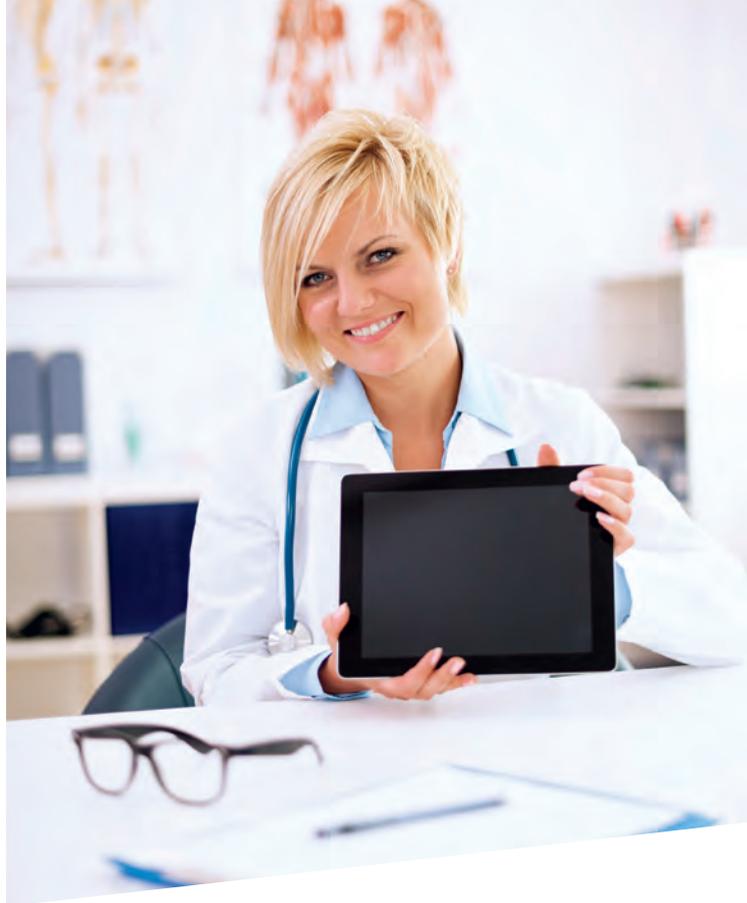
Der Bundesregierung ist es gelungen, mithilfe eines Abbauziels die aus der Bundesgesetzgebung resultierende Belastung der Wirtschaft durch Bürokratiekosten um ein Viertel zu reduzieren. Diese Erfahrung macht deutlich: Zum Erreichen echter Entlastungen werden konkrete Ziele benötigt. Eine Reduzierung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

### > **Spitzengespräche zum Thema Entbürokratisierung**

Bürokratieabbau braucht ein politisches Commitment. In der Bundesregierung sind mit dem NKR und der Geschäftsstelle Bürokratieabbau im Kanzleramt neutrale Stelle auf höchster Ebene geschaffen worden, um den Bürokratieabbau zu unterstützen und zu begleiten. Auch die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung müssen den Dialog auf Spitzenebene zum Thema Entbürokratisierung führen. Dabei geht es darum gemeinsame Ziele zu definieren, deren Umsetzung zu kontrollieren und konkrete Schritte zum Abbau von Bürokratie zu erarbeiten. Um eine neutrale Moderation dieses Prozesses zu gewährleisten und gleichzeitig dessen politische Unterstützung zu demonstrieren, könnte das BMG hier eine Führungsrolle übernehmen.

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

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



### > Digitalisierung für den Abbau von Bürokratie in Praxen nutzen

Die Erfahrungen, die vor einigen Jahren bereits mit der Digitalisierung der vertragsärztlichen Abrechnung gemacht wurden, zeigen, dass die digitale Übermittlung von Daten eine große Chance darstellt, Prozesse effizienter zu gestalten und Praxen damit von administrativen Aufgaben zu entlasten, beispielsweise durch die Vermeidung von Medienbrüchen und Doppeldokumentation. Gleichzeitig muss beachtet werden, dass Digitalisierung nicht in jedem Fall mit Bürokratieabbau gleichzusetzen ist. Wenn praxisuntaugliche Vorgaben gemacht werden oder im Zuge der Digitalisierung Bürokratie aus anderen Bereichen auf die Praxen übertragen wird, kann dies die Belastung weiter anwachsen lassen. Die Aspekte der Praxisuntauglichkeit und des Abbaus von Bürokratie müssen daher bei der Digitalisierung von Prozessen stets mitgedacht werden. Bei der Überarbeitung oder Neusetzung von Normen sollte darauf geachtet werden, das aufwandsreduzierende Potential digitaler Lösungen zu nutzen.

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

Ob die zunehmende Digitalisierung in den Praxen tatsächlich genutzt werden kann, um Vertragsärzte und -psychotherapeuten von Bürokratie zu entlasten, hängt auch von der konkreten Umsetzung in der genutzten Software ab. Bisher bestand im Bereich der Praxisverwaltungssysteme eine monopolähnliche Situation: Eine Praxis war technisch und organisatorisch an die einmal gewählte Software gebunden. Der Wechsel eines Systems wurde von vielen Herstellern nicht unterstützt und brachte für Praxen massive Aufwände mit sich. Einfach zu einer Software mit einer bürokratieärmeren Umsetzung zu wechseln, war daher bisher nicht möglich. Durch die im Sommer 2017 beschlossene gesetzliche Neu-Regelung des § 291 d SGB V sollte der Wechsel auf ein anderes Praxisverwaltungssystem sowie die Nutzung einer anderen Arzneimittelverordnungsdatenbank deutlich einfacher werden. Die KBV hat begonnen, die entsprechenden Schnittstellen zu definieren, die Hersteller haben zwei Jahre Zeit, diese dann umzusetzen. Auch in anderen Bereichen (wie zum Beispiel bei der Patientenakte / dem Patientenfach) könnten Praxen von einheitlichen Schnittstellen profitieren, um möglichst bürokratiearme Lösungen auswählen und bedienen zu können. Die KBV sollte in einem nächsten Schritt die Möglichkeit erhalten, weitere Informationsobjekte zu spezifizieren, so dass ein interoperabler Austausch der medizinischen Dokumentation im Gesundheitswesen als Grundlage weiterer Effizienzsteigerung ermöglicht wird.

Die Digitalisierung muss für den Abbau von Bürokratie in den Praxen genutzt werden.

### › Verbesserung der Praxistauglichkeit von Formularen und sonstigen Vorgaben

Formulare und sonstige Vorgaben können nur dann die ihnen zugedachte Funktion erfüllen, wenn sich diese in der Praxis als gut umsetzbar erweisen. Bürokratie entsteht in vielen Fällen dadurch, dass mit guten Intentionen beschlossene Regelungen sich im Praxisalltag als nicht realisierbar erweisen. Eine Prüfung der Praxistauglichkeit sollte daher zentraler Bestandteil der entsprechenden Entscheidungsprozesse sein. Als ein guter Ansatzpunkt für die Einbeziehung von Wissen aus der Praxis hat sich die Zusammenarbeit mit sogenannten Formularlaboren erwiesen (beispielsweise bei der Überarbeitung der Muster 13, 14, 18). Die KBV greift daher seit 2011 bei der Entwicklung neuer Vordrucke oder der Überarbeitung der bestehenden Formulare auf das Praxiswissen der Formularlabore zurück. Eine breitere Akzeptanz dieses Austauschs mit der Praxisebene bei allen relevanten Akteuren der gemeinsamen Selbstverwaltung würde helfen, Formulare implementationsgerechter zu gestalten und so den Praxisalltag zu vereinfachen.

### › Reduzierung der formfreien Anfragen in den Praxen

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

## Bürokratieabbau braucht verbindliche Ziele.

### > Verschlinkung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)

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

### > Die qualifizierte elektronische Signatur (QES) auf die notwendigen Fälle eingrenzen

In nur wenigen anderen Berufsfeldern werden so viele Signaturen geleistet wie in der vertragsärztlichen Versorgung. Verordnungen und veranlasste Leistungen, Anfragen, Anträge, Berichte etc., all dies bedarf der Unterschrift des Arztes. Die Überführung dieser Prozesse in die digitale Welt ist somit regelhaft mit der Nutzung einer qualifizierten elektronischen Signatur (QES) verbunden, die das juristische Äquivalent zur händischen Unterschrift darstellt. Gleichzeitig ist die QES, insbesondere als Anwendung auf dem elektronischen Heilberufsausweis (eHBA), mit erheblich mehr Zeitaufwand verbunden als eine einfache Unterschrift. Sie stellt deshalb ein wesentliches Hindernis bei der Digitalisierung von Prozessen der vertragsärztlichen Versorgung dar. Vor diesem Hintergrund ist zu prüfen, bei welchen digitalen Anwendungen ggf. auf die Nutzung einer QES verzichtet werden kann, ohne dass die juristische Verbindlichkeit und Belastbarkeit der digital übermittelten Information beeinträchtigt wird. Beispielsweise wäre denkbar, in sicheren, geschlossenen Netzen, in denen Sender und Empfänger klar identifizierbar sind und die Unveränderlichkeit der übermittelten Information garantiert werden kann, auf eine QES zu verzichten. Zudem sollten aufwandsärmere Alternativen zu bestehenden QES-Lösungen im Rahmen von eIDAS<sup>40</sup> Anwendung finden können.

<sup>40</sup> eIDAS (electronic IDentification, Authentication and trust Services), in Deutschland auch IVT, bezeichnet die Verordnung (EU) Nr. 910/2014 des Europäischen Parlaments und des Rates über elektronische Identifizierung und Vertrauensdienste für elektronische Transaktionen im Binnenmarkt und zur Aufhebung der Richtlinie 1999/93/EG.



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



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



KASSENÄRZTLICHE  
BUNDESVEREINIGUNG