



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

VORSCHLÄGE DER KBV ZUR ENTBÜROKRATISIERUNG

16. JANUAR 2025

INHALT

VORSCHLÄGE DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG ZUR ENTBÜROKRATISIERUNG	3
1) Vorschlag für ein digitales Antrags- u. Genehmigungsverfahren für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen	3
2) Kein Konsiliarbericht bei Überweisung durch Vertragsärzte	4
3) Verzicht auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und Kind-krank-Bescheinigung bei kurzer Krankheitsdauer	4
4) Verschlankung des Zulassungsverfahrens	5
5) Aufwand für Anfragen von Krankenkassen und anderen Stellen reduzieren	6
6) Verpflichtende Zertifizierung von Softwareprodukten für die Erstellung und Übermittlung von QS-Dokumentationen nach der DeQS-Richtlinie sowie der Dokumentation im Rahmen der oKFE-Richtlinie	7
7) Stärkung der Versorgungsorientierung bei der Digitalisierung von Formularen im Gesundheitswesen	7
8) Gebühr bei erfolgloser Antragstellung auf Abrechnungsprüfung auch im vertragsärztlichen Bereich	8
9) Streichung der Angabe Berufsbezeichnung im e-Rezept-Datensatz	9
10) Zugang zum e-Rezept-Fachdienst für die Pflege	9
11) Direktzuweisung von Verordnungen bei Substitutionstherapie ermöglichen	10
12) Entbürokratisierung durch Änderungen im IfsG	10
13) Geringfügigkeitsgrenze	11
14) Verordnung von saisonalem Influenzaimpfstoff	11
15) Regresse bei alternativem Bezugsweg von Impfstoffen	12
16) Beratung vor Regress	13
17) Abschaffung der Präqualifizierungspflicht für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte	13
18) Hilfsmittelversorgung kompetenzorientiert umstrukturieren	13

VORSCHLÄGE DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG ZUR ENTBÜROKRATISIERUNG

1) VORSCHLAG FÜR EIN DIGITALES ANTRAGS- U. GENEHMIGUNGSVERFAHREN FÜR GENEHMIGUNGSPFLICHTIGE PSYCHOTHERAPEUTISCHE LEISTUNGEN

Die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie sind in der Psychotherapie-Richtlinie und der Psychotherapievereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä) geregelt. Bei der Beantragung einer ambulanten Psychotherapie wird durch die Krankenkasse geprüft, ob die Voraussetzungen für eine Psychotherapie erfüllt sind.

Eine wesentliche Funktion des Antragsverfahrens und der mit der Genehmigung des Antrages durch die Krankenkassen einhergehenden vorgezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung ist die Schaffung eines sicheren Rahmens für die psychotherapeutische Behandlung. Die Genehmigung des Therapiekontingents ermöglicht eine Behandlungsplanung, die ein strukturiertes Vorgehen der Therapeutin oder des Therapeuten fördert und bei den Patientinnen und Patienten ein Verständnis für die vorgesehene Behandlung schafft.

Durch den Prozess des Antrags- und Genehmigungsverfahrens wird für Patientinnen und Patienten sowie Therapeutinnen und Therapeuten somit gleichermaßen ein sicherer Behandlungsrahmen geschaffen. Die Einführung eines elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahrens entbürokratisiert und beschleunigt den Prozess erheblich.

Lösungsvorschlag

Änderung der gesetzlichen Regelung von § 92 Abs. 6a Satz 6 SGB V erforderlich:

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren **zu überprüfen**, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a eingeführt hat.

Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für ein digitales Antrags- und Genehmigungsverfahren, durch Einfügen von neuen Sätzen 13 bis 15 in § 87 Absatz 1 SGB V:

Einfügen von neuen Sätzen 13 bis 15:

¹³Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regeln im Bundesmantelvertrag für Ärzte bis zum 31.12.2025 das Nähere zu einem elektronischen Antrags- und Gutachterverfahren für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen. ¹⁴Zur Durchführung des elektronischen Antrags- und Gutachterverfahrens sind die an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die jeweilige Krankenkasse sowie die oder der von der Krankenkasse ausgewählte Gutachterin oder Gutachter befugt, die hierfür erforderlichen versichertenbezogenen Angaben nach Maßgabe des Bundesmantelvertrags zu verarbeiten. ¹⁵Die Sätze 9 und 12 gelten entsprechend.

2) KEIN KONSILIARBERICHT BEI ÜBERWEISUNG DURCH VERTRAGSÄRZTE

Aktuell muss vor Beginn einer Psychotherapie ein Konsiliarbericht erstellt werden, mit dem ein Vertragsarzt oder eine Vertragsärztin bestätigt, dass aus ärztlicher Sicht keine Kontraindikationen gegen die Aufnahme einer Psychotherapie bestehen. Dies ist auch dann erforderlich, wenn Versicherte die psychotherapeutische Praxis mit einer Überweisung aufsuchen. In diesem Fall wird der Konsiliarbericht von vielen Niedergelassenen als eine rein bürokratische Vorgabe ohne inhaltlichen Mehrwert angesehen, da im Konsiliarbericht in der Regel die Informationen wiederholt werden, die bereits auf der Überweisung standen.

Lösungsvorschlag

Die KBV schlägt daher vor, die Pflicht zur Einholung eines Konsiliarberichts für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten anzupassen. Wenn Versicherte eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten auf Überweisung eines Vertragsarztes aufsuchen, sollten Ausnahmen von dieser Pflicht möglich werden.

Mögliche Reduzierung der Bürokratiebelastung

Bei etwa 500.000 Therapien bei Psychologischen Psychotherapeuten, die jährlich begonnen werden, entsteht für die Psychotherapie- und Arztpraxen ein Bürokratieaufwand von insgesamt etwa 250.000 Stunden jährlich (Bürokratiekosten von ca. 15,6 Millionen Euro pro Jahr)¹. Eine Auswertung der Abrechnungsdaten für das Jahr 2022 zeigt, dass bei 56 Prozent der Patientinnen und Patienten, die eine Therapie bei einem psychologischen Psychotherapeuten begonnen haben, im Vorquartal im Rahmen eines Hausarztbesuches eine F-Diagnose gestellt wurde. Wenn für diese 56 Prozent aufgrund einer hausärztlichen Überweisung der Konsiliarbericht entfallen würde, könnten knapp 140.000 Stunden jährlich eingespart werden (Bürokratiekosten in Höhe von 8,7 Millionen Euro pro Jahr).

3) VERZICHT AUF ARBEITSUNFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNG UND KIND-KRANK-BESCHEINIGUNG BEI KURZER KRANKHEITSDAUER

Eine große Entlastung der Praxen sowie der Versicherten würde sich ergeben, wenn die **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung** (AU-Bescheinigung) bei kurzer Krankheitsdauer nicht in jedem Fall erforderlich wäre. Die KBV empfiehlt eine vom mündigen Arbeitnehmer beziehungsweise Arbeitnehmerin selbst verantwortete Karenzzeit von drei bis fünf Tagen. Bei einer Erkrankungsdauer von mehr als drei beziehungsweise fünf Tagen ist eher von einer potentiell ernsthaften Erkrankung auszugehen und ein Arztbesuch mit entsprechender Diagnostik indiziert. Selbstverständlich steht es dabei weiterhin jedem Patienten und jeder Patientin frei, schon am ersten Tag aufgrund subjektiver Einschätzung eine Ärztin oder einen Arzt aufzusuchen. Für eine AU-Bescheinigung in den ersten drei bis fünf Tagen wäre dies dann nicht mehr erforderlich. Eine solche zukünftige Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ab dem vierten beziehungsweise sechsten Tag hätte wieder mehr den Stellenwert eines wirklichen ärztlichen Attestes und nicht eines „Formvordrucks“. Hierfür müsste eine Verkürzung der im Entgeltfortzahlungsgesetz vorgesehenen Frist untersagt werden.

Eine ähnliche Flexibilisierung der Vorgaben sollte für die **Bescheinigung bei Erkrankung eines Kindes** erwogen werden. Aktuell ist hier die Bescheinigung der Kinderärztin oder des Kinderarztes sogar ab dem ersten Krankheitstag erforderlich (§ 45 SGB V). Durch den Verzicht auf diese Bescheinigung bei kurzer Krankheitsdauer könnten, insbesondere in Zeiten mit hohem Infektionsgeschehen, sowohl die kinderärztlichen Praxen als auch die Eltern der erkrankten Kinder deutlich entlastet werden.

¹ Zeitwerte für Arzt- und Psychotherapiepraxen: Statistisches Bundesamt, Nationaler Normenkontrollrat: Mehr Zeit für Behandlung – Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Arzt- und Zahnarztpraxen. Abschlussbericht August 2015

Mögliche Reduzierung der Bürokratiebelastung

Pro Jahr werden etwa 116 Millionen AU-Bescheinigungen ausgestellt². Der Bürokratieaufwand für eine elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) beträgt 2,08 Minuten pro Fall³. Die Gesamtbelastung liegt damit bei derzeit ca. 4 Millionen Stunden beziehungsweise bei Bürokratiekosten von knapp 294 Millionen Euro⁴. Etwa 35 Prozent der Arbeitsunfähigkeitsfälle haben eine Dauer von ein bis drei Tagen⁵. Der Wegfall der AU-Bescheinigungen bei Erkrankungen von weniger als 4 Tagen hätte damit einen Entlastungseffekt von etwa 1,4 Millionen Stunden jährlich (Bürokratiekosten in Höhe von ca. 102 Millionen Euro).

Pro Jahr gibt es ca. 2 Millionen Leistungsfälle für Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes⁶. Da ein Anspruch auf Kinderkrankengeld nur dann besteht, wenn der Arbeitgeber die Lohnfortzahlung für diesen Fall im Arbeitsvertrag explizit ausschließt, kann davon ausgegangen werden, dass die tatsächliche Zahl der Erkrankungsfälle bei jährlich mindestens 6 Millionen liegt. Viele Kinderarztpraxen stellen pro Erkrankungsfall mehrere Bescheinigungen aus, damit die Betreuung unter mehreren Sorgeberechtigten aufgeteilt werden kann. Es kann daher von einer jährlichen Zahl von insgesamt mindestens 9 Millionen ärztlichen Bescheinigungen ausgegangen werden. Der Bürokratieaufwand für das Ausstellen einer Bescheinigung beträgt 4,5 Minuten pro Fall.⁷ Die Gesamtbelastung für die Kinderarztpraxen liegt damit bei etwa 675.000 Stunden jährlich beziehungsweise bei Bürokratiekosten von mehr als 45 Millionen Euro.

Für die Bürokratiebelastung der Eltern liegen derzeit keine Daten vor. Insbesondere dann, wenn Wege- und Wartezeiten berücksichtigt werden, kann davon ausgegangen werden, dass diese die Belastung der Praxen um ein Vielfaches übersteigt. Die Leistungstage pro Fall liegen im Durchschnitt zwischen zwei und drei Tagen⁸, was verdeutlicht, dass es sich hierbei in den meisten Fällen um kurze Erkrankungen handelt. Wenn durch eine Flexibilisierung der Vorgaben in diesem Bereich, zum Beispiel keine Bescheinigung für die ersten drei Krankheitstage, zwei Drittel der derzeit erforderlichen Bescheinigungen entfallen könnten, würde dies für Kinderarztpraxen eine Entlastung in Höhe von jährlich 450.000 Stunden (Bürokratiekosten von ca. 30 Millionen Euro) bedeuten.

4) VERSCHLANKUNG DES ZULASSUNGSVERFAHRENS

Obwohl in vielen Regionen dringend junge Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gesucht werden, um die Versorgung aufrechtzuerhalten, werden durch das Zulassungsverfahren oftmals bürokratische Hürden geschaffen, die die Niederlassung unnötig erschweren. Als besonders belastend werden hierbei die Dauer des Verfahrens und die Unsicherheit der Erfolgsaussichten empfunden. Denn auch wenn Vertragsarztsitze seit Jahren frei sind, sind oft mehrere Sitzungen des Zulassungsausschusses abzuwarten. Durch eine Entbürokratisierung des Verfahrens könnte der Einstieg in die vertragsärztliche Versorgung im Sinne aller Beteiligten beschleunigt und vereinfacht werden.

Lösungsvorschläge

Der Referentenentwurf des BMG zur Zulassungsverordnung Ärzte und Zahnärzte (Ärzte-ZV) aus dem November 2022 wurde durch die KBV umfangreich kommentiert und der Großteil der vorgeschlagenen Änderungen und Modernisierungen begrüßt. Die KBV schlägt in ihrer Stellungnahme über den Entwurf hinausgehende Lösungen zur Verschlinkung der Zulassungsverfahren vor:

² Gematik: TI-Dashboard unter <https://www.gematik.de/telematikinfrastruktur/ti-dashboard>

³ KBV, Fachhochschule des Mittelstands: BIX 2022 – Schwerpunktthema: Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

⁴ Statistisches Bundesamt: Lohnkostentabellen 2021 zur Erfüllungsaufwands- und Bürokratiekostenmessung des Statistischen Bundesamtes; Wirtschaftsabschnitt Q86 (Gesundheitswesen), Qualifikationsniveau hoch

⁵ BARMER-Daten 2021

⁶ KG2-Statistik unter [gbe-bund.de](https://www.gbe-bund.de)

⁷ Statistisches Bundesamt, Nationaler Normenkontrollrat: Mehr Zeit für Behandlung – Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Arzt- und Zahnarztpraxen. Abschlussbericht August 2015

⁸ KG2-Statistik unter [gbe-bund.de](https://www.gbe-bund.de)

- › **Verfahrenserleichterungen:** Der Zulassungsausschuss befasst sich zunehmend mit Sachverhalten, bei denen er faktisch keinerlei Ermessensspielraum hat. Ein wesentlicher Punkt eines gemeinsam mit Kassenärztlichen Vereinigungen entwickelten Reformvorschlags für das Zulassungsverfahren sieht demnach vor, dass diese „gebundenen Entscheidungen“ durch die Vorsitzende oder den Vorsitzenden des Zulassungsausschusses allein, statt in der ZA-Sitzung, entschieden werden können. Dadurch könnte sich der Ausschuss auf die wesentlichen Diskussionen mit Entscheidungsspielraum fokussieren und würde insgesamt entlastet werden. Gleichzeitig ginge damit auch eine Verfahrensbeschleunigung für die Antragstellenden einher. Darüber hinaus soll der oder die Vorsitzende des ZA entscheiden können, ob eine mündliche Anhörung der antragstellenden Person notwendig ist. Für eindeutige Zulassungsverfahren könnten somit die Ladung des antragstellenden Arztes oder der antragstellenden Ärztin und aufwendige Anreisen ohne Mehrwert entfallen.
- › **Vereinfachung von Zulassungsantrag und Antrag zur Genehmigung einer Anstellung:** Die doppelte Vorlage von Unterlagen sollte zukünftig entfallen. Einige bislang geforderte Angaben, zum Beispiel über die seit der Approbation ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten, sind bereits im Lebenslauf zu finden. Dieser soll aufgewertet werden durch Unterzeichnung und weitere Charakterisierung (muss chronologisch, vollständig und aktuell sein). Zudem werden einige Belege bereits mit dem Antrag auf Eintragung in das Arztregister vorgelegt, so dass eine erneute Prüfung entfallen kann. Analog sollten die Regelungen zu den Dokumenten, die dem Zulassungsausschuss zur Genehmigung einer Anstellung vorgelegt werden müssen, angepasst und vereinfacht werden. Beim Wechsel der Zulassung in eine Anstellung sind die Mehrzahl der Dokumente dem Zulassungsausschuss bereits zur Zulassung vorgelegt worden.

Es gilt den Referentenentwurf der Ärzte-ZV von 2022 unter Berücksichtigung der damaligen Stellungnahmen schnellstmöglich zu überarbeiten und endlich wirksam werden zu lassen.

5) AUFWAND FÜR ANFRAGEN VON KRANKENKASSEN UND ANDEREN STELLEN REDUZIEREN

Viele Praxen, insbesondere im hausärztlichen Bereich, müssen viel Zeit für die Beantwortung von Anfragen verwenden. Einige Niedergelassene sehen sich hierbei einer regelrechten Flut von Anfragen ausgesetzt, die von Krankenkassen, Medizinischem Dienst, Sozial- und Versorgungsämtern, Arbeitsämtern, Jobcentern, privaten Versicherungen, Pflegeheimen und anderen versendet werden. Da eine digitale Übermittlung bisher nicht möglich ist und die Fragebögen der Krankenkassen sich sowohl untereinander als auch von denen des MD unterscheiden, müssen die Informationen mit hohem zeitlichem Aufwand in jedem Einzelfall zusammengesucht und händisch in die unterschiedlichen Formulare eingetragen werden. Bestimmte Krankenkassen stellen zudem offenbar undifferenziert Anfragen zu fast jeder Verordnung. Dies führt unter anderem dazu, dass Verordnungen, die Kosten in Höhe von weniger als 30 Euro verursachen, mit einem zeitlichen Zusatzaufwand von mehr als einer halben Stunde für die ausstellende Arztpraxis einhergehen.

Lösungsvorschlag

Die Anzahl der gestellten Anfragen muss reduziert werden, um Arztpraxen zu entlasten. Es sollten daher keine Informationen abgefragt werden dürfen, die den Anfragenden bereits vorliegen (z. B. Daten, die bereits auf der Verordnung angegeben wurden). Es sollte zudem eine Geringfügigkeitsgrenze für Anfragen der Krankenkassen definiert werden, um sicherzustellen, dass das Verhältnis zwischen dem für die Beantwortung anfallenden Aufwand und dem Nutzen der Anfrage für die Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Verordnung in einem angemessenen Verhältnis stehen.

Eine gesetzlich verpflichtende Vereinheitlichung der Fragebögen von Krankenkassen und MD zu bestimmten Themenkomplexen würde eine PVS-gestützte Beantwortung ermöglichen und damit den Praxen viel Zeit sparen. Im Zuge der Digitalisierung weiterer Verordnungen könnte auf dieser Grundlage auch eine digitale Übermittlung der Informationen erfolgen.

Die digitale Übermittlung der Informationen wird von vielen Ärztinnen und Ärzten als mögliche Arbeitserleichterung gesehen, da hierdurch der Aufwand für das händische Übertragen von Informationen sowie das Ausdrucken und Einscannen von Dokumenten entfallen würde.

Mögliche Reduzierung der Bürokratiebelastung

Wenn der zeitliche Aufwand für die Bearbeitung einer formfreien Anfrage durch eine PVS-gestützte Bearbeitung um die Hälfte reduziert werden könnte, würde sich eine Reduzierung der Bürokratiebelastung der Praxen um mehr als 1 Mio. Stunden ergeben (Bürokratiekosten von ca. 74 Mio. € jährlich). Eine Reduzierung der Anzahl der Anfragen könnte weitere substantielle Entlastungen bewirken.

6) VERPFLICHTENDE ZERTIFIZIERUNG VON SOFTWAREPRODUKTEN FÜR DIE ERSTELLUNG UND ÜBERMITTLUNG VON QS-DOKUMENTATIONEN NACH DER DEQS-RICHTLINIE SOWIE DER DOKUMENTATION IM RAHMEN DER OKFE-RICHTLINIE

Die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-Richtlinie) verpflichtet Ärztinnen und Ärzte sowie medizinische Einrichtungen, Daten zur Versorgungsqualität zu erheben und diese an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu übermitteln. Auch im Rahmen der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), welche Dokumentationsanforderungen die Leistungserbringer im Rahmen der oKFE zu erfüllen und welche Daten zu übermitteln sind. Hierfür werden in Spezifikationen inhaltliche und technische Anforderungen an die Software aufgestellt, unter anderen die Vorgabe von Schnittstellen, die für die Übermittlung der Dokumentation erforderlich sind. Diese Anforderungen werden nach ihrer Bekanntgabe regelmäßig verändert oder aktualisiert (z. B. Änderung der Schnittstellen, Updates). Für die Ärzte, die eine Software zur Dokumentation nutzen, ist derzeit nicht sicher gewährleistet, dass sie die aufgestellten Anforderungen im Rahmen der Spezifikationen erfüllen und die Daten sicher übermitteln können. Erste Erfahrungen zeigen, dass die Anforderungen nicht richtig oder unvollständig von den Softwareherstellern umgesetzt werden und Dokumentationen nur fehlerhaft, unvollständig und/oder gar nicht übermittelt werden können. Hierdurch entsteht in den betroffenen medizinischen Einrichtungen ein hoher zeitlicher Zusatzaufwand.

Lösungsvorschlag

Um für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte sowie medizinischen Einrichtungen eine zuverlässige Softwarelösung anbieten zu können, muss eine Zertifizierung der Software erfolgen. Die Erfahrung zeigt, dass eine Zertifizierung sinnvollerweise nur durch die Stelle erfolgen kann, die auch die Spezifikation erstellt. Der Gemeinsame Bundesausschuss bzw. das IQTIG soll daher einen gesetzlichen Auftrag zur Zertifizierung der Software erhalten. Vertragsärzten dürfen hierdurch keine Kosten entstehen.

7) STÄRKUNG DER VERSORGUNGSORIENTIERUNG BEI DER DIGITALISIERUNG VON FORMULAREN IM GESUNDHEITSWESEN

Der aktuelle Zeitplan zur Digitalisierung weiterer in der vertragsärztlichen Versorgung genutzter Formulare (s. § 360 SGB V) orientiert sich an der geplanten Anbindung unterschiedlicher Leistungserbringer an die Telematikinfrastruktur (TI). Nur unzureichend berücksichtigt wird hierbei der voraussichtliche Nutzen der Digitalisierung dieser Verordnungsprozesse für die Betroffenen. So sollen ab 2026 die Verordnungen von häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege digital erfolgen. Bei diesen Verordnungen handelt es sich, genau wie bei der Verordnung von Soziotherapie, die ab 2027 digital erfolgen soll, um die Versorgung von oftmals wenig digitalaffinen Patientinnen und Patienten. Hierbei ist außerdem problematisch, dass bei diesen Verordnungen die Unterschrift der Versicherten vorgesehen ist, für die bisher keine TI-konforme, digitale Lösung vorliegt. Der Nutzen der Digitalisierung dieser Formulare für Praxen und Versicherte ist damit aktuell nicht erkennbar und es zeichnen sich bei der Umsetzung Probleme ab, für die kurzfristig keine Lösungen in Sicht sind.

Lösungsvorschlag

Es sollte daher bei der Festlegung der Reihenfolge für die Digitalisierung der vertragsärztlichen Formulare stärker darauf geachtet werden, in welchen Versorgungsszenarien digitale Lösungen in absehbarer Zukunft realistisch sind und einen Nutzen bringen können. Bis digitale Identitäten für Patientinnen und Patienten sowie der Zugriff auf digitale Dokumente durch die elektronische Patientenakte etabliert sind, sollte der Fokus vor allem auf der Verbesserung der digitalen Kommunikationsmöglichkeiten der bereits an die TI angeschlossenen Akteure liegen.

Es wäre daher sinnvoll, neben der Digitalisierung des Antrags- und Genehmigungsverfahrens für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen (vgl. Nr. 1) die digitale Übermittlung strukturierter Informationen in der psychotherapeutischen Versorgung, zum Beispiel Konsiliarbericht oder Anzeige Akutbehandlung, zu ermöglichen, um endlich einen Nutzen für Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten zu schaffen, die derzeit zur Vorhaltung von TI-Anwendungen verpflichtet sind, ohne dass für sie relevante Anwendungsmöglichkeiten bestehen. Ein hoher Nutzen für die Versorgung würde sich zudem durch die verpflichtende Digitalisierung von Krankenhausentlassbriefen ergeben⁹, für die derzeit keine gesetzliche Frist definiert ist. Auch für die Informationsübermittlung zwischen Vertragsärzten und Krankenkassen wäre die Einführung weiterer digitaler Lösungen denkbar, zum Beispiel für den „Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit“.

Die KBV schlägt daher vor, dass die Digitalisierung der Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege und Soziotherapie zeitlich zurückgestellt wird und stattdessen zunächst digitale Übermittlungsverfahren für die oben genannten Bereiche in den Fokus genommen werden.

8) GEBÜHR BEI ERFOLGLOSER ANTRAGSTELLUNG AUF ABRECHNUNGSPRÜFUNG AUCH IM VERTRAGSÄRZTLICHEN BEREICH

Durch die Abrechnungsprüfung der Krankenkassen entsteht ein hoher zeitlicher Aufwand in Praxen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Eine Auswertung der KV Bayerns zu Abrechnungsprüfungen nach § 106d SGB V hat ergeben, dass 50 Prozent der von den Krankenkassen gestellten Anträge auf Abrechnungsprüfung unbegründet sind, das heißt, sie wurden entweder abgelehnt oder von den Krankenkassen zurückgenommen.

Lösungsvorschlag

Für den Krankenhausbereich gibt es bereits heute eine Gebühr bei erfolgloser Antragstellung auf Prüfung der Abrechnung (s. § 275c Abs. 1 SGB V Satz 2). Eine entsprechende Regelung sollte auch im ambulanten Bereich eingeführt werden, um unnötige Prüfungen und den damit einhergehenden bürokratischen Aufwand zu verhindern.

Die derzeit in den Abrechnungsprüfungs-Richtlinien vorgesehene, ursprünglich vereinbarte Bagatellgrenze von 30 Euro (je Betriebsstättennummer, je Quartal, je Krankenkasse und je Datenlieferung) für Prüfungen der Krankenkassen stellt keine ausreichende Begrenzung mehr dar. Die KBV sieht insoweit hohes Entbürokratisierungspotenzial durch eine Begrenzung der Flut von Kassenanträgen. Auch eine vom Gesetzgeber festgelegte Bagatellgrenze würde Rechtsklarheit in diesem Bereich schaffen. Dies wäre durch die Aufnahme einer (gegenüber den Abrechnungsprüfungs-Richtlinien) wesentlich erhöhten Bagatellgrenze für Prüfungen nach § 106d Abs. 3 und Abs. 4 SGB V (unter Beachtung der Definition der Abrechnungsprüfungs-Richtlinien) in das SGB V der Fall.

⁹Bei einer aktuellen, repräsentativen Befragung Niedergelassener durch das IGES geben 71 Prozent der Befragten an, dass sie einen hohen Nutzen in der digitalen Übermittlung von Krankenhausentlassbriefen sehen. Derzeit erhalten aber nur bei 6 Prozent der Praxen Krankenhausentlassbriefe in digitaler Form (siehe Praxisbarometer Digitalisierung 2023).

Mögliche Reduzierung der Bürokratiebelastung

Durch die Abrechnungsprüfung der Krankenkassen entsteht aktuell ein jährlicher Gesamtaufwand von ca. 1,3 Millionen Stunden für Niedergelassene (Bürokratiekosten in Höhe von etwa 94,7 Millionen Euro pro Jahr)¹⁰. Wenn durch die oben genannten Maßnahmen die Hälfte der Abrechnungsprüfungen entfallen könnten, würde dies eine Reduzierung des Bürokratieaufwands um etwa 647.000 Stunden jährlich bedeuten (Reduzierung der Bürokratiekosten um ca. 47 Millionen Euro pro Jahr).

9) STREICHUNG DER ANGABE BERUFSBEZEICHNUNG IM E-REZEPT-DATENSATZ

Seit dem Start des eRezepts als Pflichtanwendung mehrten sich die Hinweise auf Probleme mit der Angabe der Berufsbezeichnung auf eRezepten. Offenbar werden eRezepte von Apotheken zurückgewiesen mit der Begründung, die Angabe der Berufsbezeichnung sei nicht korrekt und das Rezept würde daher durch die Krankenkassen retaxiert. Dies führt zu großer Verunsicherung bei allen Beteiligten und stellt eine Hürde bezüglich der reibungslosen flächendeckenden Einführung des eRezepts dar.

Lösungsvorschlag

Die Tatsache, dass die Verordnung durch eine approbierte Ärztin oder einen approbierten Arzt und somit zur Verordnung Befugter ausgestellt worden ist, ergibt sich beim eRezept eindeutig aus den Inhalten der qualifizierten elektronischen Signatur. Somit ist die Qualifikation der verschreibenden Person sichergestellt. Daher kann auf die Angabe der Berufsbezeichnung in diesen Fällen verzichtet werden. Die KBV schlägt vor, dass in §2 Abs. 1 Nr. 1 der AMVV klargestellt wird, dass die Angabe der Berufsbezeichnung entfallen kann, sofern die Verschreibung nach Maßgabe des § 360 Absatz 1 SGB V unter Nutzung der Telematikinfrastruktur ausgestellt wird.

Die zuletzt vorgeschlagene Lösung einer abschließenden und sektorenübergreifend abgestimmten Liste der Berufs- und Facharztbezeichnungen halten wir nicht für sinnvoll. Durch immer wieder notwendige Aktualisierungen dieser Liste und dem damit einhergehendem Anpassungsbedarf in den Praxisverwaltungssystemen kann es immer wieder zu Fehlern in der Umsetzung kommen, was Retaxierungen und unnötigen Bürokratieaufwand nach sich zieht, ohne dass durch die doppelt übermittelte Information zur Berufsbezeichnung ein Erkenntnisgewinn entsteht.

10) ZUGANG ZUM E-REZEPT-FACHDIENST FÜR DIE PFLEGE

Derzeit erfolgt die Ausstellung von eRezepten für Bewohner von Pflegeheimen sowie für Patientinnen, die von ambulanten Pflegediensten betreut werden, in erster Linie über den Ausdruck des eRezept-Tokens. Sowohl den Arztpraxen als auch den Patientinnen und Patienten, der Pflege und den Apotheken entsteht durch diesen Medienbruch ein zusätzlicher Aufwand.

Lösungsvorschlag

Die KBV schlägt daher gemeinsam mit den Pflegeverbänden und der DAV vor, dass für den pflegerischen Bereich möglichst zeitnah ein Zugang zum eRezept-Fachdienst ermöglicht wird. Hierdurch könnte die Pflege nicht nur medienbruchfrei auf die Verordnungen der von ihr betreuten Patientinnen und Patienten zugreifen, sondern könnte gleichzeitig auch die Einnahmeempfehlungen abrufen und in der Pflegedokumentation hinterlegen. Auch für weitere digitale Verordnungsprozesse wird eine zentrale Infrastruktur benötigt, auf die weitere Beteiligte zugreifen können müssen. So muss bis zum 1. Juli 2026 gesetzlich sowohl die Digitalisierung der Verordnung der häuslichen Krankenpflege als auch der außerklinischen Intensivpflege umgesetzt sein. Bei der Verordnung häuslicher Krankenpflege muss die

¹⁰ Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Pflege selbst im Rahmen der Blankoverordnung Angaben im Verordnungsdatensatz machen können, was einen Zugriff auf den Fachdienst erfordert.

11) DIREKTZUWEISUNG VON VERORDNUNGEN BEI SUBSTITUTIONSTHERAPIE ERMÖGLICHEN

Durch die Digitalisierung der elektronischen BtM-Verordnung (eBtM-Verordnung) werden etablierte Prozesse neu definiert; daher sollte dies zum Anlass genommen werden, das Verfahren möglichst rechtssicher und realitätsnah zu gestalten. Zentral für eine funktionierende Versorgung in diesem Bereich ist die Schaffung einer rechtssicheren Möglichkeit der Direktzuweisung für die Verordnung von Substitutionsmitteln. Die behandelnde Arztpraxis könnte auf dieser Grundlage die eBtM-Verordnung digital direkt an eine kooperierende Apotheke versenden, die die Substitutionsmittel an die Arztpraxis abgeben kann. Dort erfolgt dann die Abgabe an die Patienten gemäß § 5 Abs. 7 BtMVV.

Die Notwendigkeit der Direktzuweisung ergibt sich nach Rücksprache mit Substitutionsmedizinerinnen vor allem durch die mangelnde Absprachefähigkeit der Patientinnen und Patienten. Insbesondere zu Beginn der Therapie sind diese zudem häufig wohnungslos und besitzen oft keine elektronische Gesundheitskarte, mit der die Verordnung in der Apotheke eingelöst werden könnte. Das Einlösen der Verordnung durch die Patienten selbst wird daher für die Substitutionstherapie nicht als realistisch bewertet. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass häufig nur ausgewählte Apotheken in der Lage sind, Substitutionsmittel-Rezepturen anzufertigen.

12) ENTBÜROKRATISIERUNG DURCH ÄNDERUNGEN IM IFSG

In der Corona-Pandemie wurden Ärzte nicht nur dazu verpflichtet, zunächst täglich und später wöchentlich – dann aber tagesgenau – die erfolgten COVID-19-Impfungen zu melden, sondern auch weitere Angaben zu machen. Über die bei anderen Impfstoffen üblichen und im Infektionsschutzgesetz im Rahmen der KV-Impfsurveillance (§ 13 Abs. 5 Infektionsschutzgesetz) festgelegten Meldeinhalte hinaus, wurde bei der COVID-19-Impfung die Angabe des konkret verwendeten Impfstoffes und der Chargennummer gefordert. Dies führt zu einem erheblichen bürokratischen Mehraufwand in den Praxen, ohne dass ein erkennbarer und für die Versorgung der Bevölkerung relevanter Zusatznutzen (auch unter Sicherheitsaspekten) erkennbar oder ableitbar wäre.

Die Corona-Pandemie ist vorbei und die meisten deshalb getroffenen Sonderregelungen wurden bereits beendet. Deshalb ist nicht nachvollziehbar, dass die im Infektionsschutzgesetz geforderten zusätzlichen Meldedaten bei der COVID-19-Impfung im Vergleich zu anderen Impfungen weiter bestehen bleiben. Diese zusätzlichen Meldevorgaben wurden unter anderem auch damit begründet, dass hierdurch ergänzende Informationen zur Wirksamkeit und Sicherheit der Impfstoffe generiert und entsprechende Auswertungen zu neuen Erkenntnissen führen könnten. Das Sicherheitsprofil der COVID-19-Impfstoffe ist aufgrund der umfangreichen weltweiten Anwendung mittlerweile gut bekannt. Zudem existiert ein etabliertes Meldesystem zu Impfnebenwirkungen.

Lösungsvorschlag

Die überbordenden Meldevorgaben (z. B. die Chargennummer des Impfstoffes, die impfstoffspezifische Dokumentationsnummer) in § 13 Abs. 5 Infektionsschutzgesetz sollten gestrichen und an die Meldeinhalte bei anderen Impfungen angepasst werden.

Mögliche Reduzierung der Bürokratiebelastung

Unter der Annahme, dass pro Vorgang 6 Minuten durch eine weniger aufwändige Impfdokumentation gespart werden können, ergibt sich bei ca. 4,8 Mio. Impfungen gegen Corona pro Jahr (RKI, gemeldete

Impfungen 2023) eine Reduzierung der Bürokratiebelastung von etwa 480.000 Stunden pro Jahr (Bürokratiekosten in Höhe von ca. 18 Mio. €).

13) GERINGFÜGIGKEITSGRENZE

Bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung nehmen die Verfahren von Amts wegen (statistische Auffälligkeitsprüfung) seit einiger Zeit ab. Antragsverfahren (Einzelfallprüfungen; Prüfung „sonstiger Schaden“) hingegen nehmen überproportional zu und überfluten die Prüfeinrichtungen.

Bei diesen Anträgen handelt es sich bezüglich der beantragten Rückforderungen um relativ niedrige Beträge von durchschnittlich etwa 40 bis 50 Euro. Dem gegenüber stehen jedoch Verfahrenskosten von über 300 Euro, die aus GKV-Geldern getragen werden müssen. Ein wirtschaftliches Verwaltungshandeln ist aus Sicht der KBV hier nicht mehr gegeben.

Zwar sehen verschiedene Prüfvereinbarungen auf Landesebene bereits sogenannte Bagatellgrenzen für Prüfanträge vor, diese liegen jedoch zumeist unter den o.g. durchschnittlichen Rückforderungsbeträgen und entfalten somit keine Wirkung. Initiativen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Erhöhung dieser Bagatellgrenzen scheitern regelmäßig an den Krankenkassen. Auch die Regelung in den Rahmenvorgaben Wirtschaftlichkeitsprüfung, wonach in den Prüfvereinbarungen auf Landesebene Bagatellgrenzen in angemessener Höhe zu vereinbaren sind, hat bislang nicht zu einer Änderung geführt.

Daher fordert die KBV die gesetzliche Festlegung einer Geringfügigkeitsgrenze bei Einzelfallprüfungen, um ein wirtschaftliches Verwaltungshandeln der Krankenkassen zu erreichen und für einen effektiven Bürokratieabbau zu sorgen.

Lösungsvorschlag

An § 106 Abs. 1 S. 5 SGB V wird der folgende Satz 6 angefügt:

“Unbeschadet bestehender Regelungen in den Vereinbarungen nach Satz 2, § 106a Abs. 3 und 4 S. 2, § 106b Abs. 1 bis 3 können Anträge im Rahmen der Prüfungen nach den §§ 106a und 106b nicht gestellt werden, wenn die Nachforderung oder Kürzung je Arzt, Krankenkasse und Quartal den Betrag von 300,00 Euro unterschreitet.“

Begründung:

Die Kosten für die Prüfungen mit Beträgen unterhalb von 300,00 Euro übersteigen die Höhe der durchschnittlich beantragten Nachforderungen und Kürzungen. Durch diese Regelung kann der Verwaltungsaufwand bei den Prüfungsstellen, aber auch bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen und bei den betroffenen Vertragsärzten effektiv reduziert werden. Alleine bei Prüfungen nach § 106b könnten durch eine entsprechende Geringfügigkeitsgrenze ca. 70 % der Prüfungen vermieden werden.

14) VERORDNUNG VON SAISONALEM INFLUENZAIMPFSTOFF

Mit dem TSVG wurde der Absatz 1a in § 106b SGB V aufgenommen:

(1a) Bei Verordnungen saisonaler Grippeimpfstoffe gilt eine angemessene Überschreitung der Menge gegenüber den tatsächlich erbrachten Impfungen grundsätzlich nicht als unwirtschaftlich. Das Nähere ist in den Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 zu regeln.

Eine exakte Kalkulation der benötigten Menge an saisonalen Influenzaimpfstoffen ist nach den aktuell gültigen Regelungen (9 Monate im Voraus, zunehmende Impfungen durch Apothekerinnen und Apotheker) nicht möglich. Deshalb hatte der Gesetzgeber auch während der Corona-Pandemie für den Zeitraum der Impfsaisons von 2020/2021 bis 2022/2023 - als Grippeimpfungen u.a. zur Vermeidung einer Überlastung

der Gesundheitssysteme stark empfohlen wurden - den Schwellenwert, bis zu dem ein über die tatsächlich verabreichten Impfungen hinaus gehendes Verordnungsvolumen wirtschaftlich ist, von zehn auf dreißig Prozent angehoben. Zudem bindet die jährlich durchgeführte Abfrage zur Meldung der benötigten Impfstoffmenge bei sämtlichen Vertragsärztinnen und -ärzten, sowie KVen dringend in der Versorgung von Patientinnen und Patienten benötigte Kapazitäten und bedeutet einen hohen bürokratischen Aufwand.

Lösungsvorschlag

- › Streichung des § 106b Abs. 1a SGB V.
- › In § 132e Abs. 1 SGB V wird folgender Satz 4 eingefügt (die nachfolgenden Sätze verschieben sich entsprechend):

„In den Verträgen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen sind auch Regelungen zur Vorbestellung saisonaler Impfstoffe (Influenza-Impfstoff) aufzunehmen, wonach die Vorbestellung bis Ende März des laufenden Jahres für die kommende Impfsaison erfolgen muss und in der Menge der den in der Vorsaison jeweils von der Ärztin / dem Arzt verabreichten Impfstoffdosen mit einem von den Vertragspartnern zu bestimmenden prozentualen Aufschlag entspricht.“

- › Streichung des § 132e Abs. 2 SGB V.

Mögliche Reduzierung der Bürokratiebelastung

Unter der Annahme, dass die Rückmeldung an die Kassenärztliche Vereinigung etwa 9 Minuten pro Praxis¹¹ in Anspruch nimmt, ergibt sich eine Entlastung von insgesamt ca. 13.000 Stunden pro Jahr (Bürokratiekosten von ca. 500.000 € jährlich).

15) REGRESSE BEI ALTERNATIVEM BEZUGSWEG VON IMPFSTOFFEN

Ein Regressverzicht bei alternativem Bezugsweg von Impfstoffen sollte gesetzlich geregelt werden. Insbesondere aufgrund von Lieferengpässen stehen in der jüngeren Vergangenheit keine i.d.R. kostengünstigen Bündelpackungen zur Verfügung. Vor diesem Hintergrund müssen Vertragsärztinnen und -ärzte die Einzeldosis spritzen verordnen. Dies bedeutet einen deutlich erhöhten bürokratischen Aufwand (insbesondere ein hoher administrativer Aufwand da abweichend vom herkömmlichen Praxisablauf sowie ein hoher Dokumentationsaufwand). Da üblicherweise über den Sprechstundenbedarf (SSB) nur Bündelpackungen verordnet werden, haben Vertragsärztinnen und -ärzte die Einzeldosis spritzen patientenbezogen zu Lasten der jeweiligen Krankenkasse und nicht als SSB verordnet. Diese Ärztinnen und Ärzte sind nunmehr mit Regressforderungen sowie einem ausufernden Dokumentations- und Rechtfertigungsaufwand in enormer Höhe konfrontiert. Die KBV fordert daher, zukünftig auf Regresse bei mengenbezogenen Überschreitungen von saisonalen Influenzaimpfstoffen sowie bei der Verordnung von Einzeldosen aufgrund von Lieferengpässen zu verzichten.

Lösungsvorschlag

- › An § 132e Abs. 5 SGB V wird der folgende Abs. 6 angefügt: „Werden Impfstoffe aufgrund von Lieferengpässen anstelle nicht verfügbarer größerer Einheiten als Einzeldosen verordnet, so ist die Verordnung nicht unwirtschaftlich.“

¹¹ Als Fallzahl wurde die Zahl der Allgemeinmediziner, Praktischen Ärzte, Internisten, Gynäkologen und Kinder- und Jugendmediziner zugrunde gelegt (BAR 2023).

16) BERATUNG VOR REGRESS

Eine weitere Forderung der KBV betrifft die Einführung des Prinzips „Beratung vor Regress“ bei erstmaliger Auffälligkeit auch bei Einzelfallprüfungen. Gemäß § 106b Abs. 2 SGB V gilt „Beratung vor Regress“ bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Amts wegen bereits seit geraumer Zeit. Damit verbunden ist im konkreten Fall eine deutliche Minimierung des Bürokratieaufwandes. Eine Beratung bindet massiv weniger Ressourcen, wie beispielsweise die aufwendige Erstellung von Prüfanträgen, Einbindung der Prüfungsstellen etc. Die durch das Gesetz explizit ausgeschlossene Anwendbarkeit auf Einzelfallprüfungen ist inhaltlich nicht nachvollziehbar. Einzelfallprüfungen stellen mittlerweile den Löwenanteil der Wirtschaftlichkeitsprüfungen dar. Angesichts der äußerst komplexen Vorgaben zu wirtschaftlicher Verordnungsweise halten wir es auch bei Einzelfallprüfungen für angemessen, Vertragsärzte vor einem Regress zu beraten und so den administrativen Aufwand bei allen Beteiligten deutlich zu senken. Die Neuregelung wäre auch vor dem Hintergrund, dass die Sorge vor einem vorzeitigen Regress und den damit verbundenen hohen bürokratischen Anforderungen bei jungen Medizinerinnen und Medizinerinnen nach wie vor ein großes Hemmnis vor einer Niederlassung darstellt, sachgerecht und zielführend.

Lösungsvorschlag

- › In § 106b Abs. 2 S. 3 Halbsatz 1 SGB V werden die Wörter „bei statistischen Prüfungen der Ärztinnen und Ärzte“ gestrichen.
 - › § 106b Abs. 2 S. 3 Halbsatz 2 wird gestrichen
-

17) ABSCHAFFUNG DER PRÄQUALIFIZIERUNGSPFLICHT FÜR VERTRAGSÄRZTINNEN UND VERTRAGSÄRZTE

Bereits im Eckpunktepapier zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen vom 30. September 2023 ist die Abschaffung der Präqualifizierungspflicht für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte enthalten. Durch den Wegfall der im Rahmen des Präqualifizierungsverfahrens vorgesehenen Prüfung von bestimmten Anforderungen beispielsweise an die räumliche, sachliche oder personelle Ausstattung, die bereits durch andere Vorschriften sichergestellt sind, würden Doppelprüfungen entfallen, die andernfalls zeitliche und personelle Ressourcen binden und damit auf Seiten der Vertragsärzte unnötige Bürokratie verursachen. Daher unterstützen wir diesen Vorschlag.

Lösungsvorschlag

- › In § 128 Abs. 4a SGB V wird Satz 2 gestrichen: „§ 126 Absatz 1 Satz 2 und 3 sowie Absatz 1a gilt entsprechend auch für die Vertragsärzte“

Mögliche Reduzierung der Bürokratiebelastung

Insgesamt sind etwa 4.250 Praxen von der Vorgabe betroffen. Der Folgenachweis muss alle fünf Jahre erbracht werden. Durch die vorgeschlagene Anpassung ergibt sich eine Reduzierung des Bürokratieaufwands von etwa 600 Stunden pro Jahr (Bürokratiekosten in Höhe von ca. 20.000 €).

18) HILFSMITTELVERSORGUNG KOMPETENZORIENTIERT UMSTRUKTURIEREN

Die Versorgung mit Hilfsmitteln zu Lasten der GKV ist für Vertragsärzte mit einem erheblichen bürokratischen Aufwand verbunden. Je nach Produktgruppe werden von den Vertragsärzten bei der Verordnung als auch im Rahmen nachgelagerter Anfragen unterschiedliche, teilweise höchst differenzierte Angaben eingefordert. Die Anforderungen an die im Wesentlichen am Verordnungsprozess beteiligten Ärzte und Hilfsmittelerbringer werden durch das einseitig durch den GKV-Spitzenverband administrierte Hilfsmittelverzeichnis, der Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA (§92 SGB V) sowie den Leistungsverträgen (§ 127 SGB V) definiert. Dabei werden den verordnenden Ärzten immer häufiger und immer ausführlichere

Informationen abverlangt, die oftmals keine medizinischen Aspekte tangieren und viel besser durch andere am Versorgungsprozess Beteiligte eingebracht werden könnten.

Vor dem Hintergrund des sich verschärfenden Arztzeitmangels, sollte sich die Aufgabenverteilung für die Versorgung mit Hilfsmitteln zukünftig klarer und verbindlicher an den jeweiligen Kompetenzen, der am Versorgungsprozess Beteiligten orientieren. Hierzu bedarf es einer Konkretisierung der Aufgaben und Pflichten. Ärzte sollten nur noch für medizinische Informationen verantwortlich sein. Alle nicht-medizinischen Informationen sollen in Abstimmung mit den Patienten durch Hilfsmittel-Leistungserbringer übernommen und verantwortet werden. Dies deckt sich auch mit den aktuellen Bestrebungen von Vertretern der Hilfsmittel-Leistungserbringer (siehe Whitepaper des BV MED:

<https://www.bvmed.de/verband/presse/pressemeldungen/bvmed-whitepaper-hilfsmittelversorgung-fordert-anspruch-auf-therapieberatung-und-management?sh=whitepaper>).

Lösungsvorschlag

- › In § 92 SGB V sollte eine Ergänzung erfolgen, wonach in der Hilfsmittel-Richtlinie eine klare Abtrennung der Informationspflichten erfolgt. Zudem sollten die Hilfsmittel-Leistungserbringer befähigt werden, diese Entscheidungen auch treffen und verantworten zu dürfen, beispielsweise durch die Vorgabe verpflichtender Bestandteile für die Verträge nach § 127 SGB V.

Mögliche Reduzierung der Bürokratiebelastung

Unter der Annahme, dass der Aufwand pro ausgestellter Verordnung leicht steigt, die Anzahl der nachträglichen Anfragen sich aber deutlich reduziert, ergibt sich eine Entlastung von etwa 150.000 Stunden pro Jahr (Bürokratiekosten von ca. 14 Mio. €).

Kontakt:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 187.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 73 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.