

VORSCHLÄGE BÜROKRATIEABBAU

VORSCHLÄGE DER KBV FÜR DAS ENTBÜROKRATISIERUNGSGESETZ GEMÄSS PARAGRAF 220 ABS. 4 SGB V

Mit Blick auf das von der Bundesregierung geplante Entbürokratisierungsgesetz hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) dem Bundesministerium für Gesundheit die folgenden Vorschläge zur Verfügung gestellt. Viele der darin aufgegriffenen Themen wurden durch Ärzte und Psychotherapeuten im Rahmen des Ärztepannels der KBV eingebracht. Das Panel besteht aus derzeit über 1.000 Niedergelassenen unterschiedlicher Fachrichtungen aus ganz Deutschland, die von der KBV regelmäßig in Umfragen und Online-Diskussionsveranstaltungen befragt werden. Berücksichtigt wurden bei der Themensammlung auch Hinweise der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie Ergebnisse des Praxisbarometers Digitalisierung.

VORSCHLAG 1: VERZICHT AUF EINE 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.

Mögliche Reduzierung der Bürokratiebelastung

Pro Jahr werden etwa 116 Millionen AU-Bescheinigungen ausgestellt¹. Der Bürokratieaufwand für eine elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) beträgt 2,08 Minuten pro Fall². Die Gesamtbelastung

¹ Gematik: TI-Dashboard unter <https://www.gematik.de/telematikinfrastruktur/ti-dashboard>

² KBV, Fachhochschule des Mittelstands: BIX 2022 – Schwerpunktthema: Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

liegt damit bei derzeit ca. 4 Millionen Stunden beziehungsweise bei Bürokratiekosten von knapp 294 Millionen Euro³. Etwa 35 Prozent der Arbeitsunfähigkeitsfälle haben eine Dauer von ein bis drei Tagen⁴. 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 Kindes⁵. 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.⁶ 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 Tagen⁷, 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.

VORSCHLAG 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)⁸. Eine Auswertung der Abrechnungsdaten für das

³ Statistisches Bundesamt: Lohnkostentabellen 2021 zur Erfüllungsaufwands- und Bürokratiekostenmessung des Statistischen Bundesamtes; Wirtschaftsabschnitt Q86 (Gesundheitswesen), Qualifikationsniveau hoch

⁴ BARMER-Daten 2021

⁵ KG2-Statistik unter gbe-bund.de

⁶ Statistisches Bundesamt, Nationaler Normenkontrollrat: Mehr Zeit für Behandlung – Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Arzt- und Zahnarztpraxen. Abschlussbericht August 2015

⁷ KG2-Statistik unter gbe-bund.de

⁸ 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

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).

VORSCHLAG 3: VOLLSTÄNDIGE DIGITALISIERUNG DER ELEKTRONISCHEN AU

Bei der eAU ist derzeit die digitale Übermittlung der Ausfertigungen für die Krankenkasse sowie für den Arbeitgeber vorgesehen. Die Ausfertigung für die Versicherten wird allerdings noch immer ausgedruckt, da bisher keine flächendeckende digitale Lösung zur Verfügung steht.

Lösungsvorschlag

Der Versichertendurchschlag der eAU sollte als eine der ersten Anwendungen der Opt-out-ePA vorgesehen werden. Die Daten liegen bereits digitalisiert vor und könnten durch das Praxisverwaltungssystem automatisiert eingestellt werden. Das Verfahren wäre somit im Standardfall vollständig digitalisiert. Das Einstellen der eAU-Funktionalität würde die elektronische Patientenakte (ePA) zudem auch für jüngere Versicherte attraktiv machen, für die Funktionalitäten wie der Medikationsplan oder Krankenhausentlassbriefe weniger relevant sind.

Der Referentenentwurf für das Digitalgesetz sah noch eine konkrete Regelung für ein solches Verfahren vor. Im Kabinetentwurf wurde diese allerdings wieder gestrichen und durch einen unverbindlichen Prüfauftrag ohne zeitliche Vorgabe ersetzt. Die KBV fordert eine zeitnahe und praxistaugliche Regelung für ein volldigitales Verfahren bei der eAU.

Mögliche Reduzierung der Bürokratiebelastung

Bei jährlich etwa 116 Millionen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen fällt für das Ausstellen der papiergebundenen Bescheinigung für die Patientinnen und Patienten pro Fall ein Bürokratieaufwand von ca. 10 Sekunden an⁹. Unter der Annahme, dass für die Übernahme der Daten in die elektronische Patientenakte kein zusätzlicher Zeitaufwand entsteht und dass 80 Prozent der GKV-Versicherten eine elektronische Patientenakte haben, ergibt sich ein jährliches Entlastungspotential von ca. 322.000 Stunden beziehungsweise Bürokratiekosten in Höhe von ca. 24 Millionen Euro.

VORSCHLAG 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.

Vorhaben, die zusätzliche und inhaltlich redundante Prozessschritte einführen, wie die im aktuellen Koalitionsvertrag vorgesehene Bestätigung aller Entscheidungen der Zulassungsausschüsse (ZA) durch die zuständigen Landesbehörden, stehen dem Ziel der Entbürokratisierung im Wege, erschweren langwierige Verfahren zusätzlich und sollten dringend im Hinblick auf ihre Kosten-Nutzen-Bilanz überdacht werden.

⁹ KBV, Fachhochschule des Mittelstands: BIX 2022 – Schwerpunktthema: Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Lösungsvorschläge

- › **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.
-

VORSCHLAG 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. Hierbei werden häufig von unterschiedlichen Stellen die gleichen Sachverhalte zu bestimmten Patienten abgefragt, oft kommen die Anfragen regelmäßig alle sechs bis acht Wochen. Da eine digitale Übermittlung bisher nicht möglich ist, müssen die Informationen mit hohem zeitlichen Aufwand immer wieder zusammengesucht und 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

Da häufig von unterschiedlichen Stellen die gleichen Sachverhalte abgefragt werden, sollten für die Anfragen einheitliche Formulare verwendet werden. Dies würde den Praxen die Beantwortung erleichtern. Es sollte zudem geprüft werden, ob bestimmte Informationen an andere beteiligte Behörden weitergeleitet werden können. So könnte die Krankenkasse in bestimmten Fallkonstellationen, zum Beispiel Eintritt Pflegebedürftigkeit oder Schwerbehinderung Informationen für andere Behörden zur Verfügung stellen, die dann nicht noch einmal eine separate Anfrage an die Arztpraxis stellen müssten.

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.

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.

VORSCHLAG 6: VERPFLICHTENDE ZERTIFIZIERUNG VON SOFTWAREPRODUKTEN FÜR DIE ERSTELLUNG UND ÜBERMITTLUNG VON QS-DOKUMENTATIONEN NACH DER DEQS-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. Hierfür werden in Spezifikationen sektorenübergreifend inhaltliche und technische Anforderungen an die Software zur QS-Dokumentation 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 der Qualitätssicherung 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 für die QS-Dokumentation erhalten.

VORSCHLAG 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). Der vorliegende Referentenentwurf zum Digitalgesetz sieht keine Anpassung dieser Regelungen vor, obwohl der Zeitplan für die Anbindung der weiteren Gesundheitsberufe inzwischen geändert wurde. Nur unzureichend berücksichtigt wird bei dem aktuellen Zeitplan zudem der voraussichtliche Nutzen der Digitalisierung dieser Verordnungsprozesse für die Betroffenen. So sollen bereits ab 2024 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 2025 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 zum Beispiel sinnvoll, 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 Vorkhaltung von TI-Anwendungen verpflichtet sind, ohne dass für sie relevante Anwendungsmöglichkeiten bestehen. Ein hoher Nutzen für die Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung würde sich zudem durch die verpflichtende Digitalisierung von Krankenhausentlassbriefen ergeben¹⁰, 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 häuslicher Krankenpflege, außerklinischer Intensivpflege und Soziotherapie zeitlich zurückgestellt wird und stattdessen zunächst digitale Übermittlungsverfahren für die oben genannten Bereiche in den Fokus genommen werden.

VORSCHLAG 8: AUFHEBUNG DER DOPPELTEN MENGENBEGRENZUNG BEI DER VIDEOSPRECHSTUNDE

Viele Niedergelassene möchten die Videosprechstunde gerne mehr Patienten anbieten, was aber aufgrund der Mengenbegrenzung nicht möglich ist. Die jetzige Begrenzungsregelung zur Videosprechstunde im EBM ist gesetzlich vorgeschrieben (§ 87 Abs. 2a Satz 30 und 31 SGB V). Gefordert wird eine doppelte anteilige Begrenzung sowohl der ausschließlichen Fernbehandlungsfälle als auch der durchgeführten Leistungen im Videokontakt auf jeweils 30 Prozent. Das System der doppelten Begrenzung ist für Vertragsärzte kompliziert zu verstehen und anzuwenden. Zudem erfordert es erheblichen Aufwand bei den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Lösungsvorschlag

Die Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat sich einstimmig dafür ausgesprochen, die telemedizinische Leistungserbringung massiv zu entbürokratisieren. Die bisherige zweifache Begrenzung – auf Leistungs- wie auf Fallebene – sollte in eine durch die Selbstverwaltung selbst zu regelnde (auch fachgruppen-) flexible Begrenzung auf Fallebene umgewandelt werden soll. Aus dem politischen Raum gibt es hierzu positive Signale: Nach dem aktuellen Kabinettsentwurf zum Digital-Gesetz soll die Vorgabe für die Begrenzungsregelungen demnächst gestrichen werden. Der Bewertungsausschuss würde damit in die Lage versetzt, einfachere Regelungen für die Videosprechstunde umzusetzen.

Zudem plädiert die VV dafür, die telemedizinische Leistungserbringung auch jenseits der Praxisräumlichkeiten zu ermöglichen. Eine solche Neuregelung könnte weniger Verwaltungsbelastung für die Ärzte und Psychotherapeuten sowie zusätzliche Behandlungszeiten generieren. Auch hier sieht der Kabinettsentwurf zum Digital-Gesetz eine entsprechende Änderung der Zulassungsverordnung vor.

¹⁰Bei einer aktuellen, repräsentativen Befragung Niedergelassener durch das IGES geben 68 Prozent der Befragten an, dass sie einen hohen Nutzen in der digitalen Übermittlung von Krankenhausentlassbriefen sehen. Derzeit ist aber nur bei 17 Prozent der Praxen die Kommunikation mit den Krankenhäusern zumindest hälftig digital (siehe Praxisbarometer Digitalisierung 2022).

VORSCHLAG 9: 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. Zusätzlich sollte eine Erhöhung der Geringfügigkeitsgrenze erfolgen.

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)¹¹. 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).

Kontakt:

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

¹¹ Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns