

POSITIONSPAPIER

zum Bürokratieabbau und zur effizienten Regulierung im ambulanten Gesundheitswesen

Hintergrund:

Staatsmodernisierung und der Abbau unnötiger Bürokratie sind Leitsätze der neuen Regierung. Dies fußt auf Vorarbeiten etwa vom Normenkontrollrat oder von der Initiative für einen handlungsfähigen Staat. Der Grundtenor, der auch Einzug in den Koalitionsvertrag gefunden hat: in Zeiten von Fachkräftemangel und Finanzierungsproblemen können wir uns überbordende Bürokratie nicht mehr leisten. Stattdessen brauchen wir eine echte Vertrauenskultur, effiziente durchdigitalisierte Verwaltungsstrukturen, Praxischecks für alle Gesetze und bessere Gesetze sowie Prinzipien, die verlässlich Bürokratismus verhindern. Dies ist eine Daueraufgabe und erfordert eine Haltung, die das in wirklich jedem Gesetzgebungs- und Verordnungsverfahren lebt. Wir werden das in allen künftigen Gesetzgebungsverfahren nachhalten und einfordern.

Es braucht aber zum Auftakt auch einen mutigen ersten Aufschlag, um die aktuelle Bürokratielast kräftig zu reduzieren. Aufstellungen wie der KBV-Bürokratieindex zeigen, dass Praxen zig Millionen Stunden mit unnötiger oder überkomplexer Bürokratie verbringen, anstatt diese Zeit den Patientinnen und Patienten zu widmen. Daher muss es gelingen, zeitnah die bestehende Regulatorik einmal gründlich zu durchforsten und großzügig zu entschlacken.

Forderungen:

Wir fordern ein mutiges und umfangreiches Bürokratieabbaugesetz. Dieses kann auf den Eckpunkten der letzten Bundesregierung aufbauen, die wichtige Aspekte bereits aufgegriffen haben. Auch das Forderungspapier der KBV zum Bürokratieabbau enthält wesentliche Erleichterungen – diese Positionierung unterstützen wir vollumfänglich! Daneben halten wir die nachfolgenden Vorschläge für zielführend.

Ein mutiger Bürokratieabbau verschafft den Praxen zeitnah Luft zum Atmen und mehr Zeit für die Patientenversorgung. Ein solcher Aufschlag wäre also ein wuchtiges Zeichen für einen echten Aufbruch und Politikwechsel auch im Gesundheitswesen.



Konkrete Vorschläge:

1. Nachweis der Berufshaftpflichtversicherung

Seit dem Inkrafttreten des § 95e SGBV müssen Vertragsärzte und -psychotherapeuten bei der Beantragung einer Zulassung, Ermächtigung oder Anstellungsgenehmigung gegenüber dem Zulassungsausschuss das Bestehen einer Berufshaftpflichtversicherung mit festgelegten Mindestversicherungssummen nachweisen. Ebenso müssen alle Bestandspraxen ihren Versicherungsschutz nachweisen. Eine Pflicht zum Abschluss einer ausreichenden Haftpflichtversicherung ergibt sich bereits aus den Heilberufsgesetzen der Länder sowie den Berufsordnungen. Die mit Wirkung zum 20.07.2021 eingeführte zusätzliche bundesrechtliche Nachweispflicht wird von den KVen als aufwendig und überflüssig angesehen, da der gleiche Sachverhalt nun von zwei Stellen und somit doppelt geprüft werden muss.

Wir schlagen daher vor, die Regelung in § 95e SGB V ersatzlos zu streichen.

2. Vereinfachung der Teilhabe an Besonderer Versorgung

Für über den EBM hinausgehende medizinische Leistungen, die zwischen Kassen und Leistungserbringern vereinbart wurden (sog. Besondere Versorgung), fällt eine Vielzahl von einzureichenden und zu unterzeichnenden Dokumenten an. Versicherte müssen mehrere Dokumente nach Erläuterung durch das Praxispersonal unterzeichnen: Teilnahmeerklärung, Versicherteninformation, Datenschutzinformation. Die Arztpraxis muss die Unterlagen an die Krankenkassen schicken. Dies ist mit hohem Bürokratieaufwand verbunden. Das verpflichtende Einschreibeverfahren ist insbesondere bei speziellen Personengruppen (Pflegeheimbewohner, Wohnungslose) nicht oder nur mit erhöhtem Aufwand praktikabel.

Wir fordern daher die Abschaffung der verpflichtenden Einschreibung für Ärzte und Patienten.

3. Elektronische Bekanntgabe von Bescheiden durch KVen

Mit der Telematikinfrastruktur (TI) und dem dort implementierten Kommunikationsdienst (KIM) besteht aktuell schon ein elektronischer Kommunikationskanal zur sicheren Übermittlung von medizinischen Daten im Gesundheitswesen (siehe § 311 Abs. 6 SGB V). Nach § 295 Abs. 4 Satz 1 SGB V ist zudem bereits die Übermittlung der Abrechnung an die KVen und KZVen unter Nutzung des sicheren Übermittlungsverfahrens nach § 311 Absatz 6 SGB V über die TI (KIM) möglich. Demgegenüber werden weitere Anträge und Unterlagen, die Leistungserbringer an die KVen übermitteln, ebenso wie Honorarbescheide und andere Bescheide von den KVen an ihre Mitglieder regelmäßig noch in Papierform übersandt.



Es wäre daher sinnvoll, wenn Bescheide zukünftig unter Nutzung des Übermittlungsweges der TI und des dort bestehenden sicheren Kommunikationsdienstes KIM schriftformersetzend bekanntgegeben werden könnten. Ebenso wäre es sinnvoll, wenn Leistungserbringer Unterlagen im Kontext von Verwaltungsverfahren mit den KVen (beispielsweise Widerspruchsverfahren, Genehmigungsantragsverfahren usw.) schriftformersetzend digital übermitteln könnten. Allerdings beschränkt § 311 Abs. 6 Satz 1 SGB V den Zweck des sicheren Übermittlungsverfahrens bislang auf medizinische Daten. Auch der § 295 SGB V sieht bislang keine Möglichkeit vor, eine Erklärung über die Korrektheit der abgerechneten Leistungen auf digitalem Weg zu übermitteln.

Im Interesse der Verwaltungsvereinfachung halten es die KVen für sinnvoll, das sichere Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6 SGB V über eine Erweiterung der Zweckbestimmung in § 311 Abs. 6 Satz 1 SGB V auch für die bidirektionale Kommunikation mit den Mitgliedern sowie insbesondere zum Zwecke der Bekanntgabe von Verwaltungsakten zu öffnen. Auch sollte eine Ergänzung des § 36a Abs. 2a SGB I in dem Sinne erfolgen, dass im Falle der Nutzung des sicheren Übermittlungsverfahrens nach § 311 Abs. 6 SGB V für die Übermittlung von Verwaltungsakten die Schriftform ersetzt werden kann. Zudem sollte in diesem Zusammenhang auch klargestellt werden, dass mit der Einrichtung einer KIM-Adresse die Eröffnung eines Zugangsweges für elektronische Dokumente nach § 36a SGB I erfolgt. Ferner sollte im § 295 Abs. 4 SGB V eine Ergänzung aufgenommen werden, dass im Falle der Übermittlung einer elektronisch signierten Erklärung des Abrechnenden unter Nutzung eines sicheren Übermittlungswegs nach § 311 Abs. 6 SGB V die Schriftform ersetzt wird.

4. Digitalisierung der Garantieübernahme für die Korrektheit der Leistungserbringung und Abrechnung durch den Abrechnenden („Sammelerklärung“)

Momentan fehlt eine Möglichkeit, Erklärungen zur Abrechnung, die inhaltlich der sogenannten „Sammelerklärung“ entsprechen, medienbruchfrei in den Prozess der Übermittlung der Abrechnung zu integrieren. Sobald diese geschaffen wird, kann die derzeit separate Sammelerklärung auf Papier mit eigenhändiger Unterschrift entfallen. Das würde den Abrechnungsprozess erheblich entschlacken und spart enorme Aufwände in den Praxen und in den KVen.

Dazu müsste folgender neuer Satz 2 in § 295 Abs. 4 eingefügt werden: „Im Falle der Übermittlung einer elektronisch signierten Erklärung des Abrechnenden unter Nutzung eines sicheren Übermittlungswegs nach § 311 Abs. 6 SGB V wird die Schriftform ersetzt.“

Elektronisch signiert heißt dabei nur, dass der Name des Abrechnenden in der Erklärung enthalten sein muss (nur einfache Signatur, d.h. der Name in Druckbuchstaben, keine qeS etc.).



5. Änderung der bestehenden Abschlussfrist für Honorarverträge

Aktuell müssen die Honorarverträge bis zum 31.10. für das Folgejahr abgeschlossen werden. Für den Abschluss sind aber Beschlüsse auf Bundesebene erforderlich. Der Zeitraum zwischen der Bekanntgabe dieser Bundesbeschlüsse und der Frist 31.10. ist zu kurz bemessen.

Künftig sollte der Abschluss mindestens bis 31.12. möglich sein, entsprechend ist § 87a Abs.3 S.1. SGB V zu ändern.

6. Förderungswürdige Leistungen

Bei der Vereinbarung förderungswürdiger Leistungen ist der aktuelle Bewertungsausschuss-Beschluss (456. Sitzung des BA mit Wirkung zum 01.10.2019) zu berücksichtigen. Der Beschluss beinhaltet ein aufwändiges Evaluationsverfahren, welches bei KVen, Krankenkassen und dem Bundesamt für Soziale Sicherung hohe bürokratische Aufwände erzeugt. Daneben verhindert das starre Konzept der Vorgaben zur Förderung von Leistungen innovative Ansätze zur Verbesserung der Versorgung der Patienten.

Auf die Festsetzung der Kriterien durch den Bewertungsausschuss sollte verzichtet werden. Entsprechend ist in § 87a Abs. 2 S. 3 SGB V die folgende Passage zu streichen:

„auf der Grundlage von durch den Bewertungsausschuss festzulegenden Kriterien zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten“

7. Abschaffung der rückwirkenden Patientenausschreibung in den Disease Management Programmen (DMP)

Die rückwirkende Patientenausschreibung hat zur Folge, dass bereits abgerechnete DMP-Leistungen im Nachgang gestrichen werden müssen. Dies erfolgt im Rahmen der Bearbeitung von Krankenkassenanträgen. Diese Verfahren führen zu bürokratischem Aufwand bei KVen, Krankenkassen und Ärzten.

Die rückwirkende Ausschreibung der Patienten gemäß § 15 RSAV sollte daher gestrichen werden. Stattdessen sollte die Ausschreibung zum Tag der Feststellung des Ausschreibetatbestands erfolgen.

8. Bagatellgrenze für Prüfanträge nach §106d SGB V

Bei Beträgen unter 300 Euro steht die Rückforderungssumme in keinem Verhältnis zum Aufwand des Verwaltungsverfahrens und der Vertragsärzte und -psychotherapeuten.

Während die Bagatellgrenze bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen gem. § 106 bis 106c bereit im Koalitionsvertrag vorgesehen ist, ist § 106d davon bisher ausgenommen. Auch für die Abrechnungsprüfung ist eine solche Bagatellgrenze jedoch vorzusehen.

9. Schaffung einer bundeseinheitlichen Abrechnungsstelle Asyl

Aktuell wird die ambulante medizinische Versorgung von Asylbewerbern in Bayern über Kommunen (Städte, Landkreise) abgewickelt. Es sind ca. 100 Ämter beteiligt.

Durch eine bundeseinheitliche Abrechnungsstelle können Personenverwechslungen, Fragen der Zuständigkeit bei den Ämtern und weitere Unstimmigkeiten vermieden werden. Dies führt zu einer deutlichen Aufwandsreduzierung sowohl bei der Abrechnung als auch bei der Prüfung und entlastet damit die Vertragsärzte und -psychotherapeuten als auch die Verwaltungen. Eine solche Regelung entspricht auch dem Once-Only-Prinzip.

10. Vereinfachung der elektronischen Bekanntgabe von Verwaltungsakten

Das aktuelle Verfahren des Einwilligungsvorbehalts bei elektronischer Bekanntgabe von Verwaltungsakten führt zu sehr hohen Verwaltungsaufwänden. Der Vorbehalt scheint in der digitalen Welt unangemessen.

Daher sollte der Einwilligungsvorbehalt gem. § 37 Abs. 2a SGB X aufgehoben werden.

11. Bürokratiearme Umsetzung der Qualitätssicherung

Qualitätssicherung ist originäre Aufgabe der Ärzte und Psychotherapeuten und tief in deren Selbstverständnis verankert. Sie ist auch wichtig, um dem hohen Qualitätsanspruch der ambulanten medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung Rechnung zu tragen. In den letzten Jahren hat sich die QS jedoch immer mehr zu einem hochkomplexen und extrem bürokratieaufwändigen Bestandteil des Praxisalltags entwickelt. Immer mehr Zeit fließt in die Erfüllung der QS-Auflagen; Zeit, die für die Behandlung am Patienten fehlt und Frust in den Praxen erzeugt. Sie entwickelt sich damit zunehmend zu einem Zulassungshindernis, das niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte zunehmend abschreckt und damit dem Sicherstellungsauftrag der KVen zuwiderläuft. Dass diesem sehr hohen Aufwand ein sinnvoller und evidenzbasierter Nutzen der Qualitätssicherung in ihrer derzeitigen Gestalt entgegensteht, ist höchst zweifelhaft und keinesfalls belegt. Das gilt insbesondere für die sektorübergreifende Qualitätssicherung (sQS).

Die KBV hat bereits 2021 wesentliche Impulse für eine Neuausrichtung der sQS veröffentlicht, die auch für die sektorspezifischen QS-Verfahren relevant sind. Leider ließen sich diese Impulse bislang wegen der unterschiedlichen Interessen der Beteiligten im Gemeinsamen Bundesausschuss nicht in ausreichendem Maße umsetzen. Um die benötigte rasche Entlastung der Praxen zu erreichen und damit

Patientennah, Ländernah, Gemeindenah.



dem Sicherstellungsauftrag Rechnung zu tragen, ist es daher dringend geboten, dass der Gesetzgeber im SGB V die Vorgabe einer ressourcenschonenden, bürokratiearmen und evidenzbasierten Umsetzung der Qualitätssicherung statuiert und einen entsprechenden Programmsatz (ähnlich wie beim Pflegeentlastungsgesetz) als Auftrag in den entsprechenden Ermächtigungsgrundlagen des G-BA normiert. Dadurch kann sichergestellt werden, dass die Qualitätssicherung die Realität in den Praxen berücksichtigt, nicht über ein vertretbares Maß hinaus Ressourcen bindet und in einem angemessenen Verhältnis zur Patientenbehandlung und zu einem evidenzbasierten Nutzen der Qualitätssicherung steht. Der G-BA muss aufgefordert werden, bestehende QS-Verfahren nach diesen Kriterien zu überarbeiten, die Kriterien bei allen künftigen Verfahren zu berücksichtigen und die QS-Verfahren regelmäßig hinsichtlich Effizienz und Nutzen zu evaluieren.

Dies gilt auch für das sektorspezifische Qualitätssicherungsverfahren für die ambulante psychotherapeutische Versorgung. Auch hier muss durch die Evaluation der derzeitigen Erprobung des Verfahrens in NRW sichergestellt werden, dass Kosten und Nutzen in einer sinnvollen Relation stehen. Zusätzlich ist hierbei sicherzustellen, dass die Patientenbefragung im Rahmen der QS nutzbare Informationen erbringt. Eine potenzielle Gefährdung der Therapeuten-Patienten-Beziehung ist dabei auszuschließen.

