

Anlaufstelle für Bürokratieabbau

Endbericht

München, 31.01.2014

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
2.	Hintergrund und Entwicklung	6
3.	Entwicklung der Meldungen an die Anlaufstelle	11
3.1.	Themenschwerpunkte.....	12
3.2.	Einsendewege.....	14
4.	Ergebnisse und Erfolge der Anlaufstelle.....	15
4.1.	Bundesebene.....	15
4.1.1.	Praxisgebühr.....	15
4.1.2.	Elektronische Gesundheitskarte (eGK).....	16
4.1.3.	Abrechnung der ärztlichen Leistung	16
4.1.4.	Verordnung von Hilfsmitteln	17
4.1.5.	Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz	18
4.1.6.	Substitutionsbehandlung mit Methadon.....	19
4.1.7.	Vereinfachung der Bildabnahmeprüfung für Sonographiegeräte	20
4.1.8.	Vereinfachung der Stichprobenprüfung Sonographie Säuglingshüfte.....	21
4.1.9.	Optimierung der Stichprobenprüfung Sonographie	21
4.1.10.	Formulare	22
4.2.	Landesebene	25
4.2.1.	Anfragen der Krankenkassen	25
4.2.2.	Verordnung von Arzneimitteln	26
4.2.3.	Richtgrößenprüfungen und Regresse	27
4.2.4.	Einheitliche Abrechnung Hausarztverträge und Krankenkassen.....	28
4.3.	Selbstverwaltung	29
4.3.1.	Förderung von Weiterbildungsassistenten	29
4.3.2.	Anstellung eines Assistenten in einer Berufsausübungsgemeinschaft.....	29
4.3.3.	Sammelerklärung	30
4.3.4.	Übernahme von Genehmigungen bei Statuswechsel	31
4.3.5.	Verordnung von Heilmitteln	31
5.	Fazit.....	32
	Anlagen	34

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Meldungen nach Themen, absolut und anteilmäßig (Stand 31.10.2012)	3
Tabelle 2: Meldungen nach Kanal (Stand 31.10.2012)	3

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Eingegangene Meldungen im Zeitverlauf (Stand 31.10.2012)	3
Abbildung 2: Gemeldete Themen im Verhältnis (Stand 31.10.2012)	3

1. Einleitung

Gesundheit ist ein sensibles Gut. Die Patienten¹ in Deutschland haben ein berechtigtes Interesse daran, dass diejenigen, die ihnen beim Schutz ihrer Gesundheit täglich zur Seite stehen, entsprechende Qualifikationen besitzen und ihre Leistungen mit der gebotenen Sorgfalt erbringen.

Um dies zu gewährleisten, wird das deutsche Gesundheitswesen von mehreren Ebenen gestaltet und überwacht. Auf Bundesebene zunächst durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als Normgeber, dazu nachgeordnete Behörden wie das Bundesversicherungsamt und Organe der Selbstverwaltung wie der Gemeinsame Bundesausschuss (GB-A) oder die Partner der Bundesmantelverträge, die untergesetzliche Normen vorgeben. Auf Landesebene werden die Regelungen in Bayern durch das Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit (StMUG)², sowie in bestimmten Fällen die Staatsministerien für Justiz und Verbraucherschutz (StMJV), des Innern (StMI) sowie für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (StMAS) ergänzt. Auch hier kommen zunächst noch nachgeordnete Behörden wie die regionalen Gesundheitsämter und die Organe der Selbstverwaltung auf Landesebene hinzu.

Die Sammlung von Informationen und die Pflicht zur Dokumentation sollen Sicherheit für Patienten und Ärzte schaffen, indem sie Behandlungsabläufe transparent und nachvollziehbar machen. Darüber hinaus dienen sie auch gesamtgesellschaftlichen Zielen wie der Versorgungsforschung.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) befürwortet eine Dokumentation zu diesen Zwecken. Diese Dokumentations- und Informationspflichten sind jedoch auf das Nötigste zu beschränken und so praxisnah und praktikabel wie möglich zu gestalten. Denn die Zeit, die Bayerns Ärzte verwenden, um nicht benötigte Informationen zu sammeln oder unnötig komplexe Dokumentationen auszufüllen, fehlt für die Versorgung und Beratung der Patienten.

Der vorliegende Endbericht der gemeinsamen Anlaufstelle für Bürokratieabbau des StMUG und der KVB zieht anlässlich des Projektabschlusses eine Bilanz.

Kapitel 2 liefert zunächst einen kurzen Überblick über den thematischen Hintergrund und die historische Entwicklung der Anlaufstelle. In Kapitel 3 wird die Entwicklung der Meldun-

¹ Aufgrund der besseren Lesefreundlichkeit wird auf die jeweilige Nennung der weiblichen Form verzichtet.

² Seit Oktober 2013 als Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

gen an die Anlaufstelle dargestellt. Kapitel 4 enthält die eingesandten Themen aufgeteilt nach bundes- und landespolitischer Zuständigkeit beziehungsweise Zugehörigkeit zur Selbstverwaltung und zeigt die erfolgten Aktivitäten und Ergebnisse.

Eine kritische Gesamtwertung des Projekts erfolgt in Kapitel 5.

2. Hintergrund und Entwicklung

Kostenfaktor Bürokratie

Das deutsche Gesundheitswesen ist einer Vielzahl von gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen und Vorgaben unterworfen, die der besonderen Bedeutung der Gesundheit und der Verantwortung der Ärzte für die Gesunderhaltung der Patienten Rechnung tragen sollen. Auf bundesgesetzlicher Ebene gehören hierzu zunächst einmal Vorgaben zur Finanzierung der Gesundheitsleistungen durch die gesetzliche Krankenversicherung und durch direkte Beiträge der Patienten, sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung. Hinzu kommen Bestimmungen, die eine sozialpolitisch motivierte Unterstützung für sozioökonomisch exponierte Patientengruppen (bspw. Kinder und Jugendliche, chronisch Kranke) festlegen und damit Schnittstellen zu anderen sozialpolitischen Akteuren, z. B. den sogenannten besonderen Kostenträgern, regeln.

Innerhalb der Gesundheitsversorgung werden diese beispielsweise um vordefinierte Anforderungen an die Qualifikation der medizinisch behandelnden Akteure, die verwendeten Geräte oder die Behandlungsmethoden ergänzt.

Der Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten wird durch Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner auf Bundes- und Landesebene geregelt. Die Vereinbarungen konkretisieren Gesetzesvorgaben, definieren Dokumentationserfordernisse, enthalten aber auch zusätzliche Leistungen ergänzend zum gesetzlich vorgegebenen Leistungsumfang der GKV.

Dazu kommen noch speziell im Bereich der Selbstverwaltung der niedergelassenen Ärzte Vorgaben, die beispielsweise die Vergütung der erbrachten Leistungen und die Abrechnung mit den Krankenkassen betreffen.

Initiativen in Deutschland im Zusammenhang mit Bürokratie im Gesundheitssektor

Diese Vielzahl von Regelungen führt dazu, dass Ärzte und Psychotherapeuten einen immer größeren Teil ihrer Arbeitszeit mit Formalia verbringen müssen und der damit der Patientenversorgung verloren geht.

Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) hat gemeinsam mit dem Wirtschaftsprüfungsunternehmen KPMG im Jahr 2006 eine erste Messung der bürokratischen

Belastungen von Vertragsärzten und Psychotherapeuten in Westfalen-Lippe ermittelt³. Im Ergebnis wurden ca. 281 gesetzlich oder vertraglich definierte Informationsanforderungen identifiziert, die für die rund 13.000 Vertragsärzte und Psychotherapeuten Bürokratiekosten von 160 Mio. Euro pro Jahr allein in Westfalen-Lippe verursachen. Trotz unterschiedlicher Strukturverhältnisse der ambulanten Versorgung zwischen Bayern und Westfalen-Lippe kann eine ähnlich hohe Belastung für Bayern angenommen werden. Für Gesamtdeutschland schätzte KPMG im Jahre 2006 für den ambulanten Bereich Bürokratiekosten von ca. 1,6 Mrd. Euro. Mit der Nachmessung vom Jahre 2008 wurde dieses Ergebnis untermauert.

Die Unternehmensberatung A. T. Kearney diagnostizierte in ihrer Studie „Deutsches Gesundheitswesen auf dem Prüfstand – Kostenfalle Komplexität“ im Dezember 2011 ein Einsparpotenzial von 13 Mrd. Euro bei den Verwaltungskosten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Auf den Bereich der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte entfielen davon 5,3 Mrd. Euro, was 41% aller GKV-induzierten vermeidbaren Verwaltungskosten entspricht⁴.

Angesichts des fortgesetzten Anstiegs der Kosten des Gesundheitssystems wird verstärkt die Frage gestellt, ob diese bürokratischen Prozesse tatsächlich die Versorgung der Patienten verbessern und ob grundsätzlich sinnvolle Anforderungen nicht effizienter organisiert werden könnten.

Auf Bundesebene beschäftigt sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) seit 2006 mit dem Thema Entbürokratisierung, insbesondere mit der ex-ante-Abschätzung von Bürokratiekosten für neue Normen.

Gemeinsam mit der KVWL richtet sie darüber hinaus das Best-Practice-Forum Bürokratieabbau aus, in dem Vertreter verschiedener Kassenärztlicher Vereinigungen (KVen) ihre Erfahrungen beim Bürokratieabbau in ihren Regionen austauschen und so voneinander lernen können. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns beteiligt sich an diesem Austausch regelmäßig mit eigenen Vorschlägen.

Mitte 2012 hat die KBV zudem eine Umfrage unter den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten in Deutschland initiiert, in der die alltägliche Belastung durch formfreie Kassenanfragen in Zahlen greifbar gemacht werden sollte. Die KVB hat dieses Vorhaben der KBV unterstützt und ihre Mitglieder um Mitwirkung an der Umfrage gebeten. Etwa 3.000 KV-Mitglieder aus Bayern und Westfalen-Lippe haben an der Umfrage teilgenom-

³ KPMG (2006): Standard-Kosten-Messung der bürokratischen Belastungen von Vertragsärzten im Bereich der Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

⁴ A. T. Kearney (2011): „Deutsches Gesundheitswesen auf dem Prüfstand – Kostenfalle Komplexität“

men. Die Mehrheit der Teilnehmer berichtete von einer zunehmenden Zahl von formfreien Anfragen der Krankenkassen in ihren Praxen.

Zum 31.10.2012 hat die KBV zudem das Onlineforum „Mehr Zeit für Patienten“ gestartet. Es bietet Vertragsärzten und -psychotherapeuten u. a. die Möglichkeit, der KBV Ansatzpunkte zu einer Reduktion der Bürokratie vorzuschlagen. Die eingereichten Vorschläge werden von der KBV geprüft und beantwortet und ggf. an die betroffenen Länder-KVen weiter geleitet.

Auch die Bundesregierung hat den Abbau der Bürokratie in Arztpraxen als erfolgversprechendes Handlungsfeld erkannt. Im Auftrag des Nationalen Normenkontrollrats hat das Statistische Bundesamt eine Vor-Umfrage unter den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten in Deutschland durchgeführt, um zunächst diejenigen Themen zu identifizieren, die in den Praxen am meisten Bürokratie verursachen. Auf dieser Grundlage hat im Oktober 2013 eine Befragung von Ärzten und Psychotherapeuten begonnen, die zum Ziel hat, die Bürokratiebelastung in ausgewählten Untersuchungsbereichen zu ermitteln und Vereinfachungspotentiale zu identifizieren. Die KVB unterstützt gemeinsam mit anderen KVen und der KBV diese Umfrage.

All diese Initiativen haben zum Ziel, die bereits bestehende Bürokratielast für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten abzubauen sowie der Entstehung neuer bürokratischer Belastungen vorzubeugen. Um in Zukunft die Entwicklung neuer bürokratischer Aufwände für die Ärzte und Psychotherapeuten im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) einzudämmen, hat der Gesetzgeber die Partner der Selbstverwaltung auf Bundesebene im Versorgungsstrukturgesetz (VStG) beauftragt, geeignete Strukturen zur Berücksichtigung der Bürokratiekosten zu schaffen. Die Partner der Selbstverwaltung sind diesem Auftrag durch Einrichtung einer Stabsstelle für Bürokratiekostenmessung am G-BA nachgekommen. Die Stabsstelle schätzt die Bürokratiekosten, die aus neuen Regelungen des G-BA entstehen, im Voraus ab und macht bei Bedarf Vorschläge, wie diese beispielsweise in der Berechnung der zeitlichen Aufwände berücksichtigt werden können. Darüber hinaus ist sie innerhalb des G-BA beratend tätig. Die Stabsstelle für Bürokratiekostenermittlung hat im Juli 2012 ihre Arbeit aufgenommen.

Initiativen in Bayern

Die übermäßige Bürokratielast beschäftigt auch die verschiedenen Institutionen sowie die KVB seit Jahren. Im Rahmen der Veranstaltung Gesundheits-Jour fixe des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit (StMUG) wurde 2010 die Gründung der Arbeitsgruppe Bürokratieabbau beschlossen. Diese hat die Anlaufstelle für Bürokratieabbau initiiert. Sie wurde von der KVB mit Unterstützung durch das StMUG eingerichtet.

Die Anlaufstelle für Bürokratieabbau

Die Anlaufstelle für Bürokratieabbau hat zum 1. November 2011 ihre Arbeit aufgenommen. Die Kooperationspartner hatten eine Laufzeit von einem Jahr bis zum 31.10.2012 vereinbart.

Ziele der Anlaufstelle

Im Fokus der Anlaufstelle für Bürokratieabbau stand die Erfassung der bürokratischen Aufgaben, die Teil des Versorgungsalltags aller niedergelassenen Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten in Bayern sind. Die Anlaufstelle für Bürokratieabbau hat Verbesserungsvorschläge zum Thema Bürokratieabbau entgegen genommen, eine Kurzanalyse der Vorschläge durchgeführt und sie, sofern sie nicht die ärztliche Selbstverwaltung direkt betreffen, an die entsprechenden Stellen in Politik und Gesundheitswesen weitergeleitet. Ziel war es, aus den Vorschlägen Lösungen zur Verschlankung und Vereinfachung bürokratischer Aufwände zu entwickeln.

Im Vordergrund stand die konkrete Entlastung von Vertragsarzt- und Vertragspsychotherapeutenpraxen und der daran angrenzenden Schnittstellen. Die Veränderung grundsätzlicher Strukturen war nur indirekt Ziel der Anlaufstelle.

Vorschläge für Verbesserungen konnten von den bayerischen Vertragsärzten und -psychotherapeuten, von Mitarbeitern der KVB und von den Mitgliedern der Arbeitsgruppe Bürokratieabbau eingereicht werden. Auch andere Berufsgruppen mit Schnittstellen zur ambulanten ärztlichen Versorgung hatten die Möglichkeit, sich einzubringen.

Dafür standen den Einsendern insgesamt vier Kommunikationswege offen:

- Online-Formular im Internet unter www.kvb.de/buerokratieabbau (kurz: Online-Formular)
- E-Mail an buerokratieabbau@kvb.de (kurz: E-Mail)
- Telefonat mit den Beratern im KVB Service- und Beratungszentrum (kurz: Helpline)
- Fax an 0 89/57 09 3-6 49 74 (kurz: Fax)

3. Entwicklung der Meldungen an die Anlaufstelle

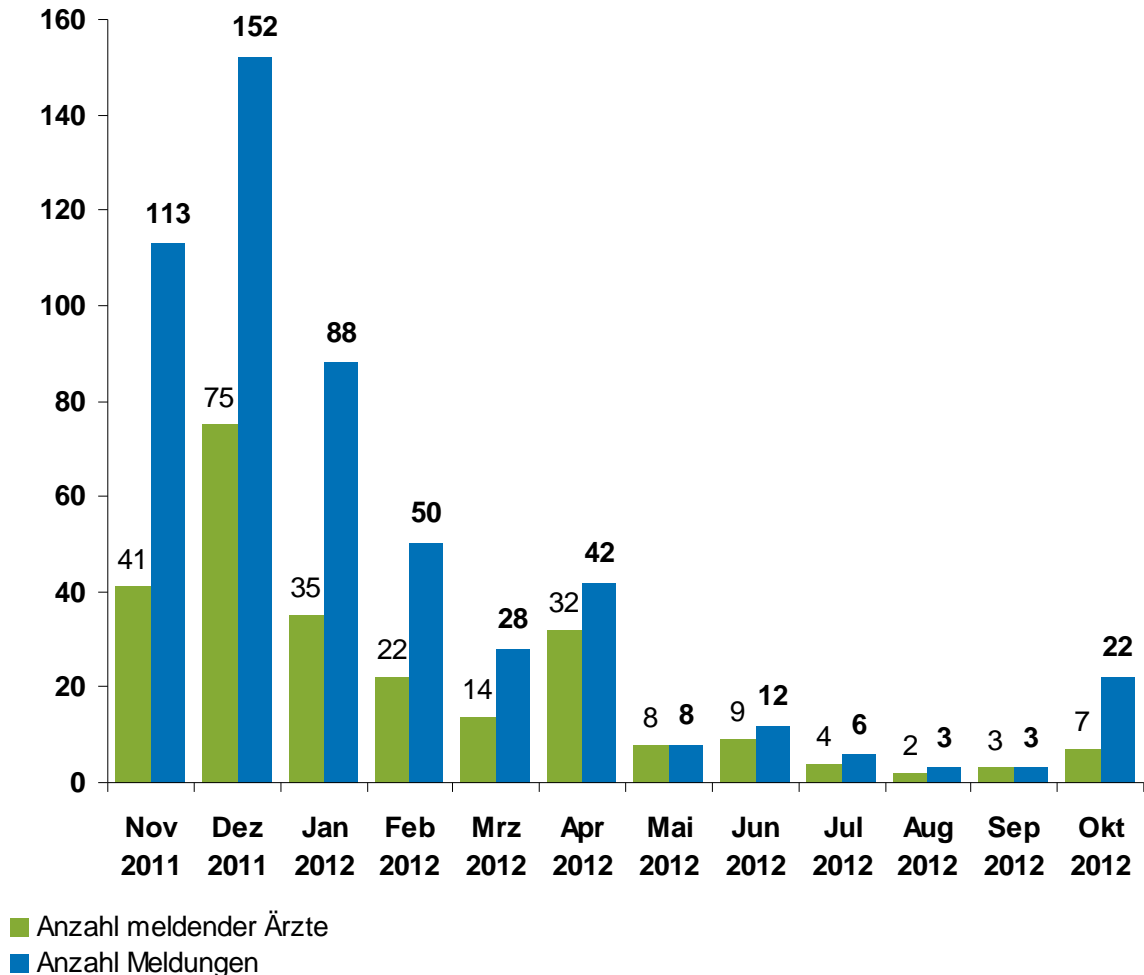
Im Zeitraum vom 01.11.2011 bis zum 31.10.2012 sind insgesamt 527 Meldungen von 252 Einsendern eingegangen. Abbildung 1 zeigt die Entwicklung der Meldungen im Zeitverlauf. Die große Zahl der Meldungen bereits zum Start der Anlaufstelle belegt, dass Bürokratie für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Bayern ein Thema mit hoher Bedeutung ist. Im November 2011 gingen 113 Meldungen von 41 Einsendern ein. Der Dezember 2011 war mit 152 Meldungen von 75 Einsendern der Monat mit der höchsten Anzahl an Meldung in der gesamten Laufzeit.

In den folgenden Monaten nahm die Zahl der Einsendungen vorübergehend ab. Die geringsten Einsenderzahlen waren im August 2012 – vermutlich den Sommerferien geschuldet – mit 3 Meldungen zu verzeichnen. Im Oktober 2012 stieg die Zahl der Meldungen auf 22 Meldungen von 7 Einsendern an.

Kommunikative Maßnahmen gegenüber den Mitgliedern der KVB und anderen Akteuren im Bayerischen Gesundheitswesen haben ebenfalls zu der großen positiven Resonanz zu Beginn der Anlaufstelle beigetragen.

Abbildung 1: Eingegangene Meldungen im Zeitverlauf (Stand 31.10.2012)

Anzahl Meldungen



3.1. Themenschwerpunkte

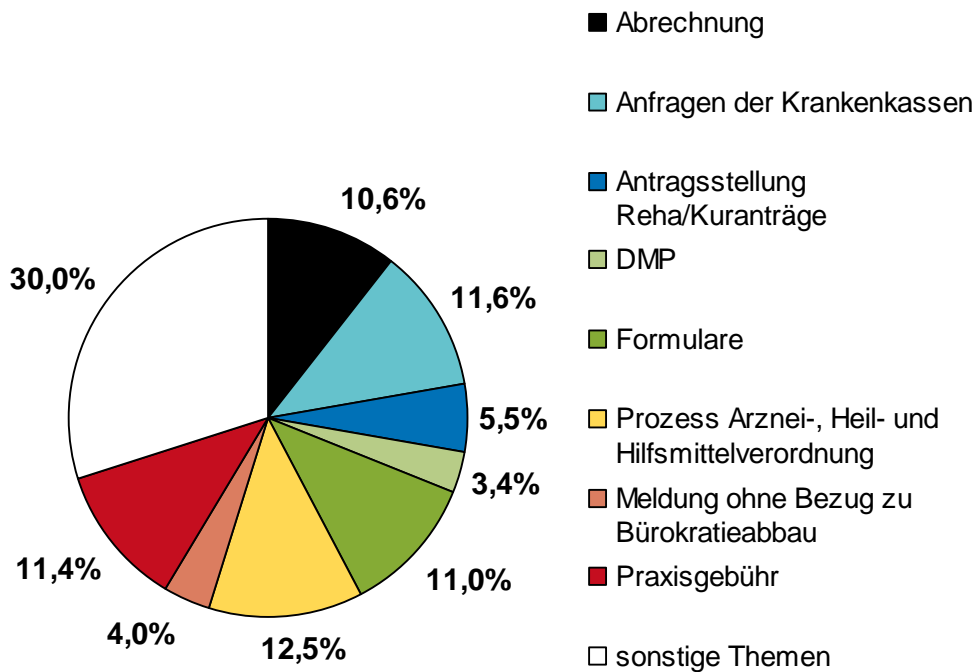
„Prozesse der Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnung“ waren mit insgesamt 66 von 527 Meldungen der meistgenannte Bürokratietreiber (12,5 %) in Bayerns Arzt- und Therapeutenpraxen. Am zweithäufigsten wurden Anfragen der Krankenkassen genannt (61 Meldungen bzw. 11,6 %), auf Platz 3 folgte die sog. Praxisgebühr mit 60 Meldungen (11,4 %). Insgesamt 21 Meldungen (4,0 %) betrafen nicht die Bürokratie in Arztpraxen, sondern schilderten teilweise sehr komplexe Einzelfälle. Ein Beispiel betraf die Bemühungen eines Arztes, für einen von ihm angestellten Facharzt für Radiologie aus Österreich eine Genehmigung zur Erbringung radiologischer Leistungen zu erhalten, wobei weder der KVB noch den zuständigen Gremien in Österreich die hierfür nötigen Unterlagen zur Verfügung standen.

Die genaue Themenverteilung ist in Tabelle 1 dargestellt und in Abbildung 2 grafisch verdeutlicht.

Tabelle 1: Meldungen nach Themen, absolut und anteilmäßig (Stand 31.10.2012)

Themenschwerpunkt	Absolute Zahl der Meldungen	Anteil an allen Meldungen insgesamt (in %)
Prozess der Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnung	66	12,5 %
Anfragen der Krankenkassen	61	11,6 %
Praxisgebühr	60	11,4 %
Formulare	58	11,0 %
Abrechnung	56	10,6 %
Antragstellung Reha- /Kuranträge	29	5,5 %
Meldung ohne Bezug zu Bürokratieabbau	21	4,0 %
Disease-Management-Programme (DMP)	18	3,4 %
Sonstige Themen	158	30,0 %
Gesamt	527	100 %

Abbildung 2: Gemeldete Themen im Verhältnis (Stand 31.10.2012)



3.2. Einsendewege

Die Einsendung per E-Mail war mit 57,1 % der bevorzugte Weg, Bürokratieverursacher zu melden. Danach folgte die Eingabe im Online-Formular mit 26,6 %. Tabelle 2 bietet einen Überblick über das Meldungsaufkommen für alle Einsendungsmöglichkeiten.

Tabelle 2: Meldungen nach Kanal (Stand 31.10.2012)

Einsendemöglichkeit	Absolute Zahl an Meldungen	Anteil an allen Meldungen insgesamt (in %)
E-Mail	144	57,1 %
Online Formular	67	26,6 %
Fax	37	14,7 %
Helpline	4	1,6 %

4. Ergebnisse und Erfolge der Anlaufstelle

Die Anlaufstelle für Bürokratieabbau hat vereinbarungsgemäß die eingegangenen Meldungen kurz analysiert und an die zuständigen Institutionen weiter geleitet, um gemeinsam mit diesen mögliche Lösungen zu entwickeln.

Für das Gros der Meldungen konnten die zuständige Institutionen entweder auf der Bundesebene (z. B. Bundesministerium für Gesundheit, Partner der Bundesmantelverträge), der Landesebene (z. B. Sonstige Kostenträger) oder auf der Ebene der Selbstverwaltung in der KVB identifiziert werden.

Für jede dieser Ebenen werden im Folgenden Tätigkeiten und Erfolge der Anlaufstelle für Bürokratieabbau dargestellt.

4.1. Bundesebene

Die Analyse der gemeldeten Themen und die Identifikation kompetenter Ansprechpartner zur Entwicklung möglicher Lösungen führten in vielen Fällen auf die Bundesebene bzw. betrafen Vorgaben der Bundesebene.

Neben dem Bundesministerium für Gesundheit als Normgeber führen Regelungen der Organe der Selbstverwaltung, wie des Gemeinsamen Bundesausschusses oder der Partner der Bundesmantelverträge, zu Bürokratielasten in den Arztpraxen.

Da in diesen Institutionen Vertreter von verschiedenen Interessengruppen des Gesundheitswesens, beispielsweise der niedergelassenen Ärzte, der Krankenhausbetreiber und der gesetzlichen Krankenversicherungen, gemeinsam Lösungen aushandeln, erfordert die Änderung bestehender Vorgaben in vielen Fällen einen Kompromiss zwischen divergierenden Interessen.

Die Praxisgebühr und die elektronische Gesundheitskarte (eGK) sind zwei Beispiele, die auch die gesundheitspolitische Diskussion auf Bundesebene im Zeitraum von November 2011 bis Oktober 2012 prägten und die ausschließlich in die Verantwortung des Bundesgesetzgebers fielen.

4.1.1. Praxisgebühr

Die sogenannte Praxisgebühr wurde zuerst mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung 2003 in das fünfte Sozialgesetzbuch aufgenommen. Es sah vor, dass die Patienten bei jedem ersten Arztbesuch im Quartal in der Arztpraxis eine

Gebühr entrichten mussten und verursachte in der Arztpraxis einen massiven Verwaltungsaufwand. Zunächst durch das Einziehen der Gebühr vom Patienten und die Verrechnung mit den Gebührenempfängern, den gesetzlichen Krankenkassen. Hinzu kamen vielfältige Befreiungstatbestände, die beim Einzug zu berücksichtigen waren und auch Mahnungen, die durch die Arztpraxen versandt werden mussten. Zudem kam es häufig zu Diskussionen zwischen den Patienten einerseits und den Ärzten und ihren Mitarbeitern andererseits über diese Praxisgebühr. Der daraus resultierende umfangreiche und unübersichtliche bürokratische Aufwand wurde in zahlreichen Einsendungen thematisiert. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns hat diese Anregungen aufgegriffen und gemeinsam mit anderen KVen am 21.05.2012 die Kampagne „Praxisgebühr? Weg mit dem Bürokratiemonster“ gestartet. Bis zum Ende der Kampagne am 05.11.2012 hatten 1,6 Mio. Patienten die Unterschriftenlisten, die deutschlandweit in Arztpraxen auslagen, unterschrieben. Die Patientinnen und Patienten in Bayern haben mit 0,9 Mio. einen Großteil der Unterstützung geleistet (vgl. Anlage 1).

Am 04.11.2012 sind die Vertreter der Regierungskoalition aus CSU, CDU und FDP dem Vorschlag der KVen gefolgt und haben die Abschaffung der Praxisgebühr zum 01.01.2013 beschlossen.

Dies entlastet die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im gesamten Bundesgebiet von unnötiger Bürokratie und verschafft ihnen mehr Zeit zur Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten.

4.1.2. Elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Zahlreiche Melder befürchten, dass die Einführung der eGK und auch der Online-Stammdatenabgleich einen enormen Mehraufwand in den Praxen nach sich zieht. Zudem wurden erhebliche datenschutzrechtliche Bedenken geäußert.

Die KVB teilt insbesondere die datenschutzrechtlichen Bedenken gegen den vom Gesetzgeber vorgesehenen Onlineabgleich der Versichertenstammdaten. Zudem stellt dies eine neuerliche Verlagerung administrativer Aufgaben der Krankenkassen in die Arztpraxen dar. Gemeinsam mit der KBV wird sie sich daher für eine entsprechende Änderung dieser bundesgesetzlichen Regelungen einsetzen.

4.1.3. Abrechnung der ärztlichen Leistung

Die Vergütung von vertragsärztlichen ambulanten Behandlungen eines Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung wird durch den einheitlichen Bewertungsmaßstab

(EBM) geregelt. Dieser gibt eine bundesweite Gewichtung der Behandlungsleistungen untereinander und eine monetäre Bewertung vor, die durch Verträge auf Landesebene ergänzt und verändert werden können.

In den Einsendungen an die Anlaufstelle für Bürokratieabbau wurden regelmäßig einzelne Aspekte des EBM, beispielsweise die erforderliche Dokumentation zur Abrechnung einzelner Leistungen oder die Tendenz der Vorjahre, einzelne Leistungen zunehmend in Versichertenpauschalen zusammen zu fassen, bemängelt. Darüber hinaus wurde auch der EBM insgesamt in seiner Funktion als Steuerungs- und Vergütungsinstrument kritisiert.

Beschlüsse zur Ausgestaltung des EBM werden im Bewertungsausschuss, der sich paritätisch aus Vertretern der KBV und dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung zusammensetzt, gefasst. Auch über die vorgesehenen Änderungen am EBM, die nach und nach bis zum Frühjahr 2014 umgesetzt werden sollen, muss die KBV im Bewertungsausschuss verhandeln.

Um einen Vorschlag der KVB in den EBM zu übernehmen, bedarf es deshalb zunächst einmal der Zustimmung der KVen in den entsprechenden Arbeitskreisen der KBV und im zweiten Schritt der Einigung mit den Vertretern der Krankenkassen im Bewertungsausschuss. Die KVB wirkt an den Verhandlungen zur Änderung des EBM aktiv mit, eine kurzfristige Überführung von Vorschlägen ist aber aufgrund dieser Abstimmungsprozesse selten möglich. Die an die Anlaufstelle herangetragenen Kritikpunkte der Melder können aufgrund der beschriebenen Konstellation nicht unmittelbar an den Bewertungsausschuss übergeben werden, sondern werden gesammelt an die KBV zur Berücksichtigung in der Verhandlungsmasse weitergereicht sowie ihre Umsetzung nachgehalten und eingefordert.

4.1.4. Verordnung von Hilfsmitteln

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde 2007 für Krankenkassen die Pflicht eingeführt, auch mit den Lieferanten von Hilfsmitteln Lieferverträge zur Versorgung ihrer Versicherten abzuschließen.

Die Einsender berichteten der Anlaufstelle für Bürokratieabbau, dass diese Regelung gerade in der Versorgung von Pflegeheimpatienten, die auf Inkontinenzprodukte wie Dauerkatheter angewiesen sind, zu Problemen führt.

Vor Abschluss der Verträge konnten Dauerkatheter über jede Apotheke bezogen werden. Ärzte konnten deshalb bei Pflegeheimbesuchen einige Katheter mitnehmen und bei Bedarf direkt vor Ort den Patienten zur Verfügung stellen. Für die verbrauchten Katheter

wurde danach eine Verordnung ausgestellt, die der Arzt selbst bei der nächsten Apotheke wieder einlösen konnte, um seine Vorräte entsprechend dem Verbrauch wieder aufzufüllen.

Gerade für die oftmals nur eingeschränkt mobilen Bewohner von Pflegeheimen und ihre Angehörigen bedeutete dieses unbürokratische Vorgehen eine große Erleichterung, denn es stellte sicher, dass sie bei Bedarf mit Inkontinenzprodukten unmittelbar versorgt werden konnten.

Seit Abschluss der Lieferverträge können Inkontinenzprodukte nur noch in Ausnahmefällen über Apotheken bezogen werden. Diese müssen dafür aufgrund der Vertragskonditionen der Hersteller beispielsweise über speziell geschultes Personal verfügen. Im Bedarfsfall müssen die Patienten oder ihre Betreuer nun zunächst die ärztliche Verordnung für neue Inkontinenzprodukte bei einem Sanitätsfachhändler einreichen, der dann die verordneten Produkte zusendet. Dadurch kann es allein aufgrund des Postversands zu Wartezeiten von einer Woche und mehr zwischen der ärztlichen Verordnung und der Zustellung der Produkte kommen. Eine Reaktion auf medizinisch bedingte kurzfristige Bedarfsänderungen ist damit nicht mehr möglich.

Die Kostenersparnis der Krankenkassen, die sich aufgrund der Verträge möglicherweise ergeben, wird in der Versorgung von Pflegeheimpatienten faktisch mit einer Verschlechterung der Lebensqualität der Patienten erkaufte.

Die KVB steht in diesem Zusammenhang mit verschiedenen Akteuren auf Bundes- und Landesebene in Kontakt, um eine Lösung im Sinne der Patienten und ihrer Mitglieder zu erzielen.

4.1.5. Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz

Bei der Untersuchung von Schülern und dem Ausstellen von Attesten gilt die „Bundesverordnung über die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz“ in der Fassung von 1990. Diese sieht vor, dass der behandelnde Arzt parallel zu seinen Abrechnungsunterlagen, die er elektronisch einreichen muss, die Berechtigungsscheine zur Abrechnung von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen postalisch einreicht. Dieses Verfahren führt – gerade auch in der Gegenüberstellung mit vergleichbaren Verfahren wie der Untersuchung von Bundeswehrangehörigen – zu einer vermeidbaren Bürokratie in den Arztpraxen. Die KVB hat deshalb in der Vergangenheit sowohl beim StMAS als auch bei Mitgliedern des Bundestags dafür geworben (vgl. Anlage 2 und 3), die Abrechnung der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen ausschließlich elektronisch abzuwickeln. Die Berechnung

gungsscheine sollten analog zu den Untersuchungsscheinen für Bundeswehrangehörige in der Praxis aufbewahrt und auf Anfrage an die KVB gesandt werden.

Im Rahmen eines gemeinsamen Termins mit Vertretern der Krankenkassen, dem StMUG und der KVB hat auch das StMUG sich bereit erklärt, den Sachverhalt kritisch zu prüfen und eine Änderung im Sinne der bayerischen Ärzte zu unterstützen. Die Gespräche der KVB auf Bundesebene dauern zum aktuellen Zeitpunkt noch an.

4.1.6. Substitutionsbehandlung mit Methadon

Die Substitutionstherapie von ehemals heroinabhängigen Patienten mit Methadon ist eine medizinisch anerkannte Möglichkeit, den Patienten dauerhaft aus seiner Heroinabhängigkeit zu führen und ihm eine geregelte Lebensführung mit Erwerbstätigkeit zu ermöglichen. Da diese Therapie im Schnittpunkt von medizinischen, arzneimittel-, betäubungsmittel- und strafrechtlichen Fragestellungen liegt, sind hier die Erfordernisse, denen ein Arzt genügen muss, besonders hoch. Gegenüber der Anlaufstelle wurde insbesondere das Stichprobenprüfverfahren bei Methadonsubstitution als erhebliche Bürokratiebelastung gemeldet.

Diese Prüfungen der substituierenden Ärzte erfolgen durch verschiedene Organisationen und dienen unterschiedlichen Zielsetzungen: Die regional zuständigen Gesundheitsdienste prüfen vor allem mit dem Ziel, einen Beigebrauch des Methadons mit anderen Substanzen zu begrenzen. Die durch die Partner der Bundesmantelverträge definierten Prüfungen dienen der Qualitätssicherung. Im Einzelfall können sich diese Prüfungen überschneiden und in eine überdurchschnittliche Häufung der Prüfungen münden.

Die KVB hat die Einsendungen zum Anlass genommen, sowohl auf Bundes- als auch Landesebene Wege für eine Reduzierung und Synchronisation der Prüfungen zu suchen. Darüber hinaus prüft sie, wie sie selbst durch eine Vereinfachung der eigenen Prüfverfahren eine Erleichterung für die an der ambulanten Methadontherapie teilnehmenden Vertragsärzte erreichen kann.

In Bayern gibt es nur sehr wenige Ärzte, die diese Therapie anbieten. Doch Ärzte, die Suchtpatienten bei der Rückkehr in die Gesellschaft helfen wollen, finden wenig Unterstützung. Dies liegt zu einem großen Teil an einer unzureichenden Kenntnis der Öffentlichkeit über Hintergründe, Möglichkeiten und Grenzen einer Substitutionstherapie.

Die KVB steht deshalb in Kontakt mit allen Akteuren sowohl auf Bundes- als auch Landesebene, um gemeinsam Lösungen zu finden und die Rahmenbedingungen für die handelnden Ärzte und so die Versorgung der Patienten zu verbessern (Anlage 4).

Der ehemalige bayerische Staatsminister für Umwelt und Gesundheit Dr. Marcel Huber hat in einem Gespräch Ende November 2012 mit der KVB seine volle Unterstützung zugesagt. Weitere Gespräche mit dem bayerischen Justizministerium stehen zum Berichtszeitpunkt noch an.

4.1.7. Vereinfachung der Bildabnahmeprüfung für Sonographiegeräte

Die Ultraschallvereinbarung (USV) der Partner des Bundesmantelvertrages sieht vor, dass Ärzte nach dem Erwerb eines neuen Ultraschallgeräts eine neue Genehmigung beantragen und hierfür Bilder bei der zuständigen KV einreichen müssen. Angesichts der strengen Prüfaufgaben, denen Neugeräte bereits von Seiten der Hersteller unterworfen sind, verursachte die erneute Prüfung der Geräte vor Inbetriebnahme in den Arztpraxen eine unnötige bürokratische Belastung der Ärzte.

Hinzu kam, dass Ärzte im Rahmen der Konstanz- und Stichprobenprüfung auch bei wiederholt sehr guten Prüfergebnissen regelmäßig einer erneuten Prüfung unterzogen wurden.

Da der weitgehend überwiegende Teil der bayerischen Ärzte in der Vergangenheit bei der Prüfung sehr gute Prüfergebnisse erzielte, hat die KVB die Konstanzprüfungen, die seit dem Jahr 2013 vorgesehen waren, ausgesetzt. Dadurch wurden im vergangenen Jahr 2.100 Ärzte von den anstehenden Konstanzprüfungen befreit.

Darüber hinaus haben wir erreicht, dass sich die KBV gemeinsam mit der AG Ultraschall und dem Gemeinsamen Ausschuss Qualitätssicherung unseren Empfehlungen zu weiteren Vereinfachungen der in der Ultraschallvereinbarung veranlagten technischen Prüfungen angenommen hat. Die angestrebten Vereinfachungen sind der Verzicht auf Abnahmeprüfungen bei fabrikneuen Ultraschallgeräten und die Anerkennung von Wartungsprotokollen bei Konstanzprüfungen. Wir gehen aufgrund der positiven Rückmeldungen der KBV und der AG Ultraschall davon aus, dass diese Vereinfachungen bereits im Jahr 2014 vom Gemeinsamen Bundesausschuss Qualitätssicherung beschlossen und somit umgesetzt werden können.

Die ursprüngliche Übergangsfrist in der Ultraschallvereinbarung zur Umstellung auf ein neues Ultraschallgerät räumte den Ärzten eine Frist zum Entzug der Genehmigung für das alte Gerät von vier Wochen ein, während die Anschaffung und Genehmigung des neuen Geräts bis zu sechs Monate dauern kann. In der Folge wären Ärzte gezwungen gewesen, für mehrere Monate auf Ultraschalluntersuchungen zu verzichten. Wir haben uns deshalb

an die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit der Bitte gewandt, hier praktikable Lösungen im Sinne der Ärzte zu suchen (vgl. Anlage 5). Wir konnten damit erreichen, dass die Frist zum Entzug der Genehmigung für das alte Gerät von vier Wochen auf sechs Monate von den Entscheidungsgremien auf Bundesebene erhöht wurde.

4.1.8. Vereinfachung der Stichprobenprüfung Sonographie Säuglingshüfte

Die Qualitätssicherungsvereinbarung Säuglingshüfte, eine Anlage zur Ultraschallvereinbarung der Bundesmantelvertragspartner, sah bisher für die niedergelassenen Ärzte komplexe Prüfmodalitäten vor. Die Partner der Bundesmantelverträge haben zum 01. April 2012 eine überarbeitete Version der Ultraschallvereinbarung verabschiedet, die das Prüfprozedere u. a. durch Einführung einer initialen Abnahmeprüfung, Vereinheitlichung der Prüfkriterien und längere Prüfintervalle bei Bestehen der Prüfung vereinfacht. Zudem erhalten Ärzte voraussichtlich ab dem ersten Quartal 2014 zur Vorbereitung auf die Stichprobenprüfung verbesserte Unterstützung seitens der KBV durch die Broschüre „Sonographie Säuglingshüfte – Aber richtig“.

4.1.9. Optimierung der Stichprobenprüfung Sonographie

Das Prüfprozedere bei der Stichprobenprüfung der Säuglingshüfte und allen anderen Anwendungsbereichen in der Ultraschalldiagnostik unterscheiden sich grundlegend und sind an verschiedenen Orten in der Ultraschallvereinbarung geregelt. Wir haben uns daher an die KBV mit der Empfehlung gewandt, das Verfahren zur Stichprobenprüfung bei allen sonographischen Anwendungsbereichen zu vereinheitlichen, so dass sich Kinderärzte und Orthopäden, welche Ultraschalleistungen über die Sonographie der Säuglingshüfte hinaus erbringen und abrechnen, nicht zwei unterschiedlichen Qualitätsprüfungen unterziehen müssen, sondern im Sinne der Gleichbehandlung nur an einer Stichprobenprüfung teilnehmen brauchen (vgl. Anlage 6).

Bei mehrfach festgestellten Mängeln im Rahmen der Stichprobenprüfung ist nach der aktuellen Ultraschallvereinbarung der Entzug der Genehmigung und die Teilnahme an einem Kolloquium zur Wiedererlangung der Genehmigung vorgesehen, unabhängig davon, ob es sich bei den Mängeln um technische, formale oder fachliche Mängel handelt und unabhängig davon, ob die Versorgungsqualität dadurch gemindert ist oder nicht. Wir haben uns daher an die KBV mit der dringenden Forderung gewandt, die Mängelrelevanz bei der Konsequenzenregelung differenzierter und zielgerichteter zu berücksichtigen. Auch hier

erwarten wir eine kurzfristige Umsetzungsmöglichkeit von den Entscheidungsträgern auf Bundesebene.

4.1.10. Formulare

Insgesamt 11 Prozent aller Meldungen entfielen auf verschiedene Formularthemen. Die Vordruckvereinbarung der Bundesmantelvertragspartner regelt Gestaltung und Inhalt der Formulare. Zu den gemeldeten Bürokratiequellen gehörten neben der Zusammenführung oder Abschaffung von Formularen auch Vorschläge zur Vereinfachung des Formular-Managements in den Praxen, etwa durch einheitliche Gestaltung und Anforderungen an die verwendete Druckertechnik.

Die Vielzahl der Formulare, ihr komplexer Aufbau und das Vorhandensein verschiedener Versionen eines bestimmten Formulars wurden als zeitaufwändig mit einer erhöhten Fehlergefahr beschrieben.

Gemeinsam mit der KBV hat die KVB nach Umsetzungsmöglichkeiten für Verbesserungsvorschläge gesucht. Der Vielzahl an Formularen ist auch geschuldet, dass nicht alle in der Arztpraxis umsetzbaren Erleichterungen umfassend bekannt sind. Einsendern, die beispielsweise angeregt hatten, Formularvordrucke beidseitig zu bedrucken, konnte geantwortet werden, dass diese Möglichkeit bereits besteht. Durch eine Typografievereinbarung konnte zudem in jüngster Zeit die Vereinheitlichung der Vordrucke voran getrieben werden.

Insbesondere bei der Streichung unnötiger Informationen auf den Formularen oder der Zusammenführung von Formularen ist jedoch der Änderungswille der Krankenkassen nötig. In der Vergangenheit konnten viele Vorschläge, die eine Vereinfachung oder Zusammenlegung von Formularen zum Ziel hatten, nicht umgesetzt werden, da die Krankenkassen den Vorschlägen der KVen mit eigenen Forderungen nach umfangreicheren Formularen entgegen traten (vgl. Anlage 7).

Mit der Vereinbarung der Partner des Bundesmantelvertrags im Oktober 2013, gemeinsam ein Rahmenformular zu entwickeln, das sowohl die ärztliche Praxis als auch die Informationsansprüche der Kassen berücksichtigt, soll eine Lösung für sogenannte „formfreie Kassenanfragen“ geschaffen werden. Dieses soll Anfragen der Krankenkassen, die nicht in den vereinbarten Vordrucken abgebildet werden, vereinheitlichen und den Bearbeitungsaufwand für zusätzliche Anfragen in den Praxen reduzieren.

Da die formfreien Anfragen von den Bundesvorgaben abweichen, sind sie nicht nur oft unübersichtlich, sie erhöhen gegebenenfalls durch unvollständige oder unklare Angaben die

Gefahr für unbeabsichtigte Datenschutzverletzungen. Die Meldungen der Ärzte und Psychotherapeuten zu den formfreien Anfragen verdeutlichen die Verunsicherung hinsichtlich der Rechtmäßigkeit der Anfragen und die hohe bürokratische Belastung.

Mit dem geplanten Rahmenformular soll den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten in Deutschland wieder eine verlässliche Grundlage gegeben werden.

Die KVB setzt sich auf Bundesebene dafür ein, hier spürbare Verbesserungen für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zu erzielen, statt bestehende Bürokratie durch neue Bürokratie zu bekämpfen. Sie wird deshalb den Einsatz eines neuen Rahmenformulars nur unterstützen, wenn es den Mitgliedern eine höhere Sicherheit hinsichtlich der rechtlichen Zulässigkeit sowie der Vergütung der Anfragen bietet. Dies erfordert klare Regeln, die es den Ärzten und Psychotherapeuten auch ermöglichen, Anfragen, die diesen Anforderungen nicht genügen, nicht zu beantworten.

Erfahrungen in anderen Bundesländern zeigen, dass in Einzelfällen durchaus eine Vereinfachung der verwendeten Formulare möglich ist, ohne dass dadurch wichtige Informationen verloren gingen. Dies hängt jedoch von der Kooperationsbereitschaft der beteiligten Parteien und der Unterstützung durch die zuständige Aufsicht ab.

In gemeinsamen Gesprächen mit dem StMUG und der AOK Bayern im November 2012 wurde die Gründung einer Formularkommission beschlossen. Diese wird als Unterarbeitsgruppe der AG Bürokratieabbau des StMUG bereits vorhandene Formulare auf ihre Nützlichkeit, Übersichtlichkeit und Nutzerfreundlichkeit hin prüfen und Vorschläge zur Vereinfachung und Verbesserung aus Anwendersicht liefern. Diese Vorschläge sollen in Pilotprojekten getestet und als Lösung „Made in Bayern“ den Partnern des Bundesmantelvertrags auf Bundesebene zur Verfügung gestellt werden. Die Formularkommission hat im Oktober 2013 ihre Tätigkeit aufgenommen und begonnen, erste Verbesserungsvorschläge zu erarbeiten.

Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern, die zuletzt im Rahmen des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) geregelt wurden, waren ein weiteres Thema. Diese Verträge beinhalten eine Beschränkung der Medikamente, die für die Behandlung eines Versicherten auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden können. Wünscht ein Patient ein anderes Medikament, beispielsweise weil er an dieses bereits gewöhnt ist oder eine Umstellung zu Komplikationen führt, muss er die Preisdifferenz selbst zahlen.

Obwohl diese Verträge ausschließlich der Kosteneinsparung bei den Krankenkassen dienen, haben die Kassen ihre Versicherten bisher nicht in ausreichendem Maß über diese Leistungseinschränkungen informiert, sondern es den Ärzten überlassen, dies zu tun. In

der Folge erhöht sich der Aufklärungsbedarf in den Arztpraxen, obwohl es eigentlich Aufgabe der Krankenkassen ist, Ihre Versicherten über Änderungen der Sachleistungen zu informieren.

Der zusätzliche Informationsaufwand der Vertragsärzte beruht in Bezug auf das AMNOG auf einem Bundesgesetz. Die Rabattverträge selbst werden jedoch zwischen den einzelnen Landeskrankenkassen und den Arzneimittelherstellern vereinbart. Trotz entsprechender Forderungen der KVB auf Landesebene haben die Krankenkassen ihre Informations-tätigkeiten nicht ausgeweitet.

4.2. Landesebene

Die föderale Struktur der Bundesrepublik Deutschland spiegelt sich auch in der Organisation des Gesundheitswesens wider. Die ärztliche Selbstverwaltung und die gesetzlichen Krankenkassen besitzen neben ihrer Vertretung auf Bundesebene Verbandsorganisationen auf Landesebene, deren Aufgabe es ist, innerhalb der durch die Bundesorgane vorgegebenen Rahmenbedingungen die Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung der regionalen Bedürfnisse zu gestalten. In Bayern werden die Ärzte durch die Bayerische Ärztekammer, die KVB, sowie fachgruppenspezifische Berufsverbände vertreten. Die Krankenkassen sind ihrerseits durch eigene Körperschaften in Bayern vertreten (beispielsweise AOK Bayern) oder haben Landesverbände gebildet (beispielsweise der BKK Landesverband).

Die landestypischen Regelungen und die Akzentsetzungen im Handeln der Landeskrankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen ergeben für jedes Bundesland trotz genereller Vergleichbarkeit auch spezifische Eigenheiten. Diese zeigen sich auch in den daraus entstehenden Bürokratiefolgen, die wiederum eigene landesspezifische Lösungsansätze benötigen.

4.2.1. Anfragen der Krankenkassen

Thematisch verwandt mit den Problemen der Formulargestaltung sind Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit den Anfragen der Krankenkassen in den Praxen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten auftraten.

Krankenkassen haben die Möglichkeit, bestimmte Informationen zum Behandlungsverlauf in der Arztpraxis zu erfragen. Allerdings hat der Gesetzgeber diesen Anfragen inhaltlich enge Grenzen gesetzt, da es sich bei Informationen zu Diagnose, Behandlung und Behandlungsverlauf um höchst sensible Daten aus dem verfassungsrechtlich geschützten Bereich der Privatsphäre handelt. Deshalb haben Krankenkassen die Auflage, Anfragen bezüglich solcher Daten beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) in Auftrag zu geben.

Die Partner der Bundesmantelverträge haben für Informationen, die die Kassen zur Wahrnehmung ihres Auftrags direkt in den Praxen erfragen dürfen, Anfrageformulare und eine Vergütung des ärztlichen Aufwands zur Auskunftserteilung vereinbart.

Die Einsender berichteten von einer zunehmenden Zahl an Krankenkassenanfragen, in denen die vorgegebenen Formulare von den Krankenkassen ergänzt oder abgewandelt

wurden. Oftmals wurden auch sogenannte formfreie Anfragen gestellt, denen kein Formular zugrunde lag. Auch die ersten Ergebnisse der in Kapitel 2 erwähnten Umfrage der KBV, die sich ausdrücklich der Problematik der formfreien Kassenanfragen zuwandte, bestätigen diesen Trend.

Die Entwicklung weist nicht nur auf eine bedenkliche Unvorsichtigkeit der Krankenkassen im Umgang mit höchst sensiblen Sozialdaten hin, die die Ärzte zudem strafrechtlichen Risiken aussetzt, sondern kostet in den Praxen Zeit. Zudem erfragen die Krankenkassen oftmals Daten, die ihnen bereits vorliegen.

Auf Landesebene haben das StMUG und die KVB Initiativen gestartet zu einer rechtssicheren und bürokratiearmen Lösung zu kommen. Auf Einladung des StMUG wurden im November 2012 in einem Gespräch zwischen Ärzten, KV-Vertretern und Vertretern der AOK Bayern gemeinsame Schritte zum Umgang mit Formularen und Anfragen der Krankenkassen diskutiert.

Es herrschte Einigkeit darüber, dass die Vorgaben des Datenschutzes unbedingt zu beachten sind. Folgerichtig wurde vereinbart, dass KV und Krankenkassen in ihren jeweiligen Zuständigkeiten eine Aufweichung des Datenschutzes konsequent unterbinden.

Die Unübersichtlichkeit und Komplexität der verschiedenen Formulare hat sich dabei als Fehlerquelle auf Absender- und Empfängerseite erwiesen, die zu potenziell den Datenschutz verletzenden Nachfragen führen kann.

Die unter 4.1.10 bereits beschriebene gemeinsame Formulkommission von Ärzten, KVB und Krankenkassen erarbeitet dafür pragmatische Lösungen.

4.2.2. Verordnung von Arzneimitteln

Viele der Einsender haben moniert, dass die Regelungen zur Verordnung von Arzneimitteln sehr unübersichtlich seien und die Verordnenden leicht dem Risiko einer Regressforderung ausgesetzt seien.

Die KVB hat diesen Bedenken Rechnung getragen, indem sie einen wirkstoffbezogenen Lösungsansatz entwickelt und bereits in Gespräche mit den Krankenkassen eingebracht hat.

Die Partner der großen Koalition sehen in ihrer Koalitionsvereinbarung vor, die bisherigen bundeseinheitlichen Regelungen durch Vereinbarungen der regionalen Selbstverwaltung von Krankenkassen und KVen zu ersetzen. Die KVB ist mit den gesetzlichen Krankenkassen in Bayern schon auf dem richtigen Weg. Außerdem gibt die Praxisverwaltungssoft-

ware seit vergangenem Jahr bereits Hinweise zu den Arzneimittelrichtlinien und damit auch zu nicht verordnungsfähigen Arzneimitteln.

4.2.3. Richtgrößenprüfungen und Regresse

Die Furcht, einer Richtgrößenprüfung unterzogen und in Folge dessen mit einer Rückzahlungsforderung (sog. Regress-Forderung) konfrontiert zu werden, ist besonders unter den hausärztlich tätigen Vertragsärzten in Bayern ein häufiges Thema.

Eine solche Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungs- und/oder Behandlungsweise wird nicht von der KVB durchgeführt, sondern von der unabhängigen Prüfungsstelle Ärzte Bayern, die von der KVB und den Krankenkassen gemeinsam gebildet wird.

Analysen der Verordnungsdaten durch die KVB haben ergeben, dass die Prüfungsergebnisse durch eine Reihe unterschiedlicher Faktoren beeinflusst werden, auf die Ärzte keinen Einfluss haben (vgl. Anlage 8). Beispielsweise führen hohe Anteile an alten oder stark morbidem Patienten, sowie Patienten, die einen Großteil ihrer Präparate von einem einzelnen Arzt verordnet bekommen, zu Verordnungskosten, die über dem Fachgruppenschnitt liegen. Daran kann der behandelnde Arzt nichts ändern. Da eine Fortführung der bisherigen Prüfverfahren vor dem Hintergrund einer verursachergerechten Kostensteuerung nicht sachlich angemessen war, hat die KVB die Prüfvereinbarung zum 31.12.2011 gekündigt.

Ergänzend hat die KVB an den Gesetzgeber appelliert, mit dem neuen GKV-Versorgungsstrukturgesetz einen konsequenten Weg zu beschreiten und die Richtgrößenprüfungen aus dem Sozialgesetzbuch zu streichen (vgl. Anlage 8 und 9).

Unsere Argumente waren so überzeugend, dass der Gesetzgeber unter dem Grundsatz „Beratung vor Regress“ für Ärzte, die erstmalig ihre Richtgrößen um mehr als 25 % überschreiten, eine gezielte Beratung vorsieht, um so einen Regress zu vermeiden. Bereits im Rahmen der Beratung können Praxisbesonderheiten festgestellt werden, die im Prüfverfahren berücksichtigt werden.

Für Patienten, denen der Arzt medizinisch notwendige Hilfsmittel über lange Zeit verordnet, können die verordneten Hilfsmittel nach vorherigem Antrag des Patienten bei der Krankenkasse vorab von der Prüfung ausgenommen werden.

In der Praxis hat sich allerdings gezeigt, dass in verschiedenen Bundesländern diese Vorgaben des Bundesgesetzgebers uneinheitlich umgesetzt werden.

Um Sicherheit der niedergelassenen Ärzte bei der Verordnung von Medikamenten zu schaffen, fordern wir deshalb eine Abschaffung der Regresse.

Die Koalitionspartner der großen Koalition haben diese Forderung aufgenommen, indem sie im Koalitionsvertrag eine Abschaffung der bisherigen Vereinbarung zur Richtgrößenprüfung vereinbart haben. An deren Stelle sollen regionale Vereinbarungen der Partner der Selbstverwaltung treten. Im Jahr 2014 wird die KV Bayerns voraussichtlich eine die Richtgrößenprüfung ablösende Vereinbarung mit den bayerischen Krankenkassenverbänden schließen.

4.2.4. Einheitliche Abrechnung Hausarztverträge und Krankenkassen

Die unterschiedliche Ausgestaltung der Abrechnung für Verträge der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) wurde sowohl unter dem Gesichtspunkt der verwendeten Abrechnungsziffern als auch der vereinbarten Abrechnungsmodalitäten von den Einsendern kritisch gesehen.

Einerseits wurde thematisiert, dass in HzV-Verträgen für identische Leistungen verschiedene Ziffern als im Leistungskatalog der GKV verwendet werden und zudem auch die HzV-Verträge selbst unterschiedliche Ziffern verwenden.

Zum anderen wurde darauf hingewiesen, dass die Leistungen in den HzV-Verträgen gemeinsam mit den GKV-Leistungen über die KVB abgerechnet werden sollten. Hierbei wurde auch eine einheitliche Einreichung der Abrechnungsunterlagen in elektronischer Form angemahnt.

HzV-Verträge unterliegen den Vorgaben nach § 73 b SGB V und werden direkt zwischen den jeweiligen Berufsverbänden und den Krankenkassen auf Landesebene geschlossen.

Die KVB ist sich des bürokratischen Aufwands, der in Arztpraxen durch die Teilnahme an Selektiv- und HzV-Verträgen entstehen kann, bewusst.

Eine Teilnahme der KVB an den Verträgen ist nicht zwingend vorgesehen, aber auf Wunsch der Vertragspartner beispielsweise als Dienstleister bzw. Abrechnungspartner möglich.

Die KVB hat keine Möglichkeiten, auf die Gestaltung dieser Verträge Einfluss zu nehmen, wenn sie nicht Vertragspartner ist.

Die KVB wird die HzV-Vertragspartner über die Meldungen der Einsender informieren.

4.3. Selbstverwaltung

Die KVB erfüllt in Bayern die gesetzlichen Aufträge, die Qualität der ärztlichen Versorgung sicher zu stellen (Gewährleistungsauftrag) und allen Patienten in Bayern den Zugang hierzu zu ermöglichen (Sicherstellungsauftrag). Zur Erfüllung dieser Aufgaben hat die KVB Prozesse und Formalia entwickelt, die die gesetzlichen Erfordernisse mit den berechtigten Interessen ihrer Mitglieder in Einklang bringen. Diese Prozesse werden kontinuierlich den sich ändernden Rahmenbedingungen angepasst und optimiert.

Die Meldungen an die Anlaufstelle für Bürokratieabbau hat die KVB genutzt, um gezielt einzelne Prozesse besonders kritisch zu prüfen und zu verbessern.

4.3.1. Förderung von Weiterbildungsassistenten

Ärzte, die einen jungen Kollegen im Rahmen seiner Facharztausbildung anstellen möchten, können für diesen eine Weiterbildungsförderung beantragen. Dafür benötigt die KVB eine Reihe von Unterlagen (z. B. Approbationsurkunde des Arztes in Weiterbildung oder Berechtigung zur vorübergehenden Ausübung des Heilberufs). Diese liegen der KVB jedoch nicht selbst vor, sondern müssen bei der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) angefragt werden.

Hat der Arzt, für den die Förderung beantragt werden soll, diese bereits bei der BLÄK vorgelegt (etwa, um zu erfragen, ob er überhaupt noch Anspruch auf eine Förderung hat), müssen diese nicht neu eingereicht werden. Die KVB hat ihre entsprechenden Formulare benutzerfreundlicher gestaltet. Gemeinsam mit der BLÄK wird sie nach Ansatzpunkten für eine weiterführende Vereinfachung des Prozesses suchen.

Dabei wird die KVB darauf achten, dass eine größtmögliche Einzelfallgerechtigkeit nicht zu mehr bürokratischer Belastung der Mehrheit der Ärzte führt.

4.3.2. Anstellung eines Assistenten in einer Berufsausübungsgemeinschaft

Bisher mussten Ärzte, die gemeinsam eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) betreiben und gemeinsam einen Kollegen anstellen möchten, getrennte Anträge stellen und daher auch getrennt die Gebühren für das Antrags- und Zulassungsverfahren entrichten.

Um dieses Verfahren zu vereinfachen, bietet die KVB ihren Mitgliedern nun zwei Möglichkeiten: Entweder wird der angestellte Arzt nur von einem Arzt der BAG angestellt. Dadurch wird nur ein Antragsverfahren benötigt und die Gebühren müssen nur einmalig entrichtet werden.

Oder, falls eine gemeinschaftliche Anstellung gewünscht ist, können die anstellenden Ärzte der KVB mitteilen, wem der angestellte Arzt im Falle von Änderungen im Bestand der BAG zuzurechnen ist. Dann ist eine gemeinsame Anstellung möglich, wofür nur ein Antrag benötigt und nur eine Antragsgebühr erhoben wird.

4.3.3. Sammelerklärung

Seit dem 01. Januar 2011 ist für alle Vertragsärzte und Psychotherapeuten in Bayern die so genannte Online-Abrechnung, d.h. die auf elektronischem Weg übermittelte Abgabe der Quartalsabrechnung, verpflichtend. Begleitend zur Quartalsabrechnung ist die Einreichung einer eigenständigen Sammelerklärung nach Maßgabe des Bundesmantelvertrages (BMV-Ä) Voraussetzung für einen Vergütungsanspruch des Vertragsarztes für die von ihm erbrachten Behandlungsleistungen. Darin versichert der Arzt die in seinen Abrechnungsunterlagen eingereichten Leistungen erbracht zu haben.

Stand heute muss die Sammelerklärung je Hauptbetriebsstätte mit dem Vertragsarztstempel versehen, persönlich unterschrieben und in Papierform eingereicht werden. Durch einen elektronischen Übertragungsweg könnte der bürokratische Aufwand deutlich reduziert werden. Eine rechtsgültige Alternative zur persönlichen Unterschrift elektronischer Dokumente bietet bis dato aber nur die qualifizierte elektronische Signatur, deren Einsatz jedoch mit monatlichen Gebühren für den Anwender verbunden ist und somit wirtschaftlich nur dann Sinn macht, wenn sie sehr häufig eingesetzt wird.

Da die Sammelerklärung lediglich vier Mal im Jahr erstellt und übertragen werden muss, lohnt sich der Einsatz einer qualifizierten elektronischen Signatur allein für diesen Anwendungsfall nicht. Daher erforscht die KVB aktuell Handlungsmöglichkeiten, um dennoch eine Entbürokratisierung hinsichtlich der Sammelerklärung für unsere Mitglieder zu erreichen.

Bezogen auf Medizinische Versorgungszentren (MVZ) konnte schon ein bedeutender Erfolg im Sinne der Entbürokratisierung der Sammelerklärung verbucht werden. Am 21.03.2012 hatte das Bundessozialgericht geurteilt, dass die Unterschrift des ärztlichen Leiters auf der Sammelerklärung ausreichend sei, um den formalen Erfordernissen zu genügen (Az.: B6 KA 22/11 R). Seit April 2013 können MVZen in Bayern die Sammelerklärung mit den Unterschriften des ärztlichen Leiters und – falls vorhanden - dem Vertretungsberechtigten einreichen. Dies stellt insbesondere für MVZen mit vielen angestellten Ärzten eine große administrative Erleichterung dar.

4.3.4. Übernahme von Genehmigungen bei Statuswechsel

Wechselt ein Arzt beispielsweise von der selbständigen Niederlassung in ein Anstellungsverhältnis bei einem anderen Arzt (sogeannter Statuswechsel), müssen alle bereits erteilten Genehmigungen (z. B. zur Erbringung bestimmter Leistungen) neu beantragt werden. Angesichts der Vielzahl möglicher Genehmigungen bedeutet dies eine sehr umfangreiche Liste, die der Arzt dann auszufüllen hätte. Bereits in der Vergangenheit hat die KVB das Übernahmeverfahren vereinfacht, in dem der Arzt beim Wechsel eine Auflistung seiner bisherigen Genehmigungen erhält und in dieser auswählen kann, welche er übertragen möchte. Die ausgefüllte Liste kann er der KVB dann per Fax einsenden.

Andere KVen haben ebenfalls Vorgehensweisen entwickelt, die eine bürokratiearme Übertragung von Genehmigungen ermöglichen sollen. Im Rahmen des Best-Practice-Forums der KVen werden die verschiedenen Ansätze diskutiert, mit dem Ziel, das bürokratieärmste Verfahren zu etablieren. Die KVB wird das erfahrungsgemäß bürokratieärmste Verfahren übernehmen.

4.3.5. Verordnung von Heilmitteln

Einsender haben der Anlaufstelle berichtet, dass es bei der Verordnung von Heilmitteln (z. B. Physiotherapie) zu Rückfragen der Krankenkassen und zu Rücksendungen der Verordnungen kommt. Die dadurch erforderlichen Ergänzungen und Neuausstellungen der Verordnungen erhöhen den Bearbeitungsbedarf in den Arztpraxen.

Wie die Umfrage der KBV (vgl. Kapitel 2) gezeigt hat, handelt es sich dabei häufig um ungerechtfertigte Rückfragen bei korrekten Verordnungen. Hier gilt die Darstellung zu den Krankenkassenanfragen in Kapitel 4.2.1.

Kommt es dagegen tatsächlich zu Rückfragen aufgrund uneindeutiger Verordnungen, ist eine Klarstellung der Verordnung richtig und notwendig. Grundsätzlich bieten die am Markt verfügbaren Praxissoftwarelösungen den Ärzten hierfür bereits einige Hilfestellungen beim Ausfüllen von Heilmittelverordnungen. Auch der Heilmittelkatalog kann heran gezogen werden. Ergänzend bietet die KVB ein umfangreiches Angebot an unterstützenden Dienstleistungen – online abrufbare Publikationen, telefonische Beratungsangebote über die Servicetelefonie der KVB sowie Schulungen und auf Wunsch auch persönliche Beratungen vor Ort in der Praxis.

5. Fazit

Die starke Resonanz auf die Anlaufstelle für Bürokratieabbau sowie die breite Unterstützungsbereitschaft der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten beispielsweise beim Sammeln der Patientenunterschriften zur Abschaffung der Praxisgebühr, belegt, dass die Beseitigung unnötiger Bürokratie in den Arzt- und Psychotherapeutenpraxen den Mitgliedern der KVB ein großes Anliegen ist.

Die Bürokratieverursacher, die in den Meldungen benannt wurden, hatten ihre Ursache sowohl bundes- als auch in landesweiten Vorgaben und zum Teil auch in Prozessen der Selbstverwaltung des deutschen Gesundheitswesens. Um eine Verbesserung im Interesse der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zu erzielen, war die KVB daher vielfach auf die Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren auf Bundes- und Landesebene angewiesen.

Wie die oben dargestellten Ergebnisse zeigen, konnte für eine Reihe der gemeldeten Themen Verbesserungen auf den Weg gebracht werden.

In einigen anderen Fällen waren zum Berichtszeitpunkt die Gespräche noch nicht abgeschlossen. Die KVB wird in diesen Fällen weiter auf Bundes- und Landesebene für Verbesserungen werben. Die Unterstützung des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit eröffnet dabei zusätzliche Möglichkeiten.

Wie wichtig eine umfassende und konstruktive Zusammenarbeit für einen erfolgreichen Abbau der Bürokratie ist, zeigt sich am oben geschilderten Beispiel der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen: Um einen antiquierten Prozess zu vereinfachen, müssten nur minimale Änderungen der „Bundesverordnung über die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz“ umgesetzt werden. Leider konnten hierfür bisher keine politischen Mehrheiten auf Bundesebene gefunden werden. Ein Abweichen von dieser Bundesverordnung durch eine individuelle Regelung in Bayern war bisher nicht realisierbar.

Die Meldungen an die Anlaufstelle für Bürokratieabbau haben gezeigt, dass dies nicht der einzige Fall ist, in dem ein gemeinsamer Handlungswille auf Bundes- und Landesebene Bürokratieberge versetzen könnte. Die KVB begrüßt Initiativen aller Akteure, die zu einer Entlastung der bayerischen Vertragsärzte und -psychotherapeuten führen.

Eine Reihe der eingesandten Meldungen haben auf Aspekte der Selbstverwaltung hingewiesen, die die KVB selbst gestalten kann. Um mit einer Änderung nicht gegenläufige Effekte an anderer Stelle hervorzurufen, müssen die betroffenen Prozesse in ihrem Gesamtzusammenhang gesehen werden.

Für einen Teil der betroffenen Themen hat die KVB bereits im Berichtszeitraum Änderungen im Interesse ihrer Mitglieder angestoßen und umgesetzt. Um die Erfolge bei diesen nachzuhalten und für die bisher noch nicht abgeschlossenen Themen eine zufriedenstellende Lösung zu finden, verfolgt die KVB das Thema Bürokratieabbau und Bürokratievermeidung auch in Zukunft weiter. Dabei wird der Fokus u. a. auf der „Verschlankung“ der Prozesse an der Schnittstelle zwischen der KVB und ihren Mitgliedern liegen.

Der im Berichtszeitraum begonnene Austausch mit anderen KVen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über Maßnahmen zur Verringerung der Bürokratielast in den Arztpraxen, z. B. im Rahmen eines Best-Practice-Forums, hat sich dafür als wertvolle Quelle erwiesen. Die KVB wird die Zusammenarbeit auf dieser Ebene intensivieren und auch Kontakt zu anderen Initiativen und Gremien suchen.

Anlagen

- Anlage 1:** Gemeinsame Presseerklärung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der KV Bayerns: „Mehr als 1,6 Millionen Unterschriften gegen die Praxisgebühr sind ein klares Votum der Bürger“, 05.11.2012
- Anlage 2:** Schreiben der KVB an Herrn Staatssekretär Sackmann, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, 11.02.2010
- Anlage 3:** Schreiben der KVB an Herrn Stephan Stracke, MdB, 19.09.2011 (gekürzt)
- Anlage 4:** Schreiben der KVB an Dr. Marcel Huber, Minister des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit, und Dr. Beate Merk, Ministerin des Bayerischen Ministeriums für Justiz und für Verbraucherschutz, 20.09.2012
- Anlage 5:** Schreiben der KVB an Dr. Köhler, KBV, 14.08.2012 (gekürzt)
- Anlage 6:** Schreiben der KVB an Dr. Köhler, KBV, 05.11. 2013
- Anlage 7:** Antwort der KBV auf die Vorschläge KVB zu Formularanpassungen, 09.07.2012
- Anlage 8:** Broschüre: „Die aktuelle Wirtschaftlichkeitsprüfung: Willkür bei den Kriterien“
- Anlage 9:** Presseinformation der KVB, 15.11.2012