

Gute Versorgung statt unnötiger Bürokratie



Anfang des Jahres sorgte eine Studie der Unternehmensberatung A.T. Kearney für großen Wirbel im Gesundheitswesen. Allein durch Bürokratieabbau könnten rund 13 Milliarden Euro eingespart werden, so das Fazit der Analyse. Die Summe einmal außer Acht gelassen: Fakt ist, dass die Praxen unter einem Übermaß an Bürokratie leiden. Die Zeit, die für die Patientenversorgung dringend notwendig wäre, wird dadurch unnötig verkürzt. Das wird auch aus den Meldungen deutlich, die die neu geschaffene Anlaufstelle für Bürokratieabbau in Bayern tagtäglich erhält. Allein von Anfang November 2011 bis Ende Januar 2012 gingen dort knapp 350 Hinweise von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten über unnötigen und belastenden „Papierkram“ ein. Die häufigsten Beschwerden betrafen den Einzug der Praxisgebühr. Aber auch zahlreiche uneinheitliche und komplizierte Formulare sowie Anfragen der Krankenkassen zu Verordnungen oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen wurden von den Mitgliedern der KVB moniert. Aufgabe der Anlaufstelle ist es, die eingehenden Meldungen an die zuständigen Institutionen

weiterzuleiten. Dort sollen die Vorschläge auf Umsetzbarkeit geprüft und mögliche Lösungen erarbeitet werden. Allerdings können manche Regelungen, wie beispielsweise für die Praxisgebühr, nur durch Gesetzesänderungen auf Bundesebene vereinfacht werden. Hier ist die Politik am Zug.

Mit dem Patientenrechtegesetz steht bereits das nächste

Vorhaben auf der politischen Agenda, das den Praxen zusätzlichen bürokratischen Aufwand beschern könnte. Dr. Pedro Schmelz, erster stellvertretender KVB-Vorstandsvorsitzender, merkte dazu bereits kritisch an: „Jedes neue Gesetz bedeutet immer auch einen Zuwachs an Bürokratie und das heißt für die Praxen immer neue Dokumentationspflichten. Mehr Menschlichkeit in der Medizin erreicht man nicht durch neue Gesetze, sondern dadurch, dass man Ärzten weniger Bürokratie aufbürdet, so dass ihnen mehr Zeit für ihre Patienten bleibt.“ Wolfgang Zöller, der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, bekräftigte im Gespräch mit Schmelz für das KVB-Mitgliedermagazin KVB FORUM (Ausgabe 1/2012): „Wir werden nichts unternehmen, was die Praxen zusätzlich mit unnötigem Papierkram belastet. Mit dem Patientenrechtegesetz wird es garantiert nicht mehr Bürokratie geben. Wir werden alle die Patienten betreffenden Passagen aus mehreren Gesetzen in einem Gesetz zusammenführen. Das schafft mehr Transparenz, nicht aber Bürokratie.“

Editorial

Die Diskussion rund um die Bürokratie in den Praxen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten wird in letzter Zeit besonders lautstark geführt. So widmen sich verschiedene Studien dem Thema. Auch die Betroffenen selbst machen ihrem Unmut auf verschiedenen Kanälen Luft – über die Medien genauso wie über die Anlaufstelle für Bürokratieabbau, die wir in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Gesundheitsministerium Anfang November 2011 ins Leben gerufen haben.

Als Vorstand der KVB nehmen wir alle Beschwerden und Verbesserungsvorschläge sehr ernst. Schließlich wollen wir, dass sich unsere Mitglieder in allererster Linie der Patientenversorgung widmen können und ihre kostbare Zeit nicht für unnötige Schreiarbeit verschwenden müssen. Zugegeben: Manche bürokratische Regelungen sind von der Selbstverwaltung hausgemacht; hier sind wir gemeinsam mit den Krankenkassen gefragt, einfachere Lösungen zu finden und umzusetzen. Vieles beruht aber auch auf der Gesetzgebung des Bundes. Deshalb unser Appell an die Politik: Unterstützen Sie uns dabei, dass Ärzte und Psychotherapeuten mehr Zeit für die Behandlung ihrer Patienten bekommen.

Ihr Vorstand der KVB

Die Praxisgebühr – ein Bürokratiemonster

Über die steuernde Wirkung der Praxisgebühr oder ihre Bedeutung für die finanziellen Ressourcen unseres Gesundheitswesens mag man unterschiedlicher Meinung sein. Unbestreitbar ist jedoch die Tatsache, dass sie in Praxen und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) einen immensen bürokratischen Aufwand verursacht. Nicht umsonst hat die Vertreterversammlung der KVB in ihrer Sitzung am 26. November 2011 gefordert, die Praxisgebühr abzuschaffen – Begründung unter anderem: „Die Praxisgebühr ist in den Praxen zu einem bürokratischen Monster verkommen, das die Arbeitszeit von tausenden von medizinischen Fachangestellten bindet beziehungsweise verschwendet. In Zeiten knapper Mittel ist eine derartige Verschwendung von Ressourcen für die Vertragsärztinnen und -ärzte nicht mehr hinnehmbar.“ **Impuls** stellt dar, wieviele Schritte beim Einzug der Praxisgebühr notwendig sind:

Die Arztpraxis ...

- prüft, ob der Patient zahlungspflichtig ist
- kassiert die Praxisgebühr
- stellt eine Quittung aus und verbucht die Zahlung praxisintern
- händigt bei nicht erfolgter Zahlung eine Mahnung aus (gegebenenfalls wird diese per Post zugestellt)
- überwacht den Zahlungseingang
- stellt bei Zahlung eine Quittung aus und verbucht die Zahlung praxisintern
- vermerkt bei nicht erfolgter Zahlung die Ziffer 80044 in der Abrechnung

In der KVB läuft danach ein mehrstufiges Verfahren ab:

In der Vorbereitungsphase ...

- werden die Fälle mit Eintrag der Ziffer 80044 selektiert
- werden die Fälle bearbeitet, die von den Praxen nachträglich gemeldet beziehungsweise berichtet werden
- wird gemäß einer Sondervereinbarung der KVB mit der AOK Bayern eine Kontrollliste für die AOK Bayern erstellt und deren Rückgabe und die Übernahme der Änderungen überwacht

Im ersten Verfahrensschritt ...

- werden die Anhörungsschreiben an die Patienten versandt
- wird der Zahlungseingang überwacht beziehungsweise
- werden Patienteneinsprüche bearbeitet und die Abrechnung gegebenenfalls berichtet

Im zweiten Verfahrensschritt ...¹⁾

- werden die offenen Fälle²⁾ und die Fälle, bei denen das Anhörungsschreiben als unzustellbar zurückgekommen ist, selektiert
- wird in den offenen Fällen ein Verwaltungsakt gesetzt, der nur noch die Klage beim zuständigen³⁾ Sozialgericht zulässt
- wird der Zahlungseingang überwacht beziehungsweise
- werden die Klagen bearbeitet, die beim zuständigen Sozialgericht eingegangen sind

Im dritten Verfahrensschritt ...¹⁾

- wird in den offenen Fällen eine Mahnung versandt
- wird der Zahlungseingang überwacht
- wird der Gerichtsvollzieher beauftragt
- wird die Gebührenrechnung der Gerichtsvollzieher beglichen

Zum Jahresabschluss ...

- werden die Einnahmen aus den Praxisgebührenkassoverfahren mit den Krankenkassen abgerechnet
- erfolgt eine Rechnungsstellung an die Krankenkassen über ihren Unkostenbeitrag nach Bundesmantelvertrag

Mengengerüst/Kosten (Durchschnitt der letzten acht Quartale) in der KVB:

- Derzeit werden pro Quartal durchschnittlich 43.000 Anhörungsfälle (Tendenz steigend) bearbeitet.
- Zirka 44 Prozent der gemahnten Patienten zahlen (das entspricht rund 190.000 Euro).
- Die Krankenkassen zahlen pro Verwaltungsverfahren 3,50 Euro plus 0,55 Euro Porto (das entspricht rund 189.000 Euro) sowie die Gerichtskosten und Vollstreckungskosten, die der KVB entstanden sind.
- Unzustellbare Fälle (Rückläufer wegen falscher Adresse) machen je Quartal zirka 20 Prozent der Anhörungsfälle aus.

¹⁾ Die Verfahrensschritte zwei und drei werden von der KVB nicht für alle Krankenkassen durchgeführt (abweichende Vereinbarungen mit der AOK Bayern sowie den Verbänden der LKVen, BKVen und IKVen).

²⁾ Offene Fälle sind alle Fälle, bei denen keine Zahlung einging, bei denen der Patient nicht reagiert hat, der Einspruch des Patienten nicht sachdienlich war oder keinen Grund für die Nichtzahlung der Praxisgebühr ergeben hat.

³⁾ Zuständiges Sozialgericht ist das am Wohnsitz/Arbeitsort des Patienten.

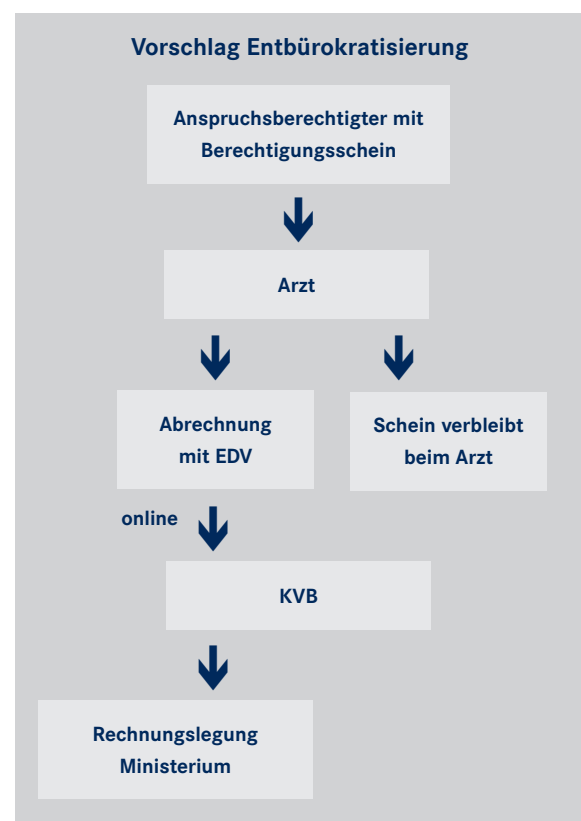
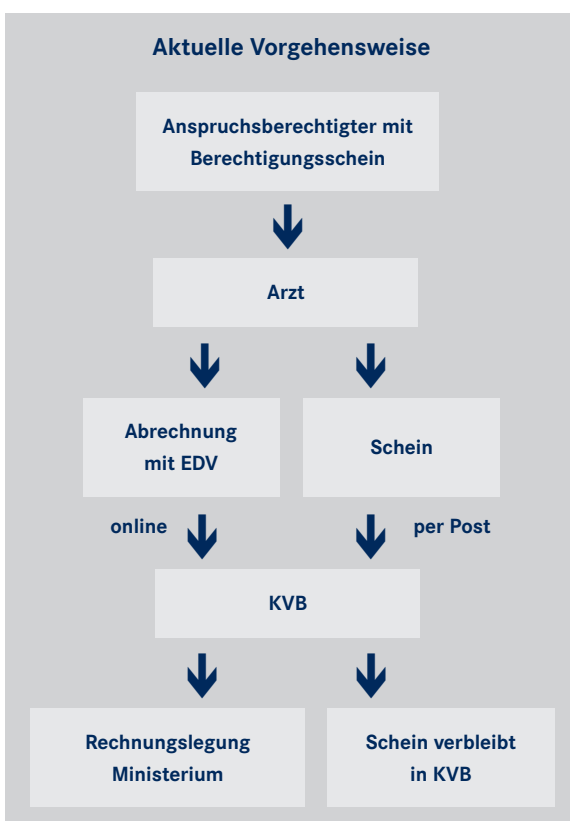
Papierkrieg beim Jugendarbeitsschutz

Die Online-Abrechnung ist für alle niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten seit über einem Jahr Pflicht. Von unnötigem Papierkram sind sie dadurch allerdings nicht befreit, wie das Beispiel der Berechtigungsscheine zur Abrechnung von Jugendarbeitsschutzuntersuchungen zeigt: Jugendliche, die ins Berufsleben eintreten, dürfen laut Arbeitsschutzgesetz nur beschäftigt werden, wenn sie eine entsprechende ärztliche Bescheinigung vorlegen. Die zugehörigen Abrechnungsscheine müssen die Ärzte nach wie vor in Papierform an die KVB übermitteln. Gerade in Zusammenhang mit den Regelungen zur Online-Abrechnung ist diese papiergebundene Abrechnungsvorschrift nicht nur antiquiert, sie verursacht zudem sowohl in den Praxen als auch in der KVB enorme vermeidbare Verwaltungsaufwände: Allein im Jahr 2010 hat die KVB für zirka 6.000 Praxen über 80.000 solcher Fälle mit einem Honorarvolumen von annähernd zwei Millionen Euro bearbeitet.

Ein effektiver Bürokratieabbau wäre in diesem Bereich einfach möglich. Er scheitert an einer einzigen bundesweiten Vorgabe: Wollte man auf die papiergebundene Abrechnung der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen verzichten, müsste die „Bundesverordnung über die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz“ vom 16. Oktober 1990 geändert werden. Nach Paragraph 2 dieser Bundesverordnung werden die Kosten einer

Untersuchung vom Land nur erstattet, wenn der Arzt der Kostenforderung einen „Untersuchungsberechtigungsschein“ beifügt. Diesen gibt die nach Landesrecht zuständige Stelle aus. Das in Bayern für den Jugendarbeitsschutz zuständige Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit wäre durchaus dazu bereit, die bisherige Vorgehensweise zu vereinfachen, ist aber an die bundesweit gültige Verordnung gebunden.

Ein einfacher Beitrag zur Entbürokratisierung in den Praxen könnte folgendermaßen aussehen: Die Berechtigungsscheine der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen werden wie andere Behandlungunterlagen, beispielsweise die Überweisungsscheine der Soldaten, bis zu einer bestimmten Frist in der Arztpraxis aufbewahrt. Der Arzt hat sie für diesen Zeitraum bereitzuhalten, falls die KVB oder die zuständige Landesbehörde die Unterlagen überprüfen möchte. Abgerechnet werden die ärztlichen Leistungen – wie schon bisher – auf elektronischem Weg, wobei die zu übermittelnden Datensätze den Namen und die Adresse der untersuchten Jugendlichen enthalten. Die zuständige Landesbehörde hätte auf diese Weise weiterhin die volle Kostenkontrolle und die übermittelten Kostenanforderungen würden eine umfängliche Transparenz über die abgerechneten Leistungen garantieren.



Job-Sharing: nicht mehr zeitgemäß

Im Rahmen des Job-Sharing können Ärzte und Psychotherapeuten in einer Praxis als angestellte Ärzte oder als sogenannte „Job-Sharing Junior-Partner“ tätig sein. Allerdings darf die Tätigkeit im Job-Sharing nicht zu einer Leistungsausdehnung führen. War diese Zulassungsform früher noch ein beliebtes Mittel, in einem für Neuniederlassungen gesperrten Planungsbereich dennoch als niedergelassener Arzt zu arbeiten, verliert sie angesichts der zunehmenden Anzahl unbesetzter Praxissitze mehr und mehr an Bedeutung. Zudem gibt es mittlerweile mit „hälftigen Zulassungen“ eine bessere Alternative für Ärzte, um einen Vertragsarztsitz mit einem Kollegen zu teilen.



Im Gesetz ist das Job-Sharing nichtsdestotrotz immer noch verankert – im Paragraphen 101 Abs. 1 Nr. 4 und 5, Abs. 3 des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) beziehungsweise im Paragraphen 95 Abs. 9 SGB V.

Dabei hat das Job-Sharing für die Praxen gravierende Nachteile in Bezug auf das Honorar, denn es ist mit einer umfangreichen Leistungsbegrenzung verbunden. Neben den allgemeinen Begrenzungen der Honorarverteilung, wie Regelleistungsvolumen (RLV), qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) oder Quotierungen, unterliegt eine Job-Sharing-Praxis zusätzlich noch einer Job-Sharing-Obergrenze, die für das erste Leistungsjahr im Voraus festgelegt wird. Überschreitet die Praxis ihre Job-Sharing-Obergrenze, wird der Überschreibungsbetrag nicht vergütet. Zudem wissen

Ärzte oder Psychotherapeuten ab dem zweiten Leistungsjahr im Job-Sharing nur noch ungefähr, wie viele Leistungen im jeweiligen Quartal sicher in voller Höhe vergütet werden, denn die tatsächliche Praxis-Obergrenze kann erst berechnet werden, wenn die Abrechnung bereits an die KVB übermittelt wurde.

Im Gegensatz dazu unterliegt die „hälftige Zulassung“ keinen Leistungsobergrenzen (Paragraph 19a Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte). Immer mehr Ärzte und Psychotherapeuten entscheiden sich deshalb für diese Variante, wenn sie ihren Praxissitz mit einem Kollegen teilen möchten.

Bei der KVB entsteht durch das Job-Sharing ein enormer bürokratischer Aufwand, der in keinem Verhältnis zu dem Nutzen des Job-Sharings für Ärzte und Psychotherapeuten steht:

- Für die Honorarberechnungen im Zusammenhang mit Job-Sharing sind extra eigene Programme erforderlich.
- Jedes Quartal müssen die Job-Sharing-Fachgruppenschritte berechnet und die Obergrenzen entsprechend angepasst werden.
- Für Praxen, die mit dem Job-Sharing beginnen möchten, müssen die Obergrenzen vorab für vier Quartale berechnet werden.
- Für die Ermittlung der Obergrenzen im Verhältnis zum Fachgruppenschritt sind Anpassungsfaktoren für vier Quartale zu berechnen.
- Saldierungsberechnungen müssen durchgeführt werden.
- Widersprüche und Klageverfahren gegen den Bescheid wegen einer Überschreitung oder gegen den Saldierungsbescheid sind zu bearbeiten.

Fazit: Das Job-Sharing ist nicht mehr zeitgemäß. Dem Wunsch nach Teilung eines Vertragsarzt- oder Vertragspsychotherapeuten-sitzes kann mit hälftigen Zulassungen oder Anstellungsverhältnissen besser und unbürokratischer entsprochen werden – mit gleichzeitig mehr Transparenz und Gerechtigkeit hinsichtlich des Honorars. Das Job-Sharing sollte darum aus dem Sozialgesetzbuch gestrichen werden.

Impressum