

VORSCHLÄGE DER KBV
ZUM BÜROKRATIEABBAU
IN DER AMBULANTEN
VERSORGUNG



JÄHRLICHE ERSPARNIS
PRO PRAXIS:
Rund 8 Arbeitstage
PRAXEN GESAMT:
Circa **400 Mio. Euro**

BÜROKRATIE SPÜRBAR REDUZIEREN

5 AUSGEWÄHLTE VORSCHLÄGE KURZGEFASST

JÄHRLICHE ERSPARNIS
PRAXEN GESAMT:

Mehr als 1 Mio. Stunden
Circa 74 Mio. Euro

01 Flut von Anfragen eindämmen

Die Praxen erreichen täglich zigtausende, teils unnötige Anfragen von Krankenkassen, Medizinischem Dienst, Sozial- und Versorgungsämtern etc. Praxen müssen die Daten zusammentragen und händisch in die unterschiedlichen Formulare eintragen.

UNSERE LÖSUNG: Die Anzahl der Anfragen muss spürbar reduziert werden. Es sollten keine Informationen abgefragt werden dürfen, die den Anfragenden bereits vorliegen. Notwendig sind einheitliche Fragebögen, sodass diese digital ausgefüllt und versandt werden können.

Rund 140.000 Stunden
Circa 8,7 Mio. Euro

02 Kein Konsiliarbericht vor jeder Psychotherapie

Ärztinnen und Ärzte müssen vor jeder Psychotherapie in einem Konsiliarbericht bestätigen, dass aus ärztlicher Sicht keine Kontraindikationen bestehen. Mit der Überweisung liegen diese Informationen jedoch schon vor.

UNSERE LÖSUNG: Liegt eine ärztliche Überweisung vor, ist kein Konsiliarbericht erforderlich.

03 Geringfügigkeitsgrenze bei Wirtschaftlichkeitsprüfung

Anträge auf Einzelfallprüfungen oder Prüfungen eines „sonstigen Schadens“ überfluten Praxen und Prüfeinrichtungen. Die Rückforderungen betragen durchschnittlich 40 bis 50 Euro bei Verfahrenskosten von über 300 Euro.

UNSERE LÖSUNG: Der Gesetzgeber legt für Prüfanträge der Krankenkassen eine Geringfügigkeitsgrenze von 300 Euro fest.

Rund 275.000 Stunden
Mehr als 20 Mio. Euro

04 Keine AU-Bescheinigung und Kind-Krank-Bescheinigung bei kurzer Krankheitsdauer

Rund 116 Millionen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen werden jedes Jahr in Arztpraxen ausgestellt, jede Dritte davon für 1 bis 3 Tage – mit hohem Aufwand.

UNSERE LÖSUNG: Die KBV empfiehlt eine Karenzzeit von 3 bis 5 Tagen, in der Arbeitnehmer keine AU-Bescheinigung benötigen. Eine ähnliche Lösung sollte es für die Bescheinigung bei Erkrankung eines Kindes geben.

AU-BESCHEINIGUNG
Rund 1,4 Mio. Stunden
Circa 102 Mio. Euro
KIND-KRANK-BESCHEINIGUNG
Rund 450.000 Stunden
Circa 30 Mio. Euro

05 Versorgungsrelevante Prozesse zuerst digitalisieren

Nach eRezept und eAU sollen nun die Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege und Soziotherapie digitalisiert werden. Die KBV sieht die Reihenfolge kritisch.

UNSERE LÖSUNG: Es werden zunächst häufig ablaufende Prozesse digitalisiert, zum Beispiel für Überweisungen und Krankenhausentlassbriefe sowie das Antrags- und Genehmigungsverfahren für Psychotherapie.

DIGITALES ÜBERWEISEN
Circa 1,3 Mio. Stunden
Rund 31 Mio. Euro

MEHR ZEIT FÜR PATIENTEN

➤ Tägliche Anfragen von Krankenkassen, Sozial- und Versorgungsämtern, vom Medizinischen Dienst (MD) und anderen Stellen, aufwändige Dokumentations- und Nachweispflichten, Prüfanträge für Kleinstbeträge: Die ausufernde Bürokratie sorgt nicht nur für Frust und Ärger in den Praxen, sie kostet vor allem wertvolle Zeit, die für die Versorgung der Patientinnen und Patienten fehlt. Rund 61 Arbeitstage im Jahr verbringen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Schnitt mit Verwaltungsarbeiten.

BÜROKRATIE RAUBT ÄRZTINNEN UND ÄRZTEN ZEIT

Das Problem ist seit Jahren bekannt. Doch statt Bürokratie abzubauen, kommen immer neue Vorgaben und Regularien hinzu. Die Folgen sind fatal. In einer Online-Befragung von über 30.000 Praxisinhabern, die das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) im Herbst 2023 durchgeführt hat, gaben 93 Prozent an, sich durch die Vielzahl an administrativen Aufgaben überlastet zu fühlen. Nahezu alle Befragungsteilnehmer (98 Prozent) forderten einen spürbaren Abbau von Bürokratie, damit die Medizin wieder im Vordergrund steht und nicht der „Papierkram“. Gleichzeitig beklagten rund 85 Prozent der befragten Haus- und Fachärzte, dass ihnen für die Behandlung der Patientinnen und Patienten zu wenig Zeit zur Verfügung steht.

ECHTE NIEDERLASSUNGSBREMSE

Die überbordende Bürokratie ist außerdem ein wesentlicher Grund dafür, dass immer mehr Ärztinnen und Ärzte überlegen, früher in den Ruhestand zu gehen. Gleichzeitig hält sie viele Niederlassungswillige von der Übernahme oder Gründung einer eigenen Praxis ab. Denn die Bürokratie ist einer der häufigsten Vorbehalte, die junge Mediziner gegenüber der Niederlassung haben. Dabei sind aktuell über 5.000 Hausarztsitze in Deutschland unbesetzt.

EINSPAREFFEKT VON RUND 400 MILLIONEN EURO

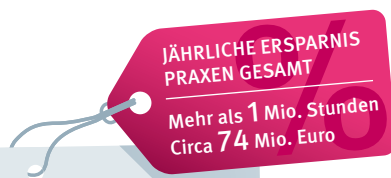
Auch mit Blick auf die demographische Entwicklung in Deutschland und dem damit zu erwartenden steigenden Behandlungsbedarf besteht dringender Handlungsbedarf. Durch weniger Bürokratie hätten Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mehr Zeit für die Versorgung der Patienten. Die KBV hat zahlreiche Themenfelder identifiziert, in denen Bürokratie abgebaut werden kann. Dazu gehören die vielen, oft kleinteiligen Anfragen von Krankenkassen und Behörden, die unzähligen Prüfanträge, mit denen die Krankenkassen die Praxen überfluten, oder auch das Zulassungsverfahren, das vereinfacht werden muss.

Auf den folgenden Seiten sind alle Themenfelder mit den Lösungsvorschlägen aufgeführt. Durch die Umsetzung würden jährlich circa 400 Millionen Euro eingespart und rund acht Arbeitstage pro Praxis frei, die wieder für die Versorgung zur Verfügung stünden. Der ersparte Zeit- und Kostenaufwand bei den Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen, der KBV und anderen Akteuren wie den Arbeitgebern sowie den Patientinnen und Patienten ist hierbei noch nicht erfasst.

ÜBERSICHT

01 Flut von Anfragen eindämmen SEITE 05	09 Zugang zum eRezept-Fachdienst für die Pflege SEITE 12	17 Verpflichtung zur Veröffentlichung von Prüfhemen SEITE 15
02 Kein Konsiliarbericht vor jeder Psychotherapie SEITE 06	10 Entbürokratisierung durch Änderungen im Infektionsschutzgesetz SEITE 12	18 Direktzuweisung von Verordnungen bei Substitutionstherapie SEITE 15
03 Geringfügigkeitsgrenze bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen SEITE 07	11 Abrechnungsprüfung: Gebühr bei unberechtigten Kassenanträgen sowie höhere Geringfügigkeitsgrenze SEITE 13	19 Abschaffung der Präqualifizierungspflicht SEITE 16
04 Keine AU-Bescheinigung und Kind-Krank-Bescheinigung bei kurzer Krankheitsdauer SEITE 08	12 Keine Regresse für saisonalen Influenzaimpfstoff SEITE 13	20 Verschlinkung des Zulassungsverfahrens SEITE 16
05 Versorgungsrelevante Prozesse zuerst digitalisieren SEITE 09	13 Keine Regresse bei alternativem Bezugsweg von Impfstoffen SEITE 14	21 Abschaffung der Übermittlungspflicht von Fortbildungsnachweisen SEITE 17
06 Digitales Antrags- und Genehmigungsverfahren für psychotherapeutische Leistungen SEITE 10	14 Keine Regresse bei Impfungen vor Nicht-Beanstandung der Schutzimpfungs-Richtlinie durch das BMG SEITE 14	22 Differenzkostenberechnung auch bei unzulässigen Verordnungen SEITE 17
07 Hilfsmittelversorgung kompetenzorientiert umstrukturieren SEITE 11	15 Beratung vor Regress SEITE 14	23 Verkürzung der Frist bei antragsgebundenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen SEITE 18
08 Verpflichtende Zertifizierung von Softwareprodukten für QS-Dokumentationen SEITE 11	16 Aufwandsentschädigung bei unzulässigen oder unbegründeten Prüfanträgen bei verordneten Leistungen SEITE 15	

UNSERE VORSCHLÄGE ZUM BÜROKRATIEABBAU



01 Flut von Anfragen eindämmen

➤ Anfragen von Krankenkassen, vom Medizinischen Dienst (MD), von Sozial-, Versorgungs- und Arbeitsämtern, Jobcentern, privaten Versicherungen, Pflegeheimen und anderen Stellen gehören zu den größten Bürokratietreibern in Arztpraxen. Da sich selbst die Fragebögen der Krankenkassen und des MD von Region zu Region unterscheiden, müssen die Ärzte die Informationen in jedem Einzelfall aufwändig zusammenstellen und händisch in die Formulare eintragen. Eine digitale Übertragung ist nicht möglich. Bestimmte Krankenkassen stellen zudem offenbar undifferenziert Anfragen zu fast jeder Verordnung. Die Beantwortung solcher formfreien Anfragen dauert im Schnitt zehn Minuten, mitunter aber auch mehr als eine halbe Stunde während die Kosten für die Verordnung unter 30 Euro liegen.

UNSERE LÖSUNG:

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

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

BÜROKRATIEENTLASTUNG:

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



02 Kein Konsiliarbericht vor jeder Psychotherapie

➤ Aktuell muss vor Beginn einer Psychotherapie ein Konsiliarbericht erstellt werden, mit dem ein Vertragsarzt oder eine Vertragsärztin bestätigt, dass aus ärztlicher Sicht keine Kontraindikationen bestehen. Dies ist auch dann erforderlich, wenn Patienten die psychotherapeutische Praxis mit einer Überweisung aufsuchen. Viele Niedergelassene sehen den Konsiliarbericht in diesem Fall als eine rein bürokratische Vorgabe ohne inhaltlichen Mehrwert an. Denn im Konsiliarbericht werden in der Regel die Informationen wiederholt, die bereits auf der Überweisung stehen. Das Konsiliarverfahren, das derzeit für die nicht ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtender Bestandteil des Antrags- und Gutachterverfahrens ist, muss deshalb entbürokratisiert werden.

UNSERE LÖSUNG:

Die KBV schlägt vor, dass Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht in jedem Fall einen Konsiliarbericht einholen müssen. Ausnahmen von der Pflicht sollten gelten, wenn Versicherte eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten auf Überweisung aufsuchen oder wenn eine entsprechende somatische Abklärung bereits während Reha- oder Krankenhausaufenthalten stattgefunden hat. Ergänzend kann die Entscheidung über eine zusätzliche psychiatrische Abklärung den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten überlassen werden – der derzeit verpflichtende Umweg über den somatischen Arzt kann entfallen.

Dazu ist der § 28 Absatz 3 Satz 3 SGB V i. V. m. § 92 Absatz 6a Satz 3 SGB V anzupassen.

BÜROKRATIEENTLASTUNG:

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 Mio. Euro pro Jahr)¹. Eine Auswertung der Abrechnungsdaten für das Jahr 2022 zeigt, dass bei 56 Prozent der Patientinnen und Patienten, die eine Therapie bei einem Psychologischen Psychotherapeuten begonnen haben, im Vorquartal im Rahmen eines Hausarztbesuches eine F-Diagnose gestellt wurde. Wenn für diese 56 Prozent aufgrund einer hausärztlichen Überweisung der Konsiliarbericht entfallen würde, könnten rund 140.000 Stunden jährlich eingespart werden (Bürokratiekosten in Höhe von 8,7 Mio. Euro pro Jahr).

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

JÄHRLICHE ERSPARNIS
PRAXEN GESAMT:
Rund 275.000 Stunden
Mehr als 20 Mio. Euro

03 Geringfügigkeitsgrenze bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen

➤ Bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung nehmen Antragsverfahren wie Einzelfallprüfungen und Prüfungen auf „sonstigen Schaden“ überproportional zu und überfluten die Prüfeinrichtungen. Dabei geht es meist um geringe Rückforderungen von durchschnittlich 40 bis 50 Euro. Demgegenüber stehen jedoch Verfahrenskosten von über 300 Euro, die aus GKV-Geldern getragen werden müssen. Ein wirtschaftliches Verwaltungshandeln ist aus Sicht der KBV hier nicht mehr gegeben.

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

UNSERE LÖSUNG:

Die KBV fordert die gesetzliche Festlegung einer Geringfügigkeitsgrenze bei Einzelfallprüfungen, um ein wirtschaftliches Verwaltungshandeln der Krankenkassen zu erreichen und für einen effektiven Bürokratieabbau zu sorgen. An § 106 Absatz 1 Satz 5 SGB V wird der folgende Satz 6 angefügt:

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

Die Kosten für die Prüfungen mit Beträgen unterhalb von 300 Euro übersteigen die Höhe der durchschnittlich beantragten Nachforderungen und Kürzungen. Durch diese Regelung kann der Verwaltungsaufwand bei den betroffenen Vertragsärzten, aber auch bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen und bei den Prüfungsstellen effektiv reduziert werden. Alleine bei Prüfungen nach § 106b könnten durch eine entsprechende Geringfügigkeitsgrenze circa 70 Prozent der Prüfungen vermieden werden. Eine höhere Geringfügigkeitsgrenze fordert die KBV auch für die Abrechnungsprüfung (s. Nr. 11).

BÜROKRATIEENTLASTUNG:

Durch die Einführung einer Geringfügigkeitsgrenze würde sich der Bürokratieaufwand in den Arztpraxen um etwa 275.000 Stunden jährlich reduzieren. Die jährlichen Bürokratiekosten in den Praxen könnten um mehr als 20 Mio. Euro gesenkt werden. Bei den Prüfstellen und KVen wäre ein noch deutlich höheres Einsparpotential realisierbar.



04 Keine AU-Bescheinigung 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. Das gleiche gilt für die Kind-Krank-Bescheinigung.

UNSERE LÖSUNG:

Die KBV empfiehlt eine Karenzzeit von 3 bis 5 Tagen. Bei einer Erkrankungsdauer von mehr als 3 beziehungsweise 5 Tagen ist eher von einer potentiell ernsthaften Erkrankung auszugehen und ein Arztbesuch mit entsprechender Diagnostik indiziert. Weiterhin sollte es jedem Patienten und jeder Patientin freistehen, schon am ersten Tag aufgrund subjektiver Einschätzung eine Ärztin oder einen Arzt aufzusuchen. Für eine AU-Bescheinigung in den ersten 3 bis 5 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.

BÜROKRATIEENTLASTUNG:

Rund 116 Millionen AU-Bescheinigungen werden jedes Jahr ausgestellt². Der Bürokratieaufwand für eine elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) beträgt 2,08 Minuten pro Fall³. Die Gesamtbelastung liegt damit bei derzeit circa 4 Mio. Stunden beziehungsweise bei Bürokratiekosten von knapp 294 Mio. Euro⁴. Etwa 35 Prozent der Arbeitsunfähigkeitsfälle haben eine Dauer von 1 bis 3 Tagen⁵. Der Wegfall der AU-Bescheinigungen bei Erkrankungen von weniger als 4 Tagen hätte damit einen Entlastungseffekt von etwa 1,4 Mio. Stunden jährlich (Bürokratiekosten in Höhe von ca. 102 Mio. Euro).

Die Gesamtbelastung der Kinderarztpraxen für das Ausstellen der Bescheinigung bei Erkrankung eines Kindes beträgt derzeit etwa 675.000 Stunden (Bürokratiekosten: über 45 Mio. Euro). Die Leistungstage pro Fall liegen im Durchschnitt zwischen 2 und 3 Tagen⁶, was verdeutlicht, dass es sich in den meisten Fällen um Erkrankungen von kurzer Dauer 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 Mio. Euro) bedeuten. Zudem würden die Eltern enorm entlastet. Für deren Bürokratiekosten liegen derzeit keine Daten vor. Es ist davon auszugehen, dass diese die Belastung der Praxen um ein Vielfaches übersteigt.

² Gematik: TI-Dashboard unter www.gematik.de/telematikinfrastruktur/ti-dash-board

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

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

⁵ BARMER-Daten 2021

⁶ KG2-Statistik unter gbe-bund.de

05 Versorgungsrelevante Prozesse zuerst digitalisieren

➔ Der aktuelle Zeitplan zur Digitalisierung weiterer Formulare (s. § 360 SGB V) orientiert sich an der geplanten Anbindung unterschiedlicher Leistungserbringer an die Telematikinfrastruktur (TI). Nur unzureichend berücksichtigt wird hierbei der voraussichtliche Nutzen der Digitalisierung dieser Verwaltungsprozesse für die Betroffenen. So soll in 2026 die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege digital erfolgen und ab 2027 die Verordnung von Soziotherapie. Die außerklinische Intensivpflege ist als neuer Versorgungsprozess im Gemeinsamen Bundesausschuss noch immer nicht abschließend geregelt und in der Versorgung etabliert, was eine Digitalisierung erschwert. Ebenso ist die Digitalisierung der Verordnung von Soziotherapie mit Blick auf die betroffene Patientenklientel und den sehr begrenzten Anwendungsbereich zu hinterfragen.

UNSERE LÖSUNG:

Es sollte 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.

Es wäre daher sinnvoll, neben der Digitalisierung des Antrags- und Genehmigungsverfahrens für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen (s. Nr. 6) die digitale Übermittlung strukturierter Informationen in der psychotherapeutischen Versorgung, zum Beispiel Konsiliarbericht oder Anzeige Akutbehandlung, zu ermöglichen. Damit gebe es endlich einen Nutzen für Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die zur Vorhaltung von TI-Anwendungen verpflichtet sind, ohne dass für sie relevante Anwendungsmöglichkeiten bestehen.

Ein hoher Nutzen für die Versorgung würde sich zudem durch die verpflichtende digitale Übermittlung von Krankenhausentlassbriefen an die einweisende Vertragsarztpraxis ergeben⁷. Für die elektronische Übermittlung von Betäubungsmittelrezepten sollte zeitnah eine Umsetzung erfolgen. 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“. Auch bei der Überweisung als eines der am häufigsten in Vertragsarztpraxen genutzten Formulare, könnte durch die Digitalisierung eine deutliche Vereinfachung von Prozessen für Praxen und Patienten erzielt werden.

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

JÄHRLICHE ERSPARNIS
PRAXEN GESAMT:

DIGITALE ÜBERWEISEN
Circa 1,3 Mio. Stunden
Rund 31 Mio. Euro

BÜROKRATIEENTLASTUNG:

Um das Potential einer sinnvollen Digitalisierung zu verdeutlichen, wird hier beispielhaft die mögliche Reduzierung der Bürokratiebelastung durch die Einführung der eÜberweisung dargelegt. Derzeit liegt die Zahl der pro Jahr eingelösten Überweisungen bei rund 158 Mio.⁸ Wenn der zeitliche Aufwand pro Überweisung durch die Digitalisierung nur um eine halbe Minute reduziert werden kann⁹, ergibt sich ein jährliches Einsparpotential von circa 1,3 Mio. Stunden beziehungsweise rund 31 Mio. Euro. Bei Einführung eines Primärarztsystems wäre die Zahl der ausgestellten Überweisungen und damit das Einsparpotential pro Jahr noch deutlich höher.

⁷ Bei einer aktuellen, repräsentativen Befragung Niedergelassener durch das IGES geben 85 Prozent der Befragten an, dass sie einen hohen Nutzen in der digitalen Übermittlung von Krankenhausentlassbriefen sehen. Derzeit erhalten aber nur 15 Prozent der Praxen Krankenhausentlassbriefe in digitaler Form (siehe Praxisbarometer Digitalisierung 2025).

⁸ KBV Abrechnungsdaten 2024

⁹ Dies entspricht dem Aufwand für die Standardaktivität „Kopieren, Archivieren, Verteilen“ gem. der Bestandsmessung des Statistischen Bundesamtes

JÄHRLICHE ERSPARNIS
PRAXEN GESAMT
Rund 350.000 Stunden
Mehr als 25 Mio. Euro

06 Digitales Antrags- und Genehmigungsverfahren für psychotherapeutische Leistungen

➤ Die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie sind in der Psychotherapie-Richtlinie und der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä) geregelt. Bei der Beantragung einer Psychotherapie prüft die Krankenkasse, ob die Voraussetzungen für eine Psychotherapie erfüllt sind. Eine wesentliche Funktion des Antragsverfahrens und der mit der Genehmigung des Antrages durch die Krankenkassen einhergehenden vorgezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung ist es, einen sicheren Rahmen für die psychotherapeutische Behandlung zu schaffen. Die Genehmigung des Therapiekontingents ermöglicht eine Behandlungsplanung, die ein strukturiertes Vorgehen der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten fördert und bei den Patienten ein Verständnis für die vorgesehene Behandlung schafft.

Die Einführung eines elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahrens entbürokratisiert und beschleunigt diesen Prozess erheblich. Hierfür ist eine Regelung im SGB V erforderlich, um den Psychotherapie-Praxen die digitale Übermittlung der Antragsdaten der Patientinnen und Patienten an die Krankenkassen zu ermöglichen und datenschutzrechtlichen Vorgaben gerecht zu werden.

Die patientenindividuelle Vorab-Prüfung von Art, Umfang und Wirtschaftlichkeit einer geplanten Richtlinienpsychotherapie im Rahmen des Antrags- und Gutachterverfahrens kann nicht mit einem Qualitätssicherungsverfahren nach § 136a Absatz 2a SGB V gleichgesetzt werden, das unter anderem auf eine vergleichende Betrachtung von Praxen abzielt. Deshalb muss die Selbstverwaltung einen Auftrag zur Überprüfung des Antrags- und Gutachterverfahrens erhalten.

UNSERE LÖSUNG:

.....
Änderung der gesetzlichen Regelung von § 92 Absatz 6a Satz 6 SGB V: Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren zu überprüfen, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a eingeführt hat.
.....

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

- **Satz 13:** Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regeln im Bundesmantelvertrag für Ärzte bis zum 31.12.2028 das Nähere zu einem elektronischen Antrags- und Gutachterverfahren für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen.
- **Satz 14:** Zur Durchführung des elektronischen Antrags- und Gutachterverfahrens sind die an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die jeweilige Krankenkasse sowie die oder der von der Krankenkasse ausgewählte Gutachterin oder Gutachter befugt, die hierfür erforderlichen versichertenbezogenen Angaben nach Maßgabe des Bundesmantelvertrags zu verarbeiten.
- **Satz 15:** Die Sätze 9 und 12 gelten entsprechend.

BÜROKRATIEENTLASTUNG:

Durch die Digitalisierung des Antragsverfahrens ist eine stärker PVS-gestützte Befüllung der Antragsformulare sowie eine automatisierte Archivierung der Daten möglich. Zudem entfällt der postalische Versand der Unterlagen. Es wird geschätzt, dass sich der Bürokratieaufwand bei der Beantragung von Psychotherapie sowie der Anzeige von Akutbehandlung um jährlich insgesamt rund 350.000 Stunden beziehungsweise mehr als 25 Mio. Euro reduzieren lässt.¹⁰

¹⁰ Auf eine Ausweisung der Zusatzkosten wurde bei der Berechnung verzichtet, da derzeit unklar ist, welche Softwarekosten den zu erwartenden Einsparungen bei den Portokosten gegenüberstehen.

JÄHRLICHE ERSPARNIS
PRAXEN GESAMT
Rund 150.000 Stunden
Circa 14 Mio. Euro

07 Hilfsmittelversorgung kompetenzorientiert umstrukturieren

➤ Die Versorgung mit Hilfsmitteln zu Lasten der GKV ist für Ärztinnen und Ärzte mit einem erheblichen bürokratischen Aufwand verbunden. Je nach Produktgruppe werden von ihnen sowohl bei der Verordnung als auch bei nachgelagerten Anfragen unterschiedliche, teilweise höchst differenzierte Angaben eingefordert. Die Anforderungen an Ärzte und Hilfsmittelerbringer werden durch das einseitig vom GKV-Spitzenverband administrierte Hilfsmittelverzeichnis, die Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA (§ 92 SGB V) sowie die Leistungsverträge (§ 127 SGB V) definiert. Dabei werden den verordnenden Ärzten immer häufiger und immer ausführlichere Informationen abverlangt, die oftmals keine medizinischen Aspekte tangieren und viel besser durch andere am Versorgungsprozess Beteiligte eingebracht werden könnten.

Vor dem Hintergrund des sich verschärfenden Arztzeitmangels sollte sich die Aufgabenverteilung für die Versorgung mit Hilfsmitteln zukünftig klarer und verbindlicher an den jeweiligen Kompetenzen der Beteiligten orientieren. Hierzu bedarf es einer Konkretisierung der Aufgaben und Pflichten. Ärztinnen und Ärzte sollten nur noch für medizinische Informationen verantwortlich sein. Alle nicht medizinischen Informationen sollten in Abstimmung mit den Patienten durch Hilfsmittel-Leistungserbringer übernommen und verantwortet werden. Dies deckt sich auch mit den aktuellen Bestrebungen von Vertretern der Hilfsmittel-Leistungserbringer.¹¹

UNSERE LÖSUNG:

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

BÜROKRATIEENTLASTUNG:

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

¹¹ Siehe Whitepaper des BV MED: www.bvmed.de/verband/presse/pressemeldungen/bvmed-whitepaper-hilfsmittelversorgung-fordert-anspruch-auf-therapieberatung-und-management?sh=whitepaper

JÄHRLICHE ERSPARNIS
PRAXEN GESAMT

Mehr als 7.000 Stunden
Circa 526.000 Euro

08 Verpflichtende Zertifizierung von Softwareprodukten für QS-Dokumentationen

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

UNSERE LÖSUNG:

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

BÜROKRATIEENTLASTUNG:

Durch eine Zertifizierung könnte die nachträgliche Korrektur von Daten entfallen. Für die QS-Verfahren Perkutane Koronarintervention (PCI), Nierenersatztherapie (Dialyse) und ambulante Psychotherapie fallen derzeit ein Gesamtaufwand von über 7.000 Stunden pro Jahr beziehungsweise Bürokratiekosten in Höhe von circa 526.000 Euro an. Angesichts der vergleichsweise geringen Anzahl betroffener Praxen ist die zeitliche Belastung und damit der Entlastungseffekt der Maßnahme pro Praxis hoch.



09 Zugang zum eRezept-Fachdienst für die Pflege

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

UNSERE LÖSUNG:

Die KBV schlägt daher gemeinsam mit den Pflegeverbänden und dem Deutschen Apothekerverband vor, dass der pflegerische Bereich möglichst zeitnah ein Zugang zum eRezept-Fachdienst erhält. Hierdurch könnte die Pflege nicht nur medienbruchfrei auf die Verordnungen der von ihr betreuten Patientinnen und Patienten zugreifen, sondern könnte gleichzeitig auch die Einnahmeempfehlungen abrufen und in der Pflegedokumentation hinterlegen.

Auch für weitere digitale Verordnungsprozesse wird eine zentrale Infrastruktur benötigt, auf die weitere Beteiligte zugreifen können müssen. So muss bis zum 1. Juli 2026 gesetzlich sowohl die Digitalisierung der Verordnung der häuslichen Krankenpflege als auch der außerklinischen Intensivpflege umgesetzt sein. Bei der Verordnung häuslicher Krankenpflege muss die Pflege selbst im Rahmen der Blankoverordnung Angaben im Verordnungsdatensatz machen können, was einen Zugriff auf den Fachdienst erfordert.

BÜROKRATIEENTLASTUNG:

Gemäß Pflegestatistik¹² werden 800.000 Pflegebedürftige in Heimen gepflegt. 1,1 Mio. Pflegebedürftige werden in ihrer Häuslichkeit teilweise oder vollständig von Pflegediensten versorgt. Bei der Ausweisung der Bürokratiekosten für das Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz rechnet das BMG damit, dass Pflegebedürftige in Heimen durchschnittlich 36 Arzneimittelverordnungen pro Jahr erhalten. Wenn diese Annahme auch auf in der Häuslichkeit von Pflegediensten betreute Patientinnen und Patienten übertragen wird, kann davon ausgegangen werden, dass für circa 68,4 Mio. Arzneimittelverordnungen für Pflegebedürftige jährlich Papierausdrucke erstellt werden. In den Arztpraxen fallen hierfür jährlich Bürokratiekosten in Höhe von rund 54 Mio. Euro beziehungsweise zeitliche Aufwände in Höhe von circa 2,3 Mio. Stunden pro Jahr an.

¹² Siehe www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/12/PD24_478_224.html



10 Entbürokratisierung durch Änderungen im Infektionsschutzgesetz

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

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

UNSERE LÖSUNG:

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

BÜROKRATIEENTLASTUNG:

Unter der Annahme, dass pro Vorgang 6 Minuten durch eine weniger aufwändige Impfdokumentation gespart werden können, ergibt sich bei circa 4,8 Mio. Impfungen gegen Corona pro Jahr (RKI, gemeldete Impfungen 2023) eine Reduzierung der Bürokratiebelastung von etwa 480.000 Stunden pro Jahr (Bürokratiekosten in Höhe von ca. 18 Mio. Euro).



11 Abrechnungsprüfung: Gebühr bei unberechtigten Kassenanträgen sowie höhere Geringfügigkeitsgrenze

➤ 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.

UNSERE LÖSUNG:

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

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

BÜROKRATIEENTLASTUNG:

Durch die Abrechnungsprüfung der Krankenkassen entsteht aktuell ein jährlicher Gesamtaufwand von circa 1,3 Mio. Stunden für Niedergelassene (Bürokratiekosten in Höhe von etwa 94,7 Mio. Euro pro Jahr)¹³. 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 Mio. Euro pro Jahr).

¹³ Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns



12 Keine Regresse für saisonalen Influenzaimpfstoff

➤ Eine exakte Kalkulation der benötigten Menge an saisonalen Influenzaimpfstoffen ist nach den aktuell gültigen Regelungen für Arztpraxen nicht möglich. So muss die Bestellung neun Monate im Voraus erfolgen. Hinzu kommt, dass auch in Apotheken geimpft werden darf. Aufgrund des bestehenden – und mit der durch das TSVG aufgenommenen Regelung in § 106b Absatz 1a SGB V noch einmal verschärften – Regressrisikos bestellen Ärztinnen und Ärzte den Impfstoff eher zurückhaltend. Zwar gilt nach der neuen Regelung eine angemessene Mengenüberschreitung gegenüber den tatsächlich erbrachten Impfungen grundsätzlich nicht als unwirtschaftlich. Impfungen wurden damit aber erstmals durch den Gesetzgeber explizit der Wirtschaftlichkeitsprüfung zugeordnet.

Das regelmäßig propagierte politische Ziel, die Impfquoten zu steigern, kann so nicht erreicht werden. Stattdessen kommt es bei einer unerwarteten, aber durchaus erwünschten höheren Nachfrage nach der Grippeimpfung immer wieder zu Engpässen bei der Impfstoffversorgung.

Unnötige Kapazitäten bindet zudem die jährliche Abfrage des Impfstoffbedarfs. Sämtliche Ärztinnen und Ärzte müssen hierbei schon Wochen vor der Bestellung ihrer KV mitteilen, wie viele Impfstoffdosen sie für die kommende Saison benötigen. Die KBV wiederum muss die Daten zusammenfassen und an das Paul-Ehrlich-Institut übermitteln.

UNSERE LÖSUNG:

Der § 106b Absatz 1a SGB V, nach dem Influenzaimpfstoffe explizit der Wirtschaftlichkeitsprüfung zugeordnet werden, wird gestrichen.

In § 132e Absatz 1 SGB V wird folgender Satz 4 eingefügt:

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

Arztpraxen haben dadurch die Möglichkeit, mehr Grippeimpfstoff regressfrei zu bestellen.

Die Meldung der benötigten Impfstoffmenge entfällt. Dazu wird der § 132e Absatz 2 SGB V gestrichen.

BÜROKRATIEENTLASTUNG:

Unter der Annahme, dass die Meldung der benötigten Impfstoffmenge etwa 9 Minuten pro Praxis in Anspruch nimmt, ergibt sich allein durch den Wegfall dieser Meldepflicht eine jährliche Entlastung von insgesamt circa 13.000 Stunden (Bürokratiekosten von ca. 500.000 Euro jährlich).

13 Keine Regresse bei alternativem Bezugsweg von Impfstoffen

Ein Regressverzicht bei alternativem Bezugsweg von Impfstoffen sollte gesetzlich geregelt werden. Insbesondere aufgrund von Lieferengpässen stehen in der jüngeren Vergangenheit häufig keine kostengünstigeren Bündelpackungen zur Verfügung. Vor diesem Hintergrund müssen Vertragsärzte die Einzeldosis-spritzen verordnen.

Dies bedeutet einen deutlich erhöhten bürokratischen Aufwand (insbesondere ein hoher administrativer Aufwand da abweichend vom herkömmlichen Praxisablauf sowie ein hoher Dokumentationsaufwand). Da üblicherweise über den Sprechstundenbedarf (SSB) nur Bündelpackungen verordnet werden, haben Vertragsärztinnen und -ärzte die Einzeldosis-spritzen patientenbezogen zu Lasten der jeweiligen Krankenkasse und nicht als SSB verordnet. Diese Ärztinnen und Ärzte sind nunmehr mit Regressforderungen sowie einem ausufernden Dokumentations- und Rechtfertigungsaufwand in enormer Höhe konfrontiert.

Die KBV fordert daher, zukünftig auf Regresse bei der Verordnung von Einzeldosen aufgrund von Lieferengpässen zu verzichten. Ein Regressverzicht bei alternativem Bezugsweg von Impfstoffen sollte gesetzlich geregelt werden. Gleiches gilt für die Verordnung von Einzeldosen, wenn der Bedarf in der Praxis geringer ist als die Größe einer Bündelpackung. Wenn ein Lieferengpass oder die Größe der Praxis für diese Art der Verordnung verantwortlich ist, darf die Verordnung von Einzeldosen anstelle von Bündelpackungen nicht zu Lasten des Vertragsarztes unwirtschaftlich sein. Dies gilt sowohl für die Verordnung der Einzeldosen im SSB als auch patientenbezogen zu Lasten der jeweiligen Krankenkasse.

UNSERE LÖSUNG:

An § 132e Absatz 5 SGB V wird der folgende Absatz 6 angefügt:

„Werden Impfstoffe aufgrund von Lieferengpässen anstelle nicht verfügbarer größerer Einheiten als Einzeldosen verordnet, so ist die Verordnung nicht unwirtschaftlich.“

14 Keine Regresse bei Impfungen vor Nicht-Beanstandung der Schutzimpfungs-Richtlinie durch das BMG

Immer wieder kommt es vor, dass Ärztinnen und Ärzte bereits vor der Nichtbeanstandung einer neuen Regelung in der Schutzimpfungs-Richtlinie durch das BMG die Impfstoffe in der Versorgung einsetzen. Der Gesetzgeber sollte klarstellen, dass bei einer Nichtbeanstandung diese Verordnungen rückwirkend Gültigkeit erlangen und nicht regressiert werden können. Dies gilt nicht bei einer Beanstandung durch das BMG. Die Dauer des aufsichtsrechtlichen Verfahrens bis zum Zeitpunkt der Bekanntmachung darf nicht zu Nachteilen der Vertragsärzte führen.

UNSERE LÖSUNG:

Nach § 106b Absatz 1c wird der folgende Absatz 1d eingefügt:

„Verordnungen von Impfstoffen aufgrund der Richtlinie nach § 20i Absatz 1, die im Zeitraum nach der Beschlussfassung über die Richtlinie bis zur Bekanntmachung nach § 94 Absatz 2 erfolgt sind, gelten nicht als unzulässig.“

15 Beratung vor Regress

Eine weitere Forderung der KBV betrifft die Einführung des Prinzips „Beratung vor Regress“ bei erstmaliger Auffälligkeit im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung auch bei Einzelfallprüfungen. Gemäß § 106b Absatz 2 SGB V gilt „Beratung vor Regress“ bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Amts wegen bereits seit geraumer Zeit. Damit verbunden ist im konkreten Fall eine deutliche Minimierung des Bürokratieaufwandes. Eine Beratung bindet massiv weniger Ressourcen als die aufwendige Erstellung von Prüfanträgen, Einbindung der Prüfungsstellen etc. Die durch das Gesetz explizit ausgeschlossene Anwendbarkeit auf Einzelfallprüfungen ist inhaltlich nicht nachvollziehbar.

Einzelfallprüfungen stellen mittlerweile den Löwenanteil der Wirtschaftlichkeitsprüfungen dar. Angesichts der äußerst komplexen Vorgaben zu wirtschaftlicher Ordnungsweise hält die KBV es auch bei Einzelfallprüfungen für angemessen, Vertragsärzte vor einem Regress zu beraten und so den administrativen Aufwand bei allen Beteiligten deutlich zu senken. Die Neuregelung wäre auch vor dem Hintergrund, dass die Sorge vor einem vorzeitigen Regress und den damit verbundenen hohen bürokratischen Anforderungen bei jungen Medizinerinnen und Mediziner nach wie vor ein großes Hemmnis vor einer Niederlassung darstellt, sachgerecht und zielführend.

UNSERE LÖSUNG:

In § 106b Absatz 2 Satz 3 Halbsatz 1 SGB V werden folgende Wörter gestrichen: „bei statistischen Prüfungen der Ärztinnen und Ärzte“.

In § 106b Absatz 2 Satz 3 Halbsatz 2 SGB V werden folgende Wörter gestrichen: „dies gilt nicht für Einzelfallprüfungen“.

JÄHRLICHE
ERSPARNIS
Nicht kalkuliert

16 Aufwandsentschädigung bei unzulässigen oder unbegründeten Prüfanträgen bei verordneten Leistungen

➤ Ein bedeutender Prozentsatz der von den Krankenkassen gestellten Prüfanträge endet nicht mit einer Nachforderung, sondern das Verfahren wird aus unterschiedlichen Gründen eingestellt. Diese Anträge führen jedoch zu einer erheblichen Belastung der beteiligten Ärzte und der Prüfungsgremien, immer höheren Verwaltungskosten und einem fraglichen wirtschaftlichen Verwaltungshandeln bei negativer Kosten-Nutzen-Abwägung.

Durch die Einführung einer von den Krankenkassen zu entrichtenden Aufwandsentschädigung beispielsweise in Höhe von 300 Euro pro Arzt bei unzulässigen oder unbegründeten Prüfanträgen könnte das Kostenbewusstsein und die Sorgfaltspflicht dieser bei Prüfanträgen gesteigert werden. Eine vergleichbare Regelung findet sich für den stationären Bereich bereits in § 275c Absatz 2 Satz 1 SGB V.

Ohne eine gesetzliche Regelung hierzu besteht allerdings keine Möglichkeit, eine Aufwandsentschädigung bei unzulässigen oder unbegründeten Prüfanträgen, also solchen ohne sichere Erfolgsaussicht, einzuführen und damit die Prüfungseinrichtungen, aber auch die betroffenen Ärzte, deutlich zu entlasten.

UNSERE LÖSUNG:

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

„Falls eine Prüfung nach § 106b nicht zu einer Nachforderung oder Beratung führt, hat die Antrag stellende Krankenkasse bzw. der Antrag stellende Verband der Krankenkasse der Prüfungsstelle eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro pro Arzt zu entrichten.“

.....
Mit einer Aufwandspauschale für unzulässige oder unbegründete Prüfanträge wird eine Vorab-Prüfung bei den Krankenkassen gewährleistet und der Aufwand bei den Prüfungsstellen reduziert. Der Betrag entspricht den durchschnittlichen Kosten der Bearbeitung des Prüfantrags. Im Rahmen der Prüfung von Krankenhausrechnungen durch den MD ist eine solche Aufwandspauschale bereits nach § 275c Absatz 2 Satz 1 SGB V vorgesehen.

17 Verpflichtung zur Veröffentlichung von Prüffthemen

➤ Bereits jetzt veröffentlichen einige Krankenkassen im Voraus geplante Prüfungsgegenstände für Einzelfallprüfungen. Die rechtzeitige Bekanntgabe von Prüfungsgegenständen kann den Blick gezielt auf Bereiche lenken, bei denen Kostenträger Probleme im Ordnungsverhalten sehen. Hierdurch kann ein wirtschaftliches und evidenzbasiertes Ordnungsverhalten unterstützt werden. Die Veröffentlichung der Prüffthemen vor Prüfung sollte daher verpflichtend sein. Der Zeitpunkt der Veröffentlichung wird auf regionaler Ebene zwischen der KV und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen abgestimmt. Die rechtzeitige Bekanntgabe der Prüfungsgegenstände durch die Krankenkassen unterstützt ein wirtschaftliches Ordnungsverhalten. Die Veröffentlichung der Prüffthemen bewirkt, dass weniger oder keine Prüfanträge gestellt werden. Dies wiederum senkt den Verwaltungsaufwand in der ärztlichen Praxis, bei den Krankenkassen und bei den Prüfungsstellen.

UNSERE LÖSUNG:

.....
Nach § 106b Absatz 2 Satz 2 werden die folgenden Sätze 3 bis 4 eingefügt:

„Hierbei regeln sie ein Verfahren, wonach die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen die Prüfungsgegenstände und die Möglichkeit einer Abstimmung zur Antragstellung zu den Prüfungen näher bestimmen. Weiter vereinbaren sie den Zeitpunkt, zu dem die Krankenkassen die Prüfungsgegenstände bekannt geben.“

18 Direktzuweisung von Verordnungen bei Substitutionstherapie

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

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



19 Abschaffung der Präqualifizierungspflicht

➤ Bereits das Eckpunktepapier zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen, das das BMG im September 2023 vorgelegt hat, sieht die Abschaffung der Präqualifizierungspflicht vor. Im Präqualifizierungsverfahren ist die Prüfung von Anforderungen beispielsweise zur räumlichen, sachlichen und personellen Ausstattung vorgesehen, die bereits durch andere Vorschriften sichergestellt sind. Durch den Wegfall würden Doppelprüfungen entfallen, die zeitliche und personelle Ressourcen binden und damit auf Seiten der Vertragsärzte unnötige Bürokratie verursachen. Daher unterstützt die KBV diesen Vorschlag.

UNSERE LÖSUNG:

.....
In § 128 Absatz 4a SGB V wird Satz 2 gestrichen:

„§ 126 Absatz 1 Satz 2 und 3 sowie Absatz 1a gilt entsprechend auch für die Vertragsärzte.“
.....

BÜROKRATIEENTLASTUNG:

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



20 Verschlinkung 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 die Dauer des Verfahrens und die Unsicherheit der Erfolgsaussichten empfunden. Denn auch wenn Vertragsarztsitze seit Jahren frei sind, sind oft mehrere Sitzungen des Zulassungsausschusses (ZA) abzuwarten. Durch eine Entbürokratisierung des Verfahrens könnte der Einstieg in die vertragsärztliche Versorgung im Sinne aller Beteiligten beschleunigt und vereinfacht werden.

UNSERE LÖSUNG:

.....
Die im Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums zur Zulassungsverordnung Ärzte und Zahnärzte (Ärzte-ZV) vom Juli 2025 vorgeschlagenen Änderungen und Modernisierungen werden von der KBV ausdrücklich begrüßt. Die KBV schlägt in ihrer Stellungnahme über den Entwurf hinausgehende Lösungen zur Verschlinkung der Zulassungsverfahren vor:

➤ **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 Vorsitzenden des Zulassungsausschusses, statt in einer vollen ZA-Sitzung, oder im schriftlichen Umlauf entschieden werden können. Dadurch könnte sich der Ausschuss auf die wesentlichen Diskussionen mit Entscheidungsspielraum fokussieren und würde insgesamt entlastet werden. Gleichzeitig ginge damit eine Verfahrensbeschleunigung für die Antragstellenden einher.

➤ **Elektronische Antragstellung ermöglichen:** Im Sinne einer modernen und zukunftsgerichteten Verwaltung sollte in der Ärzte-ZV auch eine elektronische Antragstellung für alle Anträge ermöglicht werden.
.....

BÜROKRATIEENTLASTUNG:

Der Referentenentwurf sieht eine Reduzierung der Bürokratiekosten in Höhe von 205.000 Euro jährlich vor. Da eine Anpassung der Ärzte-ZV noch nicht erfolgt ist, steht auch die Realisierung dieser Entlastung noch aus. Die von der KBV vorgeschlagenen Verfahrenserleichterungen würden eine zeitliche Entlastung vor allem für die Mitglieder des Zulassungsausschusses bedeuten. Für Niedergelassene reduzieren sich dadurch vor allem Wartezeiten auf die Entscheidung des Zulassungsausschusses. Diese stellen derzeit in vielen Fällen eine erhebliche Belastung dar, sind aber nicht als Bürokratiekosten quantifizierbar.

JÄHRLICHE
ERSPARNIS
Nicht kalkuliert

JÄHRLICHE ERSPARNIS
PRAXEN GESAMT

Über 15.000 Stunden
Mehr als 1 Mio. Euro

21 Abschaffung der Übermittlungspflicht von Fortbildungsnachweisen

➤ Eine (bundesweite) einheitliche digitale Übermittlung der Fortbildungsnachweise an die Kassenärztlichen Vereinigungen besteht zusätzlich zur berufsrechtlichen Vorschrift, „sich in dem Umfange beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu ihrer Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist“. Seit Einführung der Fortbildungs- und Nachweispflicht vor über 20 Jahren haben bundesweit jährlich durchschnittlich 97,1 Prozent der Nachweispflichtigen die 250 Fortbildungspunkte beziehungsweise das entsprechende Fortbildungszertifikat gegenüber ihrer KV nachgewiesen und damit die Vorgaben erfüllt. Es gibt keinen Hinweis, dass Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen ihrer berufsrechtlichen Verpflichtung derart ungenügend nachkommen, dass eine dauerhafte Vollerhebung aller Einzelfälle gegenüber der KV gerechtfertigt wäre.

UNSERE LÖSUNG:

Als konkrete Maßnahme zum Abbau von Bürokratie wird die gesetzlich verankerte und mit Sanktionen versehene Fortbildungspflicht für Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten gemäß § 95d SGB V in ihrer derzeitigen Form abgeschafft. Hilfsweise kann, sofern eine völlige Abschaffung derzeit nicht beabsichtigt wird, die Ziehung einer Stichprobe (z. B. 5 Prozent aller KV-Mitglieder) den Aufwand für die in der Praxis Tätigen deutlich reduzieren.

BÜROKRATIEENTLASTUNG:

Ein Wegfall der Pflicht zur Übermittlung der Fortbildungsnachweise an die KV würde eine zeitliche Entlastung der Vertragsarztpraxen in Höhe von mehr als 15.000 Stunden jährlich beziehungsweise eine Reduzierung der jährlichen Bürokratiekosten in Höhe von mehr als 1 Mio. Euro bedeuten. Eine zusätzliche Entlastung würde sich bei den KVen ergeben.

22 Differenzkostenberechnung auch bei unzulässigen Verordnungen

➤ Bei evidenzbasierten und leitliniengerechten Off-Label-Use-Verordnungen müssen Ärztinnen und Ärzte heute mitunter die gesamten Kosten für das Medikament selbst tragen, sollte es zu einer Regressforderung der Krankenkassen kommen. Dies gilt auch bei Arzneimitteln, die in medizinisch begründeten Einzelfällen verordnet werden, obwohl sie von der Verordnungsfähigkeit ausgeschlossen sind. Aus Sicht der KBV sollte hier die sogenannte Differenzkostenberechnung greifen. Dabei wird die Regressforderung auf die Differenz zwischen den Kosten der verordneten Leistung und den Kosten, die bei einer wirtschaftlichen Verordnung angefallen wären, begrenzt (§ 106b Abs. 2a SGB V).

Die Differenzkostenberechnung wurde 2019 mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz eingeführt. Das Bundessozialgericht hat den Anwendungsbereich allerdings eingeschränkt (Urteil vom 5. Mai 2024, B 6 KA 10/23). Die Differenzkostenberechnung gilt danach nur für „unwirtschaftliche Leistungen im engeren Sinne“, zum Beispiel bei der Verordnung einer falschen Packungsgröße. Unzulässige Leistungen, beispielsweise leitlinienkonforme Verordnungen im Off-Label-Use oder Verordnungen, bei denen sich im Nachhinein herausstellt, dass ein medizinisch begründeter Ausnahmefall nach § 31 Absatz 1 Satz 4 SGB V nicht vorlag, fallen bislang nicht unter die Differenzkostenberechnung.

Bei diesen Verordnungen drohen vollständige Regressforderungen, obwohl sie medizinisch begründet und leitliniengerecht waren. Das widerspricht dem ursprünglichen Ziel der Differenzkostenberechnung, nämlich dem Schutz rationaler und medizinisch sinnvoller Verordnungen. Besonders problematisch ist dies in der pädiatrischen Versorgung, wo Off-Label-Use häufig Versorgungsstandard ist, da es für diese Altersgruppe an zugelassenen Arzneimitteln fehlt.

UNSERE LÖSUNG:

Die KBV fordert eine gesetzliche Klarstellung, wonach die Differenzkostenberechnung auch bei evidenzbasierten und leitliniengerechten Off-Label-Use-Verordnungen gelten sollte – ebenso bei Arzneimitteln in Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie, sofern ein Ausnahmestatbestand angenommen wurde. Ziel dieser Klarstellung ist es, Regressforderungen auf den tatsächlich entstandenen Schaden zu begrenzen und evidenzbasierte, leitliniengerechte und rationale Verordnungen zu schützen.

23 Verkürzung der Frist bei antragsgebundenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen

➤ Bei der antragsgebundenen Wirtschaftlichkeitsprüfung verordneter Leistungen ist der Antrag derzeit innerhalb einer Frist von 18 Monaten nach Ablauf des Kalenderjahres zu stellen, in dem die Verordnungen erfolgt sind. Die Festsetzung der Prüfmaßnahme erfolgt anschließend innerhalb weiterer zwölf Monate. Dies kann im Extremfall dazu führen, dass eine Nachforderung für eine Verordnung erst dreieinhalb Jahre später festgesetzt wird.

Diese erhebliche Verzögerung führt dazu, dass Ärztinnen und Ärzte erst sehr spät Rückmeldung zu ihrem Ordnungsverhalten erhalten. Eine rechtzeitige Anpassung bei möglichen Ordnungsfehlern ist unter diesen Bedingungen nicht möglich. Stattdessen besteht die Gefahr, dass sich über mehrere Jahre hinweg Nachforderungen ansammeln, die zu erheblichen finanziellen Belastungen führen können. In Einzelfällen kann dies sogar eine existenzbedrohende Wirkung für die betroffenen Praxen haben.

UNSERE LÖSUNG:

.....
Um eine zeitnahe Rückmeldung und Steuerung des Ordnungsverhaltens zu ermöglichen, sollte die Antragsfrist verkürzt werden. Der Antrag sollte innerhalb von zwölf Monaten nach Abschluss des jeweiligen Ordnungsquartals gestellt werden. Dadurch könnten Prüfverfahren deutlich früher eingeleitet und abgeschlossen werden, was zu mehr Planungssicherheit führen und die Entstehung kumulierter Nachforderungen wirksam begrenzen würde.
.....

IHRE ANSPRECHPARTNER:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie,
Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1036
E-Mail: politik@kbv.de
www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 192.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 75 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.



> www.kbv.de/positionen/dossiers/buerokratieabbau