



2 • 2024

**BÜROKRATIE UND  
BÜROKRATIEABBAU –  
WEGE ZU MEHR AGILITÄT**



Jenseits von Paragraphen und Verträgen lebt unser Gesundheitssystem vom Gespräch und vom Austausch der Akteure. Vor allem Weiterentwicklungen unseres Gesundheitssystems finden nicht am Reißbrett statt, sondern im Diskurs der Akteure miteinander. Mit iX-Media wird diesem Austausch eine Plattform gegeben. Wir laden „auf allen Kanälen“ zum Dialog ein: Print, Audio und Video stehen Ihnen zur Verfügung, um Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Community mitzuteilen.

Mit Dr. Albrecht Kloepfer, Dr. Jutta Visarius, Dr. Martina Kloepfer und dem übrigen iX-Media-Team stehen langjährige Systemexperten hinter dem Projekt, die wissen wie gesundheitspolitisch der Hase läuft (und zukünftig laufen wird), die der Komplexität des Themas auch mit einfachen Worten gerecht werden können und denen auch die technischen Aspekte medialer Umsetzungen vertraut sind. Wenden Sie sich an uns – wir sind für Sie da!



## **GESUNDHEITSPOLITISCHER WOCHENRÜCKBLICK**

Die iX-Highlights informieren immer montags über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen und liefern relevante Hintergrundinformationen. In seinem gesundheitspolitischen Editorial bewertet Dr. Albrecht Kloepfer ein herausragendes Wochenthema. In der Rubrik „Mondphasen“ kommen einmal im Monat Vertreter aus Politik oder Selbstverwaltung zu Wort. Aktuelle Dateien der Woche (Bundestagsdrucksachen, Studien etc.) können als Service zusätzlich kostenlos abgerufen werden.



## **GESUNDHEITSPOLITIK IN DER DISKUSSION**

Die Zeitschriften-Reihe iX-Forum greift die großen gesundheitspolitischen Themen des Gesundheitswesens auf und bietet Ihnen die Möglichkeit, mit ausreichend Platz und in ansprechendem Rahmen Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Szene mitzuteilen. Der Clou an der Sache: Die Hefte werden bundesweit an mehr als 2.500 gesundheitspolitische Entscheider und Meinungsführer versandt. – Wir sorgen dafür, dass Ihre Gedanken Beachtung finden!



## **GESUNDHEITSPOLITIK ZUM HÖREN**

In monatlicher Folge widmet sich iX-Radio einem aktuellen gesundheitspolitischen Thema und lässt dazu die wichtigsten Entscheider zu Wort kommen. Erläuternde Moderationen beleuchten die Hintergründe und stellen das jeweilige Thema in den Kontext der unterschiedlichen Interessen. Ziel dabei ist, dass nicht nur die Szene sich selbst bespiegelt, sondern dass unser komplexes Gesundheitssystem auch Außenstehenden nahe gebracht wird.



## **VISUELLE PRÄSENZ IM GESUNDHEITSWESEN**

iX-Spotlight ist die Video-Plattform für Ihre bildstarke Kommentierung des aktuellen Zeitgeschehens im Gesundheitssystem. Denn um überzeugende Statements sichtbar in Szene zu setzen, sind nicht nur eindrucksvolle Bilder ausschlaggebend, sondern vor allem auch fundierte Kenntnisse des Systems. Mit Dr. Martina Kloepfer haben wir eine bühnen- und filmerfahrene Expertin im Team, die auch Sie medienwirksam „in Szene setzen“ kann.

# Inhalt



- 4 Editorial**  
**Dr. Albrecht Kloepper** Herausgeber  
**Sophia Wagner**



- 6 Bürokratische Barrieren abbauen und innovative Lösungen fördern für eine bessere Patientenversorgung**  
**Prof. Dr. Andrew Ullmann, MdB**  
 Gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Fraktion



- 10 Bürokratie in der Medizin übersetzt sich in Patientenleid**  
**Matthias Mieves, MdB**  
 Stellvertretender gesundheitspolitischer Sprecher der SPD-Fraktion



- 13 Das kann weg:  
 Fünf Empfehlungen für Bürokratieabbau bei Krankenkassen**  
**Dr. Gertrud Demmler** Vorständin Siemens Betriebskrankenkasse  
**Franziska Beckebans** Bereichsleiterin Kundenmanagement und Versorgung bei der SBK



- 17 Bürokratie im Sinne der Patientenversorgung abbauen – Herausforderungen und Chancen in der Pflege**  
**Christine Vogler**  
 Präsidentin des Deutschen Pflegerats



- 22 Mut und Vertrauen sollten die Werte sein – nicht Überregulierung und Bürokratie**  
**Martin Degenhardt**  
 Geschäftsführer der Freien Allianz der Länder-KVen



- 25 Bürokratie abbauen, Zahnärzte entlasten, Zeit für Patienten gewinnen**  
**Konstantin von Laffert**  
 Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer



- 28 Versorgungsqualität statt Bürokratie**  
**Prof. Dr. Claudia Wöhler** Vorstandsvorsitzende Medizinischer Dienst Bayern  
**Dr. Christine Adolph** Stellvertretende Vorstandsvorsitzende Medizinischer Dienst Bayern



- 32 Innovative Ansätze zur Effizienzsteigerung und zum Bürokratieabbau in der Hilfsmittelversorgung**  
**Peggy Zimmermann**  
 Senior Referentin Medizintechnik bei SPECTARIS



- 35 „Die Bürokratie ist es, an der wir alle kranken“**  
**Dr. med. Kai Joachimsen**  
 BPI-Hauptgeschäftsführer

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Bürokratieabbau will jeder. Besonders im Gesundheitswesen. Und tatsächlich: In einer Zeit, in der die Ressourcen knapp sind und die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung ständig steigen, ist es unerlässlich, überbordende und vor allem redundante Bürokratie abzubauen und den Akteuren mehr Agilität zu ermöglichen. Andererseits: Unser System ist solidarisch finanziert. Ein Mindestmaß an Kontrolle dürfen die Versicherten also schon erwarten, wenn ihre Euros die Versorgung für alle ermöglichen. Klar ist also: Bürokratie birgt in sich einen dialektischen Kern.

Doch wie häufig hört man den Satz von den Profis an der Basis: „Wir wollen doch einfach nur unsere Patienten versorgen“. Und genau darum geht es schließlich. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen – sie sind es, die sich tagtäglich für das Wohl ihrer Patienten aufreiben und sich um deren Gesundheit bemühen. Allzu oft jedoch stehen sie vor einem Berg von bürokratischen Vorschriften und administrativen Aufgaben, die sie von ihrer eigentlichen Arbeit abhalten. Indem wir die Bürokratielast reduzieren und den Fokus wieder auf die Patientenversorgung legen, könnten wir also den Versorgungsprofis mehr Zeit verschaffen und damit die Qualität der Gesundheitsversorgung nachhaltig verbessern.

Ein hierfür grundlegender Schritt wäre ein gewissermaßen „anti-leninistischer Perspektivwechsel“ von *weniger* Kontrolle hin zu *mehr* Vertrauen. Wie wäre es also, wenn wir grundsätzlich voraussetzen würden, dass die Versorgungsprofis im Gesundheitswesen ihren Patientinnen und Patienten zunächst einmal und in erster Linie helfen wollen?

Tatsächlich ist gerade diese intrinsische Motivation der sogenannten Health Care Professionals (HCP) nach unserer festen Überzeugung das größte Kapital unseres Gesundheitswesens! Entscheidend ist also, dass Ärztinnen und Ärzte, Pflege- und andere Fachkräfte die Freiheit haben, schnell, flexibel und eigenverantwortlich auf die Bedürfnisse ihrer Patienten zu reagieren. Im Moment allerdings, so scheint uns, versauen wir 97 Prozent der Menschen den Spaß an der Arbeit, um vielleicht drei Prozent tatsächlicher schwarzer Schafe zu finden. Dieser Preis ist – mit Blick auf den spärlichen Nachwuchs, aber auch mit Blick auf die Kosten – deutlich zu hoch. Das Maß des Erträglichen wird überschritten, wenn diese Kontrollbürokratie sich dann auch verselbständigt und die guten Gründe, die sie – zunächst – für sich in Anspruch nehmen darf, ohne Blick auf die Folgen als Rechtfertigung *sui generis* beansprucht. An diesem Punkt sind wir vielfach jetzt angelangt. Nicht nur im Gesundheitswesen.

Wenn wir das Gesundheitssystem wirklich verbessern wollen, müssen wir also der Bürokratie klare Grenzen setzen und einfache, praxisnahe und umsetzbare Lösungen finden. Dazu gehört auch, dass viele Kontrollschleifen wieder in die Selbstverantwortung der Akteure gegeben werden müssen. „Berlin“ kann nicht alles regeln und in Gesetzen oder Verordnungen vorgeben. Der Rahmen mag in aller Abstraktheit eine gewisse Strenge und Verbindlichkeit brauchen, innerhalb des Rahmens aber muss es Freiheiten geben, die eine Beweglichkeit für die Anforderungen in der tatsächlichen und konkreten Versorgungssituation ermöglichen. Deswegen, unter anderem, ist Regionalisierung im Gesundheitswesen so wichtig: Sie ermöglicht Agilität der Akteure und stellt der bis zur Er-

starrung kontrollierten Überformung der medizinischen und pflegerischen Sorge-Arbeit eine angemessene soziale Kontrolle entgegen.

Doch kann Selbstverwaltung auch dazu führen, dass Entscheidungsprozesse langwierig und komplex werden, indem sie um sich selbst kreisen, sich dabei zu einem reinen Funktionärsdialog verformen und die Menschen und deren Tätigkeiten, für die sie eigentlich etabliert wurde, aus dem Blick verliert. Klar: Unterschiedliche Interessen und Prioritäten müssen abgestimmt und miteinander ausgefochten werden, wenn aber „die Sache“, also die Versorgung von Patientinnen und Patienten, aus dem Blick gerät, hemmen am Ende bürokratische Strukturen und Prozesse – gerade auch der Selbstverwaltung – die Patientenzuwendung und ersetzen sie durch die überformende Metaebene einer selbstreferenziellen Bürokratie. Spätestens dann ist der Punkt erreicht, an dem Selbstverwaltung beginnt, sich selbst zu erhalten und auszubauen. Es besteht also die Gefahr, dass die verschiedenen Akteure in einem Teufelskreis aus Regulierung und Verwaltung gefangen sind, statt sich auf die eigentlichen Aufgaben im Gesundheitswesen zu konzentrieren.

Dennoch ist Selbstverwaltung auch und gerade im Gesundheitssystem der richtige Ansatz: Sie ermöglicht eine größere Flexibilität und Anpassungsfähigkeit an die lokalen Gegebenheiten und Bedürfnisse und kann dazu beitragen, dass Entscheidungen näher am Patienten getroffen werden. Insgesamt wird es daher entscheidend sein, einen ausgewogenen Ansatz zu finden, der die Vorteile der Selbstverwaltung nutzt, gleichzeitig aber auch Maßnahmen zur Reduzierung der Bürokratie und zur Steige-

rung der Effizienz im Gesundheitssystem ergreift. Dies erfordert eine kontinuierliche Überprüfung und Optimierung der bestehenden Strukturen und Prozesse, um sicherzustellen, dass die Selbstverwaltung nicht im Dienste ihrer selbst, sondern der Patienten und der Gesundheitsversorgung steht.

Das vorliegende iX-Forum widmet sich genau diesen Herausforderungen und will Wege aufzeigen, wie wir im Gesundheitssystem zu mehr Agilität für die handelnden Akteure vor Ort gelangen können: Wir laden Sie ein, mit uns gemeinsam über Lösungsansätze nachzudenken und neue Wege zu beschreiten, um die Gesundheitsversorgung effizienter und patientenorientierter zu gestalten.

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen jetzt eine erkenntnisreiche Lektüre und danken unseren Autorinnen und Autoren und unseren Gesprächspartnern für ihre Zeit, ihren Einsatz und ihre zahlreichen konkreten Anregungen!



Sophia Wagner



Dr. Albrecht Kloepper

# Bürokratische Barrieren abbauen und innovative Lösungen fördern für eine bessere Patientenversorgung



**Prof. Dr. Andrew Ullmann, MdB**  
Gesundheitspolitischer Sprecher  
der FDP-Fraktion

---

*„Indem bürokratische Barrieren abgebaut und innovative Lösungen gefördert werden, kann der Zugang zur Versorgung für alle Patientengruppen verbessert werden. Dies trägt nicht nur zu einer höheren Versorgungsqualität bei, sondern stärkt auch das Vertrauen der Bevölkerung in das Gesundheitssystem.“*

---

## Vereinfachung der Vergabeprozesse

Die Komplexität der Vergabeprozesse im deutschen Gesundheitswesen stellt eine erhebliche Herausforderung dar. Lange und bürokratisch schwere Verfahren verlangsamten die Beschaffung wichtiger medizinischer Güter und Dienstleistungen, was insbesondere in Krisenzeiten zu Engpässen führen kann. Eine zentrale Forderung zur Verbesserung der Situation ist daher die Vereinfachung dieser Vergabeprozesse. Dies könnte durch die Implementierung digitaler Plattformen erreicht werden, die eine effizientere, transparentere und schnellere Abwicklung von Ausschreibungen ermöglichen. Durch die Digitalisierung lassen sich nicht nur Zeit und Kosten sparen, sondern auch die Zugänglichkeit und Nachvollziehbarkeit der Verfahren für alle Beteiligten verbessern. Zudem könnte die Einführung klarer und einfacherer Richtlinien für Ausschreibungen dazu beitragen, die Unsicherheiten und den Verwaltungsaufwand für Anbieter und Nachfrager zu reduzieren. Dadurch würden nicht nur die Prozesse beschleunigt, sondern auch kleinere Anbieter hätten eine bessere Chance, sich an Ausschreibungen zu beteiligen, was den Wettbewerb und die Innovationskraft im Gesundheitssektor fördern würde.

## Anerkennung ausländischer Fachkräfte

Ein weiteres drängendes Problem ist die langwierige und komplizierte Anerkennung der Qualifikationen ausländischer Ärzte und Pflegekräfte in Deutschland. Dieser Prozess ist oft mit bürokratischen Hindernissen und langen Wartezeiten verbunden, was sowohl für die betroffenen Fachkräfte als auch für das deutsche Gesundheitssystem nachteilig ist. Angesichts des akuten Fachkräftemangels in vielen Bereichen des Gesundheitswesens ist eine Beschleunigung und Vereinfachung dieses Anerkennungsprozesses dringend geboten. Lösungsansätze könnten in der Standardisierung der Verfahren und Anforderungen bestehen, um die Anerkennung zu beschleunigen und für alle Beteiligten transparenter zu gestalten.

Digitale Plattformen könnten auch hier eine Schlüsselrolle spielen, indem sie eine zentrale Anlaufstelle für Informationen, Antragsstellung und Statusabfragen bieten. Darüber hinaus könnte eine engere Zusammenarbeit mit den Herkunftsländern der Fachkräfte dazu beitragen, die Anerkennung von Qualifikationen zu erleichtern und gleichzeitig die Qualitätssicherung zu gewährleisten. Durch solche Maßnahmen würde nicht nur der Fachkräftemangel im deutschen Gesundheitswesen effektiver angegangen, sondern auch die Integration ausländischer Fachkräfte gefördert und deren wertvolle Beiträge zur Versorgungsqualität anerkannt.

## Reduktion des Dokumentationsaufwands

Der hohe Dokumentationsaufwand ist eine der größten bürokratischen Belastungen im deutschen Gesundheitswesen. Die umfangreichen Dokumentationspflichten binden wertvolle Ressourcen und Zeit, die sonst direkt der Patientenversorgung zugutekommen könnten. Eine Reduktion dieses Aufwands könnte durch die Überarbeitung und Vereinfachung der Dokumentationsvorschriften erreicht werden. Insbesondere die Digitalisierung von Patientenakten bietet hier großes Potenzial: Elektronische Patientenakten (ePA) ermöglichen eine effizientere, fehlerresistentere und schnellere Dokumentation und Abrufbarkeit von Patientendaten. Durch die Einführung von einheitlichen Standards und Schnittstellen zwischen verschiedenen Gesundheitseinrichtungen könnten Doppeluntersuchungen vermieden und die Behandlungskontinuität verbessert werden. Darüber hinaus könnte der Einsatz von Spracherkennungssoftware Ärzte und Pflegepersonal entlasten, indem diese die Dokumentation beschleunigt und vereinfacht. Datenschutz und Datensicherheit müssen dabei oberste Priorität haben, dürfen aber nicht immer nur im Widerspruch zum Patientennutzen gesehen werden.

## Digitalisierung als Schlüssel zur Effizienz

Die Digitalisierung spielt eine entscheidende Rolle im Bürokratieabbau und der Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen. Digitale Technologien bieten die Möglichkeit, Verwaltungsprozesse zu vereinfachen, die Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitssystem zu verbessern und den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen für Patienten zu erleichtern. Die Einführung von eRezepten ist ein Beispiel für die erfolgreiche Digitalisierung, die den Prozess der Medikamentenverschreibung und -abgabe vereinfacht und beschleunigt. Weitere digitale Anwendungen, wie Telemedizin und mobile Gesundheits-Apps werden die Versorgung in ländlichen oder unterversorgten Gebieten verbessern und die Prävention sowie das Gesundheitsmanagement unterstützen. Für eine erfolgreiche Digitalisierung ist es jedoch entscheidend, eine flächendeckende und leistungsfähige IT-Infrastruktur bereitzustellen und die digitalen Kompetenzen von medizinischem Personal sowie Patienten zu fördern. Datenschutz und die Sicherheit von Gesundheitsdaten sind dabei auch in diesem Bereich zentrale Aspekte, die durch geeignete Maßnahmen und Technologien gewährleistet werden müssen. Die Digitalisierung im Gesundheitswesen erfordert zudem eine enge Zusammenarbeit zwischen Gesundheitseinrichtungen, IT-Dienstleistern, Patientenvertretungen und der Politik, um gemeinsame Standards zu entwickeln und die Interoperabilität zwischen verschiedenen Systemen sicherzustellen.

## Fortbildungsverpflichtungen und administrative Lasten

Fortbildungsverpflichtungen sind ein wesentlicher Bestandteil der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, stellen jedoch auch eine administrative und finanzielle Belastung für medizinisches Personal dar. Eine kritische Überprüfung und Anpassung dieser Verpflichtungen könnten dazu beitragen, den bürokratischen Aufwand zu reduzieren, ohne die Qualität der medizinischen Versorgung zu beeinträchtigen.

Ein Ansatz könnte darin bestehen, flexible und bedarfsgerechte Fortbildungsformate zu fördern, die die Nutzung digitaler Lernplattformen und Online-Seminare einschließen. Diese Formate ermöglichen eine zeit- und ortsunabhängige Teilnahme und können so die Vereinbarkeit von Beruf und Fortbildung verbessern. Zudem könnten transparente und einheitliche Richtlinien zur Anerkennung von Fortbildungsleistungen die administrative Last verringern. Eine stärkere Einbindung von Fachgesellschaften und Berufsverbänden in die Gestaltung der Fortbildungsanforderungen könnte zudem sicherstellen, dass diese praxisnah und an den aktuellen Bedarf angepasst sind. Die Reduktion administrativer Hürden bei der Anmeldung, Durchführung und Anerkennung von Fortbildungen würde es medizinischem Personal erleichtern, den Anforderungen nachzukommen und gleichzeitig die Qualität der Patientenversorgung aufrechtzuerhalten.

## **Förderung der Interoperabilität von IT-Systemen**

Die Interoperabilität von IT-Systemen im Gesundheitswesen ist entscheidend für eine effiziente und effektive Patientenversorgung. Die Fähigkeit unterschiedlicher Systeme, Informationen sicher und reibungslos auszutauschen, kann Doppeluntersuchungen vermeiden, Behandlungsabläufe beschleunigen und die Versorgungsqualität verbessern. Um dies zu erreichen, ist eine umfassende Strategie erforderlich, die sowohl technische Standards als auch rechtliche Rahmenbedingungen umfasst. Die Einführung einheitlicher Datenaustauschformate und Schnittstellenstandards ist ein wichtiger Schritt zur Gewährleistung der Interoperabilität. Gleichzeitig muss der Datenschutz durch sichere Übertragungsprotokolle und Authentifizierungsverfahren gewährleistet werden. Die Förderung von Open-Source-Lösungen und die Zusammenarbeit mit internationalen Gremien zur Entwicklung

von Standards können die Interoperabilität weiter vorantreiben. Darüber hinaus ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Gesundheitseinrichtungen, Softwareanbietern und staatlichen Stellen notwendig, um die Implementierung interoperabler Systeme zu unterstützen und zu finanzieren. Durch die Förderung der Interoperabilität können innovative Gesundheitsdienstleistungen entwickelt und die Effizienz des Gesundheitssystems insgesamt gesteigert werden.

## **Verbesserung des Patientenzugangs zur Versorgung**

Die Verbesserung des Zugangs zu medizinischer Versorgung ist ein zentrales Anliegen im deutschen Gesundheitswesen. Eine effektive Maßnahme zur Erreichung dieses Ziels ist die Reduzierung bürokratischer Hürden, die Patienten von der Inanspruchnahme notwendiger Gesundheitsleistungen abhalten können. Eine Schlüsselstrategie in diesem Bereich ist die Erleichterung des Zugangs zu Schutzimpfungen und präventiven Maßnahmen, indem beispielsweise Betriebsärzte stärker eingebunden und Impfungen am Arbeitsplatz ermöglicht werden. Dies kann nicht nur die Durchimpfungsraten erhöhen, sondern auch den organisatorischen Aufwand für Patienten verringern.

Des Weiteren spielt die Digitalisierung eine entscheidende Rolle bei der Verbesserung des Patientenzugangs. Telemedizinische Dienste, Online-Terminvergabe und digitale Gesundheitsanwendungen (Apps) können insbesondere in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten den Zugang zu Fachärzten und spezialisierten medizinischen Leistungen verbessern. Die Bereitstellung stabiler und schneller Internetverbindungen ist dabei eine Grundvoraussetzung, um telemedizinische Angebote flächendeckend nutzbar zu machen.

Die Förderung von patientenzentrierten Versorgungsmodellen, die eine koordinierte und ganzheitliche Betreuung

ermöglichen, ist ein weiterer wichtiger Aspekt. Integrierte Versorgungsstrukturen und Netzwerke zwischen Hausärzten, Fachärzten, Pflegediensten und anderen Gesundheitsdienstleistern können die Versorgungskontinuität verbessern und den Patienten einen leichteren Zugang zu verschiedenen Gesundheitsleistungen aus einer Hand bieten.

Darüber hinaus ist es wichtig, die Öffentlichkeit über bestehende Angebote und Ansprüche im Gesundheitswesen zu informieren und aufzuklären. Informationskampagnen, leicht verständliche Online-Portale und Beratungsangebote können dazu beitragen, dass Patienten besser über ihre Rechte und Möglichkeiten im Gesundheitswesen Bescheid wissen und diese auch nutzen.

Indem bürokratische Barrieren abgebaut und innovative Lösungen gefördert werden, kann der Zugang zur Versorgung für alle Patientengruppen verbessert werden. Dies trägt nicht nur zu einer höheren Versorgungsqualität bei, sondern stärkt auch das Vertrauen der Bevölkerung in das Gesundheitssystem.



# Bürokratie in der Medizin übersetzt sich in Patientenleid



**Matthias Mieves, MdB**  
Stellvertretender  
gesundheitspolitischer Sprecher  
der SPD-Fraktion

---

*„Bürokratie kostet viel Zeit und Energie unserer Fachkräfte. Mit der ePA für alle liegen endlich Informationen so vor, dass in der Versorgung alle notwendigen Zugriffe möglich werden. Am Anfang wird der Aufwand größer als der Nutzen sein, auf lange Sicht spart Vernetzung uns allen aber viel Doppelarbeit und verbessert die Versorgung.“*

---

---

**Dr. Albrecht Kloepfer:** Herr Mieves, vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für dieses Interview nehmen. Können Sie uns zunächst einen Überblick darüber geben, wie Sie die aktuelle Situation hinsichtlich Bürokratie im deutschen Gesundheitswesen bewerten?

**Matthias Mieves:** Bürokratie kostet viel Zeit und Energie unserer Fachkräfte. Wir sind sehr gut darin, Prüf- und Berichtspflichten einzuführen aber zögerlich, Überholtes auch wieder aufzugeben. Noch immer werden Corona-Verdachtsfälle per Formular gemeldet, das kostet Zeit in den Praxen. Wichtig sind inzwischen aber nur noch die bestätigten Fälle. Der Marburger Bund meldet, wie viele Pflichten zur Protokollierung vorliegen für Verfahren, die längst ihre Sicherheit bewiesen haben. Wir können nicht Prüflisten immer länger machen, weil nicht die Listen im Vordergrund stehen, sondern die Behandlung. Die Leistungserbringenden brauchen mehr Zeit für Medizin. Ich möchte, dass alle bestmöglich versorgt werden, dazu gehört meiner Ansicht nach auch der Zugriff auf medizinische Daten, sodass dieselben Informationen nicht immer wieder neu erhoben werden müssen. Vieles wird durch die elektronische Patientenakte Schritt für Schritt besser werden. Noch ist es aber grausig.

**Dr. Albrecht Kloepfer:** Inwiefern sind aus Ihrer Sicht bürokratische Hürden im deutschen Gesundheitswesen ein Hemmnis für effiziente Abläufe und wie wirken sich diese auf Patientinnen und Patienten aus?

**Matthias Mieves:** Bürokratie in der Medizin übersetzt sich in Patientenleid. Gefährlich wäre, keine Rechenschaft zu haben. Viele Berichts- und Dokumentationspflichten ergeben Sinn. Wo aber Zeit von der Behandlung abgeht, weil Informationen nicht vorliegen, doppelt erhoben werden müssen oder Berichte handwerklich zu lange dauern, da warten Patient:innen länger auf eine Behandlung oder kriegen erst gar keinen Termin. Erste Lösungen etablieren sich langsam, aber der echte Gamechanger kommt noch.

**Dr. Albrecht Kloepper:** Digitalisierung im Gesundheitswesen ist ein viel diskutiertes Thema. Wo sehen Sie die größten Potenziale digitaler Lösungen für den Bürokratieabbau im Gesundheitswesen?

**Matthias Mieves:** Mit der ePA für alle liegen endlich Informationen so vor, dass in der Versorgung alle notwendigen Zugriffe möglich werden. Am Anfang wird der Aufwand größer als der Nutzen sein, auf lange Sicht spart Vernetzung uns allen aber viel Doppelarbeit und verbessert die Versorgung. Die ePA ist dabei ein echter Gamechanger, und in ein paar Jahren werden wir uns fragen, wie wir ohne dieses Instrument überhaupt arbeiten konnten. Daten werden nur einmal erhoben, Behandlungsverläufe schnell sichtbar und Arbeit wird nicht mehr doppelt gemacht. Gleichzeitig sorgt die ePA für verbindliche Standards. Das macht auch die Datenauswertung besser und ermöglicht neue Erkenntnisse, Anwendungen und KI-Lösungen, die darauf aufbauen.

**Dr. Albrecht Kloepper:** Welche konkreten Maßnahmen und Strategien sollten Ihrer Meinung nach ergriffen werden, um die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranzutreiben und bürokratische Prozesse zu vereinfachen?

**Matthias Mieves:** Erst einmal sollten wir alle in den Spiegel schauen. Daten besser und effizienter zu nutzen, ist nicht nur der Job der Politik und staatlicher Stellen. Hier müssen auch die Akteure im System mehr Ehrgeiz und eigene Aktivitäten entwickeln. Umgekehrt müssen wir auch in der Politik Standardisierung und Interoperabilität vorantreiben und Detailgrad und Umfang der Dokumentation reduzieren. Gesteuert werden sollte nach Ergebnis, nicht nach Mini-Prozessschritten. In diesem Zuge sollten wir breitflächig Bagatellgrenzen einführen, um Prüfungen und entsprechende Aufwände auf das Wesentliche zu fokussieren.

**Dr. Albrecht Kloepper:** Welche Rolle spielt Ihrer Meinung nach die Vernetzung von Gesundheitseinrichtungen und -dienstleistern bei der Reduzierung von bürokratischem Aufwand im Gesundheitswesen?

**Matthias Mieves:** Die Akteure der Selbstverwaltung, die Kassen, KVen, Apotheken, die DKG können in ihren Verantwortungsbereichen viel konsequenter sein. Da steckt richtig Musik drin. Ich sehe jetzt schon, dass Cluster in allen Ecken der Bundesrepublik wachsen, wo man sich auf eine gemeinsame Sprache geeinigt hat und Kooperationen forciert, die ganz viel Abschreiben und Telefonieren erspart. Die Selbstverwaltung kann auch offensiv auf die Hersteller zugehen und Anforderungskataloge definieren – und die in aller Härte durchsetzen. Bis dahin muss der Einzelne auch über den eigenen Schatten springen und umlernen, damit alle dieselbe Software verwenden, zumindest aber interoperable. Das ist nicht optimal, aber manchmal geht es nicht anders. Wenn ich nicht mehr anschlussfähig bin, weil meine lieb gewonnenen Programme seit 10 Jahren nicht mehr weiterentwickelt werden, muss ich mich verändern. Einzelkämpfer sein, lohnt sich nicht, wenn es am Ende der Behandlung schadet.

**Dr. Albrecht Kloepper:** Datenschutz und Datensicherheit sind wesentliche Aspekte bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Wie kann gewährleistet werden, dass einerseits Bürokratie abgebaut wird, andererseits aber sensible Patientendaten ausreichend geschützt sind?

**Matthias Mieves:** Ohne Datenschutz by Design fallen wir auf die Nase. Der Schutz von Gesundheitsdaten mit eindeutigem Personenbezug ist wichtig. Wir verlieren aber ebenso das Vertrauen in die Anwendung, wenn sie keinen Spaß macht, weil sie mich bevormundet. Wo wir die Anwendungen zu restriktiv planen, weichen die Leute aus. Dann kommen Dr. Google und der Arztkontakt per WhatsApp ins Spiel – die Menschen sind ja nicht beschränkt auf die Anwendungen, die politisch abgesegnet sind.

In Estland ist zum Beispiel kein Opt-Out vorgesehen und Zugriffe sind technisch leichter möglich. Die Strafen für einen Missbrauch dieser Möglichkeit sind dafür sehr hart und die Protokollierung personenscharf. Das wirkt. Wir müssen pragmatische Wege finden, die sicher und datenschutzgerecht sind, aber die Menschen, die sie täglich nutzen, nicht überfordern.

**Dr. Albrecht Kloepper:** Eine Herausforderung bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen ist oft die Interoperabilität verschiedener Systeme. Wie kann sichergestellt werden, dass digitale Lösungen nahtlos miteinander kommunizieren können? Und wie würde das den Bürokratieabbau vorantreiben?

**Matthias Mieves:** Ganz wichtig beim Aufbau der Digital-Agentur als Nachfolgerin der gematik ist der Fokus auf Interoperabilität. Gewachsene Systeme müssen sich derart verschränken, dass Informationen strukturiert übergeben werden können. Das wird auch beim Bürokratieabbaugesetz eine Rolle spielen. Schon jetzt müssen Primärsysteme einige Interoperabilitätsvorgaben erfüllen. Wer das nicht kann oder nicht will, der muss zur Seite treten. In meinem Lieblings-Zoo KIS und PVS sind sicher manche vom Aussterben bedroht. Manche Systeme sind überholt und werden verschwinden. Die Technik ist aber nicht an allem schuld. Wir alle befinden uns in dieser Transformation und nicht alles wird von Beginn an funktionieren. Von nahtlos sind wir noch weit entfernt, aber mit der ePA für alle haben wir eine wichtige Klammer geschaffen, die die Systeme zusammenfügt.

**Dr. Albrecht Kloepper:** Eine letzte Frage: Welche politischen Maßnahmen planen Sie oder Ihre Partei, um den Bürokratieabbau und die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranzutreiben, und welche Hindernisse sehen Sie dabei?

**Matthias Mieves:** Das Bürokratieabbaugesetz im Medizinwesen wird Hürden beseitigen. Das Digitalagentur-Gesetz wird dafür sorgen, dass keine neuen entstehen. Das Medizinische-Register-Gesetz wird für Verschränkung und Vereinfachungen sorgen. Aber auch in den Gesetzen zur Notfallversorgung, ambulanten Versorgung und zur Krankenhausreform werden digitale Aspekte eine Rolle spielen. Das BMG und die Koalitionsfraktionen haben zusammen noch einiges vor. Das wird dann erfolgreich, wenn wir alle an einem Strang ziehen und uns die Praxis ehrliches, rechtzeitiges Feedback gibt. Ich bin daher sehr zuversichtlich, dass wir nach dem Digitalgesetz und dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz zusammen noch einige Erfolge feiern werden.

# Das kann weg: Fünf Empfehlungen für Bürokratieabbau bei Krankenkassen



**Dr. Gertrud Demmler**  
Vorständin der  
SBK Siemens-  
Betriebskrankenkasse.



**Franziska Beckebans**  
Bereichsleiterin  
Kundenmanagement  
und Versorgung bei  
der SBK

„Wichtig ist uns ein offener Dialog zwischen Politik, Kassen und den Leistungserbringenden. Nach meiner Erfahrung entstehen manche Regeln oft aus dem Bedürfnis heraus, sich noch einmal doppelt abzusichern – zum Beispiel aus Datenschutzgründen. Mehr Vertrauen in die Zusammenarbeit, in die Kompetenz des Anderen sowie ein gemeinsamer Blick auf den Versicherten – das würde helfen, das Bürokratiemonster einzudämmen und manche Regel ganz zu streichen.“

Das Gesundheitsministerium hat sich viel vorgenommen in Sachen Bürokratieabbau. Gut so, denn die Liste an unsinnigen Verwaltungshürden im Gesundheitssystem ist lang. Deutschlands größte Betriebskrankenkasse – die SBK Siemens-Betriebskrankenkasse – stellt fünf Beispiele aus dem Kassenalltag vor, die optimierbar sind. Die Vorgänge kosten wertvolle Ressourcen und belasten das System unnötig. Genau wie Ärztinnen, Ärzte und Kliniken leiden auch die Krankenkassen unter Bürokratiemonstern, die sie von ihrer wichtigen Aufgabe – der Versichertenbegleitung und -beratung – abhalten. Die hier aufgelisteten Beispiele sind Teil einer umfangreichen Liste an Vorschlägen, welche die SBK zusammengetragen und der Politik übergeben hat. Ihr Ziel: die Bürokratieentlastung im Gesundheitswesen vorantreiben.

## 1. Prozesse ohne Nutzerbrille

Haben Versicherte ihre Karte verloren, kürzlich die Kasse gewechselt oder kommt es zu einem Fehler beim Einlesen der Karte, erhalten sie übergangsweise von der Krankenkasse eine zeitlich befristete Ersatzbescheinigung. Wer nicht die digitalen Möglichkeiten einer Kassen-App nutzt, hat mit dem Anfordern der Ersatzbescheinigung viel Arbeit: Die Versicherten müssen selbst Kontakt mit ihrer Kasse aufnehmen, um die Bescheinigung in Papierform an die Praxis bzw. Klinik faxen zu lassen. Dieser zusätzliche Aufwand für Versicherte ist unnötig, denn Praxen und Kassen haben bereits eine digitale Kommunikationsschnittstelle, in der sie die „Versicherungsfrage“ schnell und unbürokratisch lösen könnten. Das Problem: Aus regulatorischen Gründen darf aktuell nur der Versicherte selbst die Bescheinigung anfordern.

### Unser Vorschlag:

Praxen und Kassen können über ihre digitale Schnittstelle KIM (Kommunikation im Medizinwesen) miteinander kommunizieren.

Ärztinnen und Ärzte versenden darüber zum Beispiel Krankmeldungen oder Heil- und Kostenpläne. KIM gilt als „sichere Mail“, und durch sie konnten schon einige Prozesse im Gesundheitswesen digitalisiert werden. Auch die Versichertenfrage ließe sich mittels KIM einfach und unbürokratisch lösen: Der Versicherte willigt in der Praxis explizit zur Datenabfrage ein, und die MFA klärt die „Versichertenfrage“ direkt mit der Krankenkasse. Ein Win-Win für alle: Die Versicherten werden entlastet, die Praxis spart sich aufwendige Papierprozesse.

**Einsparpotential SBK:** 2023 wurden 90.930 Ersatzbescheinigungen in Papierform versendet

**Einsparpotential GKV (Hochrechnung)\* :** ca. 6 Mio. Ersatzbescheinigungen p.a.

## 2. Fehlende Digitalisierung

### a) Familienversicherung

Eigentlich ist der Beitritt zur gesetzlichen Krankenversicherung komplett digital möglich. Mit einer Ausnahme: die Familienversicherung. Hier ist per Gesetz nach wie vor eine Originalunterschrift der Versicherten gefordert. Das ist für Familien wenig nachvollziehbar. Eine digitale Lösung könnte Geld und Zeit sparen.

#### Unser Vorschlag:

Gleiches Recht für alle! Auch in der Familienversicherung kann auf ein einfaches, elektronisches Verfahren umgestellt werden. Damit entfallen die Originalunterschrift und ca. 7.000 Papier-Fragebögen, die jährlich allein bei der SBK bearbeitet werden.

**Einsparpotential SBK:** ca. 7.000 Papier-Fragebögen p.a. (à 4 DIN-A4-Seiten) = ca. 28.000 Blatt Papier p.a.

**Einsparpotential GKV (Hochrechnung)\*:** ca. 460.000 Fragebögen und 1,9 Mio. Blatt Papier p.a.

### b) Medizinischer Dienst

Der Medizinische Dienst (MD) ist der sozialmedizinische und pflegfachliche Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Der MD übernimmt wichtige Aufgaben wie die Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit oder die Beratung der Krankenkassen bei Fragen zur Leistungsgewährung. Die Kranken- und Pflegekassen beauftragen den MD über ein digitales Verfahren. Werden zur Begutachtung weitere medizinische Unterlagen benötigt, fordert der MD diese häufig direkt bei den Ärztinnen und Ärzten an. Die Schnittstelle zwischen MD und Krankenkasse ist digitalisiert. Zwischen MD und Praxen jedoch findet noch eine analoge Kommunikation statt, d.h. die Ärztinnen und Ärzte müssen die Unterlagen ausdrucken oder kopieren und versenden sie per Post. Dieser Prozess verschwendet nicht nur wertvolle Ressourcen in den Praxen, sondern bedeutet auch für den MD ein komplexes Verfahren mit einem Mix aus digitalen und analogen Daten.

#### Unser Vorschlag:

Alle Vorgänge werden digitalisiert, zum Beispiel über eine Erweiterung der KIM-Schnittstelle zwischen Praxen und MD. Das spart nicht nur Zeit und wertvolle Ressourcen, sondern verringert auch den ökologischen Fußabdruck durch die Einsparung von Papier und Transport.

**Einsparpotential SBK:** In 2023 wurden ca. 34.000 MD-Begutachtungen veranlasst

**Einsparpotential GKV (Hochrechnung)\*:** ca. 2,3 Mio. MD-Begutachtungen

## 3. Zusatzaufwand für freiwillig Versicherte

Freiwillig Versicherte sind in vielerlei Hinsicht von aktuellen Regelungen in der GKV benachteiligt. Oft haben sie einen Mehraufwand im Vergleich zu Pflichtversicherten.

Zum Teil hat dies das Gesundheitsministerium erkannt und macht im zuletzt veröffentlichten „Eckpunktepapier zur Bürokratieentlastung“ folgenden Vorschlag: eine automatisierte Datenübermittlung der Einkommensdaten von den Finanzämtern an die Krankenkassen. Vorteil für die Versicherten: Es sind keine manuellen Nachweise mehr nötig. Wir haben noch einen weiteren Vorschlag, wie wir freiwillig Versicherte und Selbstständige entlasten können.

### Unser Vorschlag:

Freiwillig versicherte Beschäftigte, die eine Rente beziehen, erhalten vom Rentenversicherungsträger einen Beitragszuschuss zur Krankenversicherung. Die Zahlung nimmt allerdings einen unnötigen Umweg: Der Rentenversicherungsträger überweist dem Versicherten den Zuschuss und dieser überweist den Zuschuss wiederum an die Krankenkasse. Dieser Ablauf ist frustrierend und ineffizient und ließe sich einfach lösen, indem die Rentenversicherung die Zahlung direkt an die Krankenkasse tätigt.

**Einsparpotential SBK:** ca. 1.000 betroffene Versicherte (2023)

**Einsparpotential GKV (Hochrechnung)\*:** ca. 66.000 betroffene Versicherte

## 4. Echte Entlastung für pflegende Angehörige

Die tägliche Verantwortung für die Pflege eines Angehörigen ist extrem belastend und jede bürokratische Hürde macht den Pflegebedürftigen das Leben schwer. Besonders ärgerlich sind Verwaltungshürden vor allem dann, wenn es sich um Angebote handelt, die vom Gesetzgeber eigentlich zur Entlastung angedacht waren. Ein Beispiel sind die sogenannten Entlastungsleistungen in der Pflege: Für 125 € monatlich übernehmen geschulte Ehren-

amtliche oder professionelle Betreuungskräfte für einige Stunden im Monat verschiedene Aufgaben im Haushalt. Anspruch haben alle Pflegebedürftigen der Pflegegrade 1 bis 5 in der ambulanten Pflege.

In der Praxis jedoch profitieren die Betroffenen kaum von einer Entlastung. Der Grund ist das komplizierte, kleinteilige Abrechnungsverfahren. Die Versicherten zahlen zunächst alle Rechnungen selbst und reichen sie hinterher bei der Pflegekasse ein. Das bedeutet: Belege sammeln und sich jeden Monat um die Abrechnung kümmern. Dies sorgt auf beiden Seiten – Versicherte und Kassen – für unnötigen Aufwand. Allein in der SBK waren es 2023 ca. 200.000 Rechnungen dieser Art. Unterschiedliche Anerkennungsvorgaben und -formulare je Bundesland bedeuten auf Kassenseite zusätzliche Bürokratie und Ressourcenverschwendung.

### Unsere Vorschläge:

1. Wir brauchen dringend bundesweit einheitliche Anerkennungsvorgaben und Abrechnungsformulare. So können wir eine schnelle und digitale Einreichung ermöglichen und die wertvollen Ressourcen der Pflegeberatung sowie der Angehörigen schonen.
2. Am sinnvollsten wäre es jedoch, den Betrag von 125€ monatlich pauschal auf den Pflegebetrag aufzuschlagen. Damit würde eine kleinteilige Abrechnung komplett wegfallen. Damit ermächtigen wir unsere mündigen Versicherten eigenverantwortlich mit den Entlastungsleistungen umzugehen. Zudem profitieren davon auch Angehörige, die Tätigkeiten wie Fenster putzen oder Wäsche waschen bisher selbst erledigen – ohne Entschädigung. Privatpersonen benötigen nämlich in der Regel eine pflegerische Basisschulung um haushaltsnahe Dienstleistungen abrechnen zu können. Damit entlasten wir das System doppelt: Denn auf ein „Diplom für Haushaltsführung“ können wir gestrost verzichten.

**Einsparungspotential SBK:** ca. 200.000 Rechnungen p.a.

**Einsparpotential GKV (Hochrechnung)\*:** ca. 13 Mio. Rechnungen p.a.

„Wir freuen uns, dass das BMG derzeit den Turbo in Sachen Bürokratieabbau einlegt. Viele der Vorschläge im „Eckpunktepapier zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen“ oder dem „Maßnahmenpaket zur Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung“ befürworten wir explizit. So zum Beispiel die Kindkrankmeldung ab dem vierten Tag oder die Abschaffung des zweistufigen Antragsverfahren in der Kurzzeittherapie (Psychotherapie). Ebenso begrüßen wir die Forderung nach einer verstärkten Zusammenarbeit der Ämter – beispielsweise durch eine automatische Datenmeldung von Finanzämtern an die Krankenkassen über die Einkommensdaten der freiwillig gesetzlich Versicherten. Das entlastet nicht nur uns Kassen, sondern vereinfacht das Verfahren für die vielen Selbstständigen und freiwillig gesetzlich Versicherten“, kommentiert Franziska Beckebans, Leiterin des Bereichs Kundenmanagement und Versorgung der SBK Siemens-Betriebskrankenkasse.

## Dialog mit allen Betroffenen wichtig

„Wichtig ist uns ein offener Dialog zwischen Politik, Kassen und den Leistungserbringenden. Nach meiner Erfahrung entstehen manche Regeln oft aus dem Bedürfnis heraus, sich noch einmal doppelt abzusichern – zum Beispiel aus Datenschutzgründen. Mehr Vertrauen in die Zusammenarbeit, in die Kompetenz des anderen sowie ein gemeinsamer Blick auf den Versicherten – das würde helfen, das Bürokratiemonster einzudämmen und manche Regel ganz zu streichen“, sagt Dr. Gertrud Demmler, Vorsitzende der SBK Siemens-Betriebskrankenkasse.

„Und wenn wir schon dabei sind, Prozesse zu optimieren, dann wäre mir ein gemeinsamer Fokus auf Datenqualität sehr wichtig. Standardisierung ist auch die Voraussetzung für Digitalisierung. Wenn wir also im Vorfeld genau darauf

achten, dass Diagnosen und andere Angaben vollständig, korrekt und einheitlich sind, sparen wir uns hinterher zahlreiche nachgelagerte Prüfmechanismen und können schneller digitalisieren“, so Demmler weiter.

Wie gelungener Dialog und Zusammenarbeit aussehen können, zeigt das Beispiel elektronisches Beantragungsverfahren Zahn (EBZ). Bei dem Verfahren werden Behandlungspläne für die Leistungsbereiche Zahnersatz, Kieferbruch/ Kiefergelenkserkrankungen, Kieferorthopädie und Parodontalerkrankungen digital an die Krankenkassen übersendet und genehmigt. Dank des EBZ konnte die Bearbeitungszeit für die Genehmigungsanträge deutlich reduziert werden – schließlich entfällt der Postweg. Bei den meisten Anträgen haben die Zahnarztpraxen die Antwort der Krankenkassen nach ein bis zwei Tagen vorliegen. So kann frühzeitiger mit der Behandlung begonnen werden und die Versicherten haben keinen „Papierkram“ mit der Krankenkasse zu erledigen. Für die Zahnarztpraxis bietet das EBZ weitere organisatorische Vorteile wie die automatische Datenverarbeitung im Praxisverwaltungssystem.

*\* Hochrechnung basiert auf der Annahme eines SBK-Marktanteils von 1,5%. Tatsächliche Zahlen können aufgrund von Versichertenstruktur o.ä. abweichen.*

# Bürokratie im Sinne der Patientenversorgung abbauen – Herausforderungen und Chancen in der Pflege



## Christine Vogler

Präsidentin des Deutschen Pflegerats

„Digitalisierung und KI bieten echte Möglichkeiten, um Bürokratie abzubauen und die Pflege nachhaltig zu entlasten.“

**Dr. Albrecht Kloepfer:** Frau Vogler, die Pflege zeichnet sich, unter anderem, auch durch die Teilung zwischen SGB V und SGB XI aus. Betrachten wir zuerst die Situation in der Krankenpflege nach SGB V. Welches sind in diesem Bereich die größten bürokratischen Hemmnisse aus ihrer Sicht?

**Christine Vogler:** Grundsätzlich einmal zum Thema Bürokratie: In der Pflege sind alle Bereiche, egal welche wir betrachten, von Bürokratie betroffen. In den letzten Jahren gab es mehrere große Studien, die Beschäftigte in der Pflege zu ihrer Arbeitszufriedenheit befragt haben, und immer wurde der bürokratische Aufwand in der pflegerischen Versorgung als problematisch eingestuft. Dabei ist es völlig irrelevant, ob man Pflegende im klinischen, im akutklinischen, im ambulanten oder im Bereich der Langzeitpflege gefragt hat. Die Hemmnisse durch Bürokratie sind also überall vorhanden.

Wenn wir spezifisch die Pflege in den Krankenhäusern betrachten, hat diese natürlich viele Dokumentationspflichten über sämtliche medizinische und pflegerische Daten, die erhoben werden müssen. Je nach Digitalisierungsgrad der Häuser gibt es hierzu Programme, die dabei unterstützen und eine effiziente Dokumentation dieser ermöglichen.

Oftmals sehen wir jedoch, dass es selbst innerhalb eines Hauses systemische Brüche gibt. Da kann dann zum Beispiel die Intensivstation ihre Daten nicht an die Normalstation weitergeben.

**Dr. Albrecht Kloepfer:** Das heißt, die Interoperabilität innerhalb eines Hauses ist teils nicht gegeben?

**Christine Vogler:** Ganz genau. Das geht teils so weit, dass Kolleginnen und Kollegen einige Dinge, obwohl diese bereits digital dokumentiert werden, noch einmal analog dokumentieren, weil sie wissen, dass es keine Schnittstelle gibt.

Wir erleben auch, dass die doppelte Dokumentation aus Gründen der Unsicherheit gemacht wird. Die Einführung der digitalen Dokumentation war und ist teilweise fehlerbehaftet. Das praktische Feld wurde oft als Entwicklungsfeld genutzt, allerdings wurden die Wünsche und Anmerkungen der Pflegenden dann nicht umgesetzt. Das hat nicht nur viele Ressourcen verbraucht und Ineffizienzen ausgelöst, sondern auch Unmut bei den Pflegenden ausgelöst, die sich übergangen gefühlt haben.

Auch deswegen gibt es manchmal verhaltene Reaktionen oder sogar Widerstände bei der Einführung von zum Beispiel Personalbemessungsverfahren. Es liegt dabei gar nicht an der Sache selbst, sondern vielmehr daran, dass das Pflegepersonal die dafür notwendigen Daten nicht vernünftig und schnell dokumentieren kann. Wenn digitale Lösungen keine Erleichterungen bringen oder der Mehrwehrt in der Einführung nicht erkennbar ist, bindet das mehr Ressourcen als das es welche freigibt.

An den Stellen, an denen die Digitalisierung greift und tatsächliche Unterstützung im Versorgungsalltag bietet, kenne ich keine Pflegefachperson, die sich gegen die Einführung wehren würde.

Zu den rein medizinischen und pflegerischen Dokumentationspflichten kommt natürlich auch die Dokumentation zum Zweck des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung. Das wird ebenfalls vom Medizinischen Dienst extern kontrolliert. Und gleichzeitig muss alles den Ansprüchen des Datenschutzes und der Datensicherheit genügen.

Zusammenfassend sind die Hemmnisse im klinischen Bereich einmal die Dokumentationsdichte, die von den Pflegekräften verlangt wird, und die fehlende Unterstützung durch digitale Angebote.

**Dr. Albrecht Kloepper:** Kann die Politik daran etwas ändern oder ist das sozusagen eine reine „Haussituation“? Hat sich etwas an der Situation durch das Krankenhaus-zukunftsgesetz geändert? Da gab bzw. gibt es immer noch finanzielle Unterstützung für die Häuser zum Ausbau der digitalen Infrastruktur.

**Christine Vogler:** Das stimmt, es gibt finanzielle Unterstützung. Viele Häuser haben hier auch Gelder beantragt und genutzt, um die digitale Infrastruktur im eigenen Haus auszubauen und zu verbessern.

Da hat die Politik auf jeden Fall eine Möglichkeit geschaffen, dass sich die Häuser entwickeln.

Aber es ist ja immer die Frage in den Krankenhäusern, wer entscheidet, was entwickelt wird. Und da sehen wir, dass der Blick natürlich mehrheitlich auf die medizinische Versorgung geht und dabei die Pflege schnell mal übersehen wird. Die tägliche Versorgung, das tägliche Dokumentieren, die Patientenversorgung aus der Perspektive der Pflegenden wird nicht erleichtert, sondern die Abrechnung. Es entsteht der Eindruck, dass zuerst die Abrechnung, dann die Versorgungssicherheit und dann als dritter Schritt die Arbeit der Pflegenden bedacht wird. Obwohl die Pflege in allen Schlüsselpositionen der Versorgungspfade in allen Versorgungsbereichen sitzt.

**Dr. Albrecht Kloepper:** Wird dabei, aus Sicht der Patientenversorgung, auch Überflüssiges dokumentiert?

**Christine Vogler:** Ich will nicht sagen, dass etwas Überflüssiges dokumentiert wird, die Herausforderungen liegen vielmehr darin, dass wir nur abrechnen können, was dokumentiert ist. Die Vorgaben des Medizinischen Dienstes und der Prüfdienste generell gehen teilweise an der Versorgungsrealität vorbei.

**Dr. Albrecht Kloepper:** Inwiefern?

**Christine Vogler:** Nehmen wir einen dementen Patienten als Beispiel: Die Flüssigkeitsbilanzierung muss ich dokumentieren, damit ich die Versorgung eines Demenzkranken in Sachen Flüssigkeitsaufnahme irgendwie abgebildet und damit auch abgerechnet bekomme. Die soziale Ansprache, die kommunikative Kompetenz, die Beobachtungssituation wird nicht erfasst – also muss der Trinkplan erhalten.

Dieselben Phänomene gibt es auch in der ambulanten und stationären Langzeitpflege: Wenn es nicht dokumentiert wurde, dann hat man die Leistung nicht erbracht. Dieses Denken galt an sich mit der Einführung der entbürokratisierten Dokumentation in der Langzeitpflege als überholt. Hinzu kommt, dass die pflegerische Tätigkeit teils so komplex ist, dass sie gar nicht vollständig abgebildet werden kann. Unsere Forderung ist es daher, in der Pflege weg von der Tätigkeitsbetrachtung und hin zu Pflegephänomenbeschreibungen zu kommen. Die Abrechnung soll also nicht mehr rein und ausschließlich nach den erfolgten Tätigkeiten erfolgen, sondern einer Pauschale für Tätigkeitspakete gleichen, die den Pflegenden einen gewissen Spielraum einräumt.

**Dr. Albrecht Kloepper:** Ich kann mir vorstellen, dass die strukturellen Probleme in der ambulanten Pflege die gleichen wie in der stationären Pflege sein werden. Ist das der Fall oder gibt es im ambulanten Bereich Besonderheiten?

**Christine Vogler:** Grundsätzlich stimmt das. In der ambulanten Pflege haben wir neben der Pflegedokumentation aber auch noch weitere Dokumentationspflichten. Und wir haben in der Regel ein komplett anderes Abrechnungssystem. Bezahlt wird in der ambulanten Pflege das, was vereinbart und geleistet wird. Das muss dann auch vom Patienten bzw. vom Pflegebedürftigen abgezeichnet

werden. Zudem gibt es in der ambulanten Pflege mit der jeweiligen Krankenkasse bzw. Pflegekasse und den Sozialhilfeträgern eine Vielzahl an unterschiedlichen Abrechnungsstellen, die je nach Patient und Pflegebedürftigenbedient werden müssen. Dies jeweils für den Bereich des SGB V als auch für den des SGB XI. Je nach Kasse können dann auch noch unterschiedliche Preise zur Geltung kommen. Und dies alles bei einer häufig beiderseitig fehlenden IT-Struktur und IT-Schnittstellen zum Datenaustausch. Der bürokratische Aufwand summiert sich hier enorm. Häufig fragen sich die Pflegedienste auch, warum sie in die Digitalisierung investieren sollen, wenn die digitale Struktur um sie herum nicht mitzieht. Hinzu kommt, dass es auch nicht die IT-Abteilung geben kann.

Im Bereich der ambulanten und stationären Langzeitversorgung haben wir zudem im Grunde noch detaillierte Dokumentationspflichten, weil die Kassen noch genauer hinschauen und dann auch prüfen. Es entsteht insgesamt der Eindruck, dass nicht weniger Bürokratie entsteht, sondern mehr. Sichtbar ist dies in Doppelabläufen, Parallelstrukturen und Mehraufwänden.

Was ich hier betonen möchte, ist, dass es schon Entwicklungen in die richtige Richtung gibt. Teils wird nicht mehr jeder einzelne Handgriff durch den Medizinischen Dienst überprüft, sondern der Gesamtzustand der Pflegebedürftigen und Patienten. Das hat uns die Arbeit erleichtert. Solche Erleichterungen haben wir uns allerdings in sehr zeitintensiven und langwierigen Verhandlungen erst erkämpfen müssen. Und trotz der Erleichterungen gibt es Kolleginnen und Kollegen, die weiterhin alles dokumentieren, weil sie Angst haben, bei einer Überprüfung, die bis zu zwei Jahre nach Erbringung der Leistung stattfinden kann, ihre Leistungen nicht nachweisen zu können und diese damit nicht abgerechnet werden. Ich glaube, keiner von uns kann sich detailliert an Dinge erinnern, die er oder sie vor zwei Jahren gemacht hat. Es gibt also eine große Unsicherheit.

**Dr. Albrecht Klopfer:** Das Hauptproblem der Bürokratie ist aus meiner Sicht eine Misstrauenskultur. Man versucht, 3 Prozent schwarze Schafe zu finden und erschwert dafür 97 Prozent der Pflegekräfte die Arbeit. Eine Idee, wie das anders aussehen könnte?

**Christine Vogler:** Das momentane System misstraut den Pflegenden und versucht durch die Dokumentation alles abzubilden und somit die Kontrolle zu haben. Es entsteht dadurch aber, wie Sie schon sagen, eine Misstrauenskultur zwischen den Akteuren. Den Pflegekräften wird die Kompetenz abgesprochen.

Gemeinsam müsste man hier mal überlegen, wie man es schafft, ich nenne es mal überspitzt, „den Kontrollwahn“ sinnvoll einzugrenzen und ein in der alltäglichen Versorgung funktionierendes System zu schaffen. Ich verstehe, dass es ein gewisses Maß an Kontrolle und Überprüfung geben muss, gerade weil die Ressourcen im Gesundheitswesen so knapp sind. Die Prüfungen sollten sich jedoch auf die zentralen Themen beschränken. Es ist eine Abwägung der Risiken und des Nutzens. Momentan sehe ich die Herausforderungen durch überbordende Bürokratieauflagen als ein größeres Risiko für das Gesundheitssystem an als ein paar, hoffentlich vereinzelt, schwarze Schafe.

Meiner Meinung nach bietet der Einsatz von KI hier eine echte Möglichkeit, um zum Beispiel Abrechnungsdaten auf Plausibilität zu überprüfen. Weitere Beispiele sind intelligente Dienstplanprogramme, sodass die Pflegedirektion oder Pflegestationsleitung nicht mehr einen halben Tag dafür aufbringen muss, diesen zu erstellen. Es gibt so viele Möglichkeiten, bei denen man durch gute Software unglaublich viel Zeit sparen könnte, die dann wiederum der Patientenversorgung zugutekommt.

Das allein wäre jedoch zu eng gedacht. Bürokratische Belastungen müssen auch in den Einrichtungen selbst, durch deren Träger und ihre eigenen Vorgaben und Kontrollen reduziert werden.

**Dr. Albrecht Klopfer:** Die Dokumentation übernehmen auch die Menschen, die tatsächlich pflegen. Das heißt aber auch, dass jede Dokumentation echte Pflegezeit in Anspruch nimmt. Wie viel Zeit verbringt eine Pflegekraft mit Dokumentation und wie viel Zeit verbringt sie mit echter Pflege?

**Christine Vogler:** Je nach Bericht gehen zwischen 30 und 50 Prozent der Arbeitszeit für die Dokumentation drauf.

**Dr. Albrecht Klopfer:** Könnten wir Bürokratie durch die Integration von SGB V und SGB XI abbauen?

**Christine Vogler:** Da rennen Sie bei mir offene Türen ein! Gesundheit und Pflege muss in *einem* Sozialversicherungsbuch abgebildet sein. Das wird nicht nur uns unglaublich viel Zeit geben, sondern vor allem die Patienten und Pflegebedürftigen wieder in den Mittelpunkt der Versorgung stellen. Wir hätten keine Sektorengrenzen und auch nicht die daraus entstehenden Barrieren, sondern Interoperabilität zwischen den Systemen. Probleme, die momentan zum Beispiel beim Entlassmanagement beim Datenschutz durch den Bruch zwischen dem Krankenhaus und der Langzeitpflege entstehen, könnten verhindert werden. Wir müssen die Gesundheitsversorgung im Sinne der Patientenversorgung stärker in den Mittelpunkt stellen und kein System weiterverfolgen, dass sich durch Bürokratie, Datenschutz und Sektorengrenzen selbst behindert. Vieles an Bürokratie könnten wir durch die Auflösung der Abgrenzung der Versorgungsstrukturen abbauen. Drastisch vereinfacht werden müssen unsere Gesetze. Diese sind längst nicht mehr verständlich.

**Dr. Albrecht Kloepper:** Das Gespräch hat gezeigt, dass die Pflege zwar ein unersetzlicher Baustein der Gesundheitsversorgung ist, sie aber oftmals, oder zumindest so mein Eindruck, im politischen Diskurs übergangen bzw. nicht mitgedacht wird. Könnte die Einrichtung einer Pflegekammer die Interessen der Pflege im politischen Diskurs stärken oder würde man dadurch eine neue Stelle mit weiteren Bürokratiehindernissen schaffen?

**Christine Vogler:** Viele würden Ihnen Recht geben, dass mit dem Aufbau einer Pflegekammer weitere Bürokratie geschaffen wird. Dass dadurch neue Verwaltungsstrukturen entstehen, das stimmt. Aber der Benefit einer Kammer wiegt das bei weitem auf. Ich möchte darauf fokussieren, dass eine solche Pflegekammer die Aufgaben hat, die Pflegenden und Qualitätsindikatoren zu erfassen und die bereits vorhandenen Daten sammelt und auswertet: Wie viele Pflegefachpersonen haben wir in der Zukunft noch? Wann und weshalb verlieren wir Fachkräfte? Welche Konzepte können wir in der Zukunft noch fahren? Brauchen wir vielleicht andere Überlegungen, weil wir uns zukünftig überhaupt gar keine Gesundheitsversorgung mehr leisten können?

Eine Kammer würde am Ende genauso wie alle anderen dafür Sorge tragen, dass wir anders über Patientenversorgung nachdenken. Abgesehen davon würde man den Pflegenden die Möglichkeit geben, sich zu organisieren und deutliche Aussagen zu ihren Wünschen und Anforderungen an die Versorgung zu kommunizieren.

**Dr. Albrecht Kloepper:** Vielen Dank für das Gespräch.



# Mut und Vertrauen sollten die Werte sein – nicht Überregulierung und Bürokratie



**Martin Degenhardt**  
Geschäftsführer der  
Freien Allianz der Länder-KVen

„Kurz- und mittelfristig ist der Abbau von Bürokratie alternativlos – um die Arztzeit zu erhöhen und die Selbstständigkeit für junge Menschen attraktiver zu machen.“

Um die ambulante Versorgung zukünftig auf einem hochwertigen Niveau aufrechtzuerhalten, gibt es kaum eine wichtigere Stellschraube als Entbürokratisierung. Mit dieser Maßnahme lässt sich das deutsche Gesundheitswesen erheblich beeinflussen - davon bin ich persönlich überzeugt. Bürokratie hat die Besonderheit, dass sie gar zweifach negativ auf das Gesundheitswesen wirkt.

Sie hält nicht nur die heute schon praktizierenden Vertragsärzte von ihrer originären Tätigkeit ab, es ist ebenfalls ein gewichtiges Argument für junge Medizinerinnen und Mediziner, sich gegen eine Niederlassung im ambulanten Sektor zu entscheiden. „Bürokratie und medizinfremde Tätigkeiten“ rangieren bei der KBV Berufsmonitoring Medizinstudierende seit 2018 auf der Spitzenposition unter den Niederlassungsbremsen. Daneben ist ein weiterer Grund, sich gegen die Niederlassung zu entscheiden, dass statistische Wirtschaftlichkeitsprüfungen unverändert durchgeführt werden und in Regressen münden können. Ein Medizinstudierender schreibt exemplarisch: „Eine eigene Praxis zu eröffnen, wirkt für mich wie ein bürokratischer Albtraum und bedeutet viel mehr Büroarbeit (als) im Krankenhaus, was ich sehr schade finde.“. Während 70 Prozent der Medizinstudierenden angeben, sich eine Tätigkeit im ambulanten Sektor grundsätzlich vorstellen zu können, wird ein erheblicher Anteil durch die heutige Bürokratiesituation in den Arztpraxen abgeschreckt.

KBV Berufsmonitoring  
Medizinstudierende



Man kann konstatieren: Wenn wir als Gesellschaft auch weiterhin Ärztinnen und Ärzte haben wollen, die eine eigene Praxis – allein oder kooperativ – führen, können wir uns schlicht und ergreifend keine unnötigen bürokratischen Aufwände mehr leisten. Das deutsche Gesundheitswesen benötigt nicht den x-ten kleinteiligen Maßnahmenkatalog,

sondern einen radikalen Kahlschnitt bei bürokratischen Belastungen.

Um die Wichtigkeit von Bürokratieabbau für den Erhalt der medizinischen Versorgung auf höchstmöglichem Niveau aufzuzeigen, gilt es zudem den Blick auf weitere Faktoren zu richten, die die Verfügbarkeit ärztlicher Arbeitszeit beeinflussen.

Eine alternde Gesellschaft macht auch vor der Ärzteschaft nicht halt. Während auf der Nachfrageseite der Bedarf nach ärztlicher Behandlung zunimmt – ältere Menschen haben einen höheren Behandlungsbedarf als junge – ,verhält es sich auf Angebotsseite umgekehrt. Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte, die Kraft ihres Alters aus der Versorgung ausscheiden, ist höher als die derer, die nachrücken. In den nächsten 5-7 Jahren werden zahlreiche Ärztinnen und Ärzten aus der sogenannten Baby-Boomer-Generation in den wohlverdienten Ruhestand gehen. Verschärfend kommt hinzu, dass völlig berechnete Bedürfnisse junger Menschen wie eine ausgewogene Work-Life-Balance, die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie der Wunsch nach Anstellung oder Teilzeittätigkeit auch innerhalb der jungen Ärzteschaft an Relevanz gewinnen. Für einen ausscheidenden Arzt werden somit gegenwärtig fast zwei nachkommende Ärztinnen und Ärzte benötigt. Gerade in ländlichen Regionen betreiben ausscheidende Ärztinnen und Ärzte, zusammen mit den KVen und regionalen Stakeholdern, heute schon einen enormen Aufwand, um einen Praxisnachfolger zu finden. Kurzum: Es fehlt bereits jetzt an Arztzeit und in der ambulanten Versorgung wird es in Zukunft noch mehr daran mangeln. Sie fragen sich nun vielleicht: Warum also nicht mehr ärztlichen Nachwuchs ausbilden oder mehr Ärztinnen und Ärzte durch Zuwanderung gewinnen? Kurz gesagt: Ersteres dauert zu lange und kostet viel Geld. Zweiteres wird zunehmend schlechter funktionieren. Grund dafür ist, dass auch andere Länder um Fachkräfte buhlen und die Herkunftsländer verständlicherweise die Bemühungen intensivieren werden, ihre Medizinerinnen und Mediziner zu halten. Zudem wird durch Zuwanderung das Problem

der fehlenden ärztlichen Arbeitszeit nur verlagert: Ob es ein eleganter Lösungsansatz der hiesigen Versorgungsproblematik ist, andere Länder den eigenen ineffizienten Einsatz ärztlicher Arbeitszeit ausbaden zu lassen, sei mal dahingestellt.

Um die dringend benötigte Arztzeit zu generieren, führt kein Weg daran vorbei, zweigleisig zu fahren. Langfristig benötigen wir mehr Medizinerinnen und Mediziner in der Versorgung und somit eine Erhöhung der Medizinstudienplätze. Kurz- und mittelfristig ist der Abbau von Bürokratie alternativlos – um die Arztzeit zu erhöhen und die Selbstständigkeit für junge Menschen attraktiver zu machen.

Zur Einschätzung der ganzen Dimensionen des täglichen Bürokratieaufwands in deutschen Praxen misst die KBV seit 2016 die Zeit, die Ärztinnen und Ärzten jährlich mit Dokumentationen und administrativen Prozessen vergehen. Sage und schreibe 62 Arbeitstage gehen in einem Arbeitsjahr für bürokratische Aufwände drauf. Der Löwenanteil daran besteht aus der Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Auskünften an Krankenkassen und MDK, Dokumentation und Qualitätsmanagement sowie diversen Informationspflichten.

Besonders ärgerlich ist das, da etliche dieser Aufwände – die insbesondere von Krankenkassen benötigt werden – keinen Sinn ergeben und auf nicht begründbarem Misstrauen fußen.

Im Grunde ist es einfach: Ver(sch)wenden Ärztinnen und Ärzte einen geringeren Teil ihrer Arbeitszeit auf nichtärztliche Tätigkeiten, haben sie mehr Zeit für ihre Patientinnen und Patienten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat Vorschläge zur Entbürokratisierung erarbeitet, die zu begrüßen sind. So fordert sie u.a. neben einer Abschaffung der Pflicht, ein ärztliches Attest bei einer Krankheitsdauer von drei bis fünf Tagen vorlegen zu müssen, eine Gebühr für unbegründete Abrechnungsprüfungen sowie eine vollständige Digitalisierung von Arbeitsunfä-

higkeitsbescheinigungen. Bei letztgenannter Forderung ist darauf zu achten, dass für Ärztinnen und Ärzte kein Mehraufwand entsteht. Bislang ist das Gegenteil der Fall. Dies gilt auch für die elektronische Patientenakte (ePA), über die Ärztinnen und Ärzte Patienten informieren und deren Daten einpflegen müssen, was beides wertvolle ärztliche Arbeitszeit kostet. Auch kann es nicht sein, dass von ihrem Aufbau her zu begrüßende Neuerungen, wie beispielsweise das E-Rezept, in manchen Praxen daran krankt, dass einige Praxisverwaltungssysteme (PVS) dem nicht gewachsen sind. Digitalisierung macht Sinn, aber nur dann, wenn sie für Ärztinnen und Ärzte mit einer Reduzierung nichtärztlicher Tätigkeiten einhergeht.

**Vorschläge Bürokratieabbau:  
Vorschläge der KBV für das  
Entbürokratisierungsgesetz  
gemäss Paragraf 220 Abs. 4  
SGB V**



Um den Ärztinnen und Ärzten einen größeren Teil ihrer Arbeitszeit für ihre eigentliche Tätigkeit freizumachen, fordern wir zudem eine Anhebung der Bagatellgrenze auf 300€ bei Prüfanträgen der Krankenkassen nach § 106 b SGB V, der Abrechnungsprüfung. Bei dieser geht die Digitalisierung der Kassen insofern zulasten von Ärztinnen und Ärzten, als dass es die Möglichkeit des vollautomatisierten Antragsversands den Kassen ermöglicht, derer mehr zu versenden, was auf Adressatenseite – bei den Ärztinnen und Ärzten – wiederum mit Mehraufwand einhergeht. Das ist so unnötig wie ärgerlich, gerade wenn es dabei um geringe Beträge geht.

Zudem ist fehlerhafte Abrechnung nicht automatisch auf die Absicht zum Betrug zurückzuführen. Der Prozess ist vielmehr mittlerweile so komplex, dass eine korrekte Abrechnung eine Kunstform an sich darstellt, in der nur die Talentiertesten brillieren. Auch wenn es, wie überall auf der Welt, schwarze Schafe gibt, zeigen Analysen der KVen, dass Ärztinnen und Ärzte bis auf wenige Ausnahmen selbstverständlich korrekt abrechnen. Und die wenigen

Promille an schwarzen Schafen werden auch durch die Kontrollinstanzen der KVen zur Rechnung gezogen. Daraus folgt:

**Es braucht eine Vertrauenskultur gegenüber den Ärztinnen und Ärzten, die in einer Anhebung der Bagatellgrenze für Prüfanträge der Kassen Ausdruck findet. Dadurch würden ärztliches Engagement honoriert und mehr ärztliche Arbeitszeit für ärztliche Tätigkeiten frei.**

Die Eckpunkte des Bundesministeriums für Gesundheit zum Bürokratieabbau, wie u.a. eine Anhebung der Bagatellgrenzen und die Digitalisierung vertragsärztlicher Überweisungen, sind folglich zu begrüßen. Wünschenswert wären daran anknüpfende Impulse konkreter Umsetzung. Hier sehen wir Bundesgesundheitsminister Lauterbach in der Pflicht, dem die griffige Vokabel Vertrauenskultur zu verdanken ist. Das Maßnahmenpaket zur Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung liefert dazu gute Ansatzpunkte, wie die Einführung einer wirkungsvollen Bagatellgrenze bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen oder auch die Festsetzung einer Ausschlussfrist von zwei Jahren für Beratungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung, wodurch die Planungssicherheit für Ärztinnen und Ärzte erhöht sowie bürokratischer Mehraufwand vermieden werden soll. Auch in der Einführung der Möglichkeit zur digitalen Teilnahme an Sitzungen der Beschwerdeausschüsse durch Anpassung der Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung schlummert das Potenzial, Zeit zu sparen. Diese Eckpunkte müssen jetzt zeitnah in Gesetzgebung münden.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass mit Bürokratielast und Ansätzen zum Bürokratieabbau sowohl Problem als auch Lösung bekannt sind. Bundesgesundheitsminister, Krankenkassen und PVS-Hersteller wären gut beraten, Teil der Lösung und nicht Teil des Problems zu sein, denn die abnehmende Verfügbarkeit ärztlicher Arbeitszeit erfordert rasches Gegensteuern, da nur so kurzfristig einer Verschlechterung der Versorgung entgegengewirkt werden kann.

# Bürokratie abbauen, Zahnärzte entlasten, Zeit für Patienten gewinnen



**Konstantin von Laffert**  
Vizepräsident der  
Bundeszahnärztekammer

„Ein gründungsfreundliches Umfeld entsteht insbesondere dadurch, dass die bürokratischen Anforderungen für die Niederlassung möglichst gering sind.“

Die Zahnarztpraxen in Deutschland leiden unter einer stetig zunehmenden Zahl an Bürokratiemaßnahmen. Jede Praxis muss rund 24 Stunden pro Woche auf Informations- und Dokumentationspflichten aufwenden. Das ist viel Zeit, die letztlich für die Behandlung von Patientinnen und Patienten fehlt. Der medizinische Versorgungsalltag wird durch eine Flut an Verwaltungsaufgaben beschnitten. Zudem hat das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) in einer Studie die Bürokratie als Haupthindernis für niederlassungswillige Kolleginnen und Kollegen identifiziert.

Das Ziel kann also nur sein, umständliche, überflüssige oder unverhältnismäßige Vorgaben abzubauen, um die Praxen gezielt zu entlasten und Bürokratie auch auf Ebene der Selbstverwaltung abzubauen. Dazu haben Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) einen detaillierten Maßnahmenkatalog erarbeitet, dessen Basis eine Online-Befragung von Zahnärztinnen und Zahnärzten zu ihren Erfahrungen mit besonders belastenden und zeitintensiven Bürokratieaufwänden im Praxisalltag ist.

**Gemeinsam Bürokratie  
abbauen! Vorschläge zum  
Bürokratieabbau in der  
zahnärztlichen Versorgung**



## Maßnahmen der Bundesregierung zum Bürokratieabbau enttäuschen

Viele Bürokratielasten, die die Praxen gemeldet haben, sind dauerhafte Herausforderungen, die bei der Ausgestaltung regulativer Rahmenbedingungen immer wieder mitgedacht und beachtet werden müssen, etwa im Bereich der Telematik und ihrer Anwendungen. Sie lassen sich nicht in einmaligen Einzelmaßnahmen zum Bürokratieabbau abbilden.

Dennoch haben BZÄK und KZBV einige Ansatzpunkte identifiziert, bei denen ein Bürokratieabbau möglich ist, und entsprechende Vorschläge unterbreitet. Es wäre den Zahnarztpraxen in Deutschland und letztlich auch den Patientinnen und Patienten sehr geholfen, wenn die vorgelegten Maßnahmen zeitnah politisch aufgegriffen und umgesetzt würden.

Was bisher von der regierenden Ampel-Koalition dazu kam, ist leider enttäuschend. Das Eckpunktepapier des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen, das im vergangenen November vorgelegt wurde, bringt keinerlei Vorschläge, die eine Entlastung für die Zahnarztpraxen bedeuten würde. Man gewinnt vielmehr den Eindruck, als fehle im BMG jegliche Kenntnis für die enormen finanziellen, zeitlichen und mentalen Belastungen, die den Kolleginnen und Kollegen durch die tägliche Bürokratielast entstehen.

## Beispiel Aufbereitung von Medizinprodukten

Ein Beispiel, wie sich problemlos Bürokratie und Arbeitsbelastung für die Zahnärzteschaft einsparen ließe, ist die Aufbereitung von Medizinprodukten. Die zahnärztlichen Praxen sind im Rahmen des Qualitätsmanagements bzw. der Qualitätssicherung verpflichtet, die hygienische Aufbereitung zahnärztlichen Instrumentariums umfassend zu dokumentieren. In den Zahnarztpraxen ist ein umfangreiches Qualitätsmanagement etabliert. In Analogie zur Pflegedokumentation gibt es auch in den Zahnarztpraxen als übergeordnete Leistungsbeschreibung den Hygieneplan. Mit einer detaillierten Dokumentation aller Arbeitsprozesse im Hygieneplan sind alle Prozesse der Medizinprodukteaufbereitung vollständig abgebildet.

Hygieneplan- und Leitfaden



Derzeit besteht die unbefriedigende Situation, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte und deren Praxisteam davon ausgehen müssen, dass aus haftungsrechtlichen Gründen und infolge der Forderungen der überwachenden Behörden alles, was an Routinearbeiten geleistet wird, auch in der arbeitstäglichen Dokumentation festgehalten werden muss. Aus planvoll methodischer Sicht kann auf die ständige Abzeichnung von immer wiederkehrenden, identischen Prozessen, die ohnehin zur täglichen Routine gehören, vollumfänglich verzichtet werden. Jeder Handgriff, jeder Prozessablauf ist genauestens im Hygieneplan hinterlegt. Daher bedarf es nur noch einer abweichenden Dokumentation (früher Negativdokumentation) für abweichende Prozesse. Eine zusätzliche Tagesabschlussdokumentation gewährleistet die juristisch gewünschte Dokumentation der Nachvollziehbarkeit.

Diesen Vorschlag hatten BZÄK und KZBV bereits im Rahmen des Projektes „Mehr Zeit für Behandlung – Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Arzt- und Zahnarztpraxen“ des Nationalen Kontrollrates 2015 eingebracht. Der Vorschlag wurde auch in einzelnen Bundesländern (z. B. Nordrhein-Westfalen) aufgegriffen und umgesetzt – aber leider von den meisten Bundesländern bislang noch nicht.

## Bürokratie schreckt von der Niederlassung ab

BZÄK und KZBV wollen die zahnärztliche Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen und in ganz Deutschland auch in Zukunft auf hohem Niveau gewährleisten. Die freiberuflich getragenen Praxen sind dabei essenziell, die Niederlassung von Zahnärztinnen und Zahnärzten in eigener Praxis muss gefördert werden. Regulierung bei der Gründung und ein steigender Verwaltungsaufwand wirken aber auf junge Kolleginnen und Kollegen, die sich mit der Möglichkeit einer Niederlassung beschäftigen, in hohem Maße abschreckend.

Niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie ihre Praxisteams berichten von erheblichen Belastungen durch die Bürokratie- und Verwaltungsaufgaben, die durch regulatorische Vorgaben andauernd zunehmen. Dies senkt beim zahnärztlichen Nachwuchs die Bereitschaft, sich in eigener Praxis niederzulassen oder eine bestehende Praxis zu übernehmen.

Ein gründungsfreundliches Umfeld entsteht insbesondere dadurch, dass die bürokratischen Anforderungen für die Niederlassung möglichst gering sind. Dieser Zusammenhang ist vom IDZ klar belegt worden. Gemeinsam mit den (Landes-)Zahnärztekammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen setzen sich BZÄK und KZBV dafür ein, dass die zahnärztlichen Praxen schnell und pragmatisch von den ausufernden Bürokratielasten befreit werden, damit die Zahnärztinnen und Zahnärzte und ihre Teams wieder mehr Zeit für die Patientenbehandlung haben. Umständliche, überflüssige oder unverhältnismäßige Vorgaben müssen geprüft und ggf. abgeschafft werden. Mit Blick auf den demografischen Wandel und den Fachkräftemangel ist dies ganz besonders geboten, um dringend benötigte personelle Ressourcen freizusetzen, die Attraktivität einer freiberuflichen Niederlassung zu erhalten und so eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung sicherzustellen.

Doch ohne die Hilfe der Politik ist ein nachhaltiger Bürokratieabbau nicht machbar. Mit unserem Maßnahmenkatalog haben wir die Hand ausgestreckt – die Politik muss nur noch zugreifen.



# Versorgungsqualität statt Bürokratie



**Prof. Dr. Claudia Wöhler** (li.)  
Vorstandsvorsitzende  
Medizinischer Dienst Bayern

**Dr. Christine Adolph** (re.)  
Stellvertretende  
Vorstandsvorsitzende  
Medizinischer Dienst Bayern

---

*„Digitalisierung und Entbürokratisierung sind die beiden größten Hebel, um die Versorgung der Versicherten zu verbessern. Weniger Bürokratie schafft mehr Freiraum für das, was für uns im Mittelpunkt steht: Mehr Qualität für die Versicherten in der medizinischen und pflegerischen Versorgung.“*

---

Der Medizinische Dienst ist als zentraler Begutachtungs- und Beratungsdienst zum Wohl der gesetzlich Versicherten täglich tausendfach mit vielen verschiedenen Akteuren wie bspw. Versicherten und ihren Angehörigen, Kranken- und Pflegekassen und Leistungserbringern in Kontakt. Dabei ist viel Bürokratie im Spiel - unterschiedliche Vorgaben, Regeln und Systeme.

Der Medizinische Dienst Bayern, als größter der 15 Medizinischen Dienste in Deutschland, hat es sich daher zum Ziel gesetzt, den Bürokratieabbau nicht nur zu fordern, sondern aktiv selbst zu gestalten. „Digitalisierung und Entbürokratisierung sind die beiden größten Hebel, um die Versorgung der Versicherten zu verbessern“, so Prof. Dr. Claudia Wöhler, Vorstandsvorsitzende des Medizinischen Dienstes Bayern. „Weniger Bürokratie schafft mehr Freiraum für das, was für uns im Mittelpunkt steht: Mehr Qualität für die Versicherten in der medizinischen und pflegerischen Versorgung.“ Wie das gelingen kann, zeigen mehrere Beispiele aus den wichtigsten Aufgabengebieten des Medizinischen Dienstes Bayern. Aus dem Bereich Medizin unter anderem ein erfolgreiches Modellprojekt „Bürokratieabbau in bayerischen Krankenhäusern“. Und aus dem Bereich Pflege unter anderem der Ausbau digitaler, bürokratiearmer Begutachtungsformen.

## Bürokratieabbau in Bayerischen Krankenhäusern

Im Rahmen des Modellprojekts des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention zum „Bürokratieabbau in bayerischen Krankenhäusern“ erarbeitete der Medizinische Dienst Bayern vier Monate lang zusammen mit weiteren Projektpartnern wie der AOK Bayern als Vertreterin der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen in Bayern, der Bayerischen Krankenhausgesellschaft und 16 ausgewählten Kliniken zahlreiche konkrete Maßnahmen. Exemplarisch umgesetzt wurde unter anderem die Nutzung des sogenannten „Leistungserbringer-Portals“ (LE-Portal). Dabei werden statt des bürokratischen Papierwegs bei den Abrechnungsprüfungen die Krankenhäuser und andere Leistungserbringer an eine zentrale digitale Austauschplattform angebunden.

„Bereits seit vielen Jahren sind wir mit den bayerischen Krankenhäusern im stetigen Austausch, um die Prüfungen für alle Beteiligten möglichst aufwandsarm und effizient zu gestalten. Das Leistungserbringer-Portal ermöglicht zukünftig den vollständig digitalen und damit effizienten Austausch aller Daten sowie Dokumente und erleichtert somit die Kommunikation zwischen den Krankenhäusern und dem Medizinischen Dienst“, fasst Dr. med. Christine Adolph, stellvertretende Vorstandsvorsit-

zende des Medizinischen Dienstes Bayern zusammen, und ergänzt: „Darüber hinaus stellt die Etablierung von Video-Begehungen in den Krankenhäusern in Zukunft einen weiteren, aufwandsärmeren digitalen Kontakt zu den Krankenhäusern her. Dieser trägt auch hier dazu bei, dass Missverständnisse zu den vorliegenden Unterlagen schneller ausgeräumt werden und so unnötiger Mehraufwand verhindert wird.“



*Digitaler Austausch statt bürokratischer Papierflut: Ein zentrales Leistungserbringerportal bündelt den Dateiaustausch*

Ein weiteres Beispiel für Bürokratieabbau ist die Prüfung in den vier Schlaganfall-Netzwerkzentren in Bayern. Dort wurde bereits im letzten Jahr nur noch eine einmalige Strukturprüfung von definierten Unterlagen durchgeführt. Durch die Einigung zwischen Medizinischem Dienst Bayern und BKG entfällt die Vorlagepflicht bei diesen Unterlagen für sämtliche Satellitenkliniken, die mit den Netzwerkzentren verbunden sind. Bislang wurden in allen 33

Satellitenkliniken separate Strukturprüfungen durchgeführt. „Weniger Bürokratie und Dokumentation schafft mehr Freiraum für das, was in Kliniken im Mittelpunkt steht: Patientinnen und Patienten bestmöglich versorgen“, fasst Dr. med. Christine Adolph zusammen. „Vor dem Hintergrund einer zunehmend angespannten Personalsituation in Krankenhäusern gilt es mehr denn je, auf unnötige bürokratische Tätigkeiten zu verzichten.“

Statt 33 Prüfungen in ganz Bayern



Nur 1 Prüfung im Netzwerk



*33-fache Entbürokratisierung: Exemplarische Reduktion der Prüfungen für bayerische Schlaganfall-Zentren*

## Die Grenzen der Entbürokratisierung sind oft die Landesgrenzen

Föderalismus und Rückstand bei der Digitalisierung zeigten sich auch hier als größte Herausforderung bei der Entbürokratisierung. Gerade im Gesundheitsbereich sind die möglichen Entlastungspotenziale durch die Digitalisierung sehr stark vom Digitalisierungsgrad des einzelnen Hauses abhängig, sodass eine Quantifizierung der gesamten Entbürokratisierungseffekte durch das Modellprojekt kaum möglich ist. Die am schwersten zu überwindenden Grenzen für die im Rahmen des Modellprojektes identifizierten Handlungsmöglichkeiten zeigten sich dort, wo bürokratische Vorgaben durch Bundesrecht verbindlich vorgegeben sind. Hier wurden konkrete Forderungen an die Bundesebene formuliert, welche maßgeblich in der Verantwortung ist, um die zehn konkreten Lösungsansätze bundesweit umzusetzen.

Modellprojekt Bürokratieabbau  
in Bayerischen Krankenhäusern



## Bürokratieabbau im Bereich Pflege

Die Lage in der Pflege ist angespannt. Wie in ganz Deutschland wird auch in Bayern die Zahl der Pflegebedürftigen in den kommenden Jahren enorm steigen. Damit nimmt auch die Zahl der Pflegebegutachtungen weiter zu. Bereits zwischen 2017 und 2022 hat der Medizinische Dienst Bayern einen Zuwachs um 34 Prozent verzeichnet. Bis 2025 wird ein Anstieg von 56 Prozent erwartet! Mit Blick auf diesen demografischen Wandel und angesichts des Fachkräftemangels sind bürokratiearme, digitale Strukturen dringend erforderlich. Voraussetzung dafür ist die Überarbeitung einer bürokratischen gesetzlichen Vorlage: Der Medizinische Dienst, als zentraler Dienstleister auch im Bereich Pflege, ist aktuell vom Zugang zur geplanten E-Patientenakte weitgehend ausgeschlossen. „Der gesamte Pflegebereich steht vor einer

Herkulesaufgabe. Digitale Vernetzung, weniger Bürokratie und mehr Flexibilität sind die Stellschrauben, an denen wir jetzt drehen müssen, um für die Zukunft gerüstet sein“, fasst Prof. Dr. Claudia Wöhler, Vorstandsvorsitzende des Medizinischen Dienstes Bayern, zusammen. „Wir brauchen effizientere Strukturen, um beispielsweise Pflegebegutachtungen zügiger digital zu bearbeiten. Die Voraussetzung dafür ist der uneingeschränkte Zugang zur geplanten E-Patientenakte für uns als Medizinischer Dienst. Dies dient dem Wohle der Versicherten, da die Pflegeinstufung leichter und unterstützt durch Informationen aus z.B. Arztbriefen oder Hilfsmittelverordnungen erfolgen kann. Auch die Anschlussversorgung der Versicherten nach einem Klinik- oder Reha-Aufenthalt kann so besser gewährleistet werden.“



*Digitalisierung statt Bürokratisierung: Auch die Medizinischen Dienste müssen uneingeschränkt Zugang an die ePA erhalten.*

## Flexibilisierung in der Pflegebegutachtung

Um eine schnelle pflegerische Versorgung zu ermöglichen, setzt sich der Medizinische Dienst Bayern für eine weitere Flexibilisierung der Begutachtungsformate per Telefon und Video ein. Wenn gleich Hausbesuche immer der Goldstandard bleiben werden, sind Telefonbegutachtungen bei Höherstufungen eine gleichwertige Alternative zum Hausbesuch. Durch das Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz sind ab Januar zwar Begutachtungen per Telefon möglich – aber nur sehr eingeschränkt in bestimmten Fallkonstellationen. Auch das ab 2025 geplante Instrument der Videobegutachtung darf nicht zu sehr limitiert werden. Daher hat der Medizinische Dienst Bayern im Vorfeld bereits umfangreiche Studien durchgeführt. „Die Ergebnisse zu Videobegutachtung sind sehr gut. Wir haben sie in vollstationären Pflegeeinrichtungen getestet – mit großem Erfolg und hoher Akzeptanz so-

wohl bei den Versicherten als auch bei den Pflegeeinrichtungen und den dort tätigen Pflegefachkräften. Sie erleichtern die Arbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, vermeiden lange Wartezeiten und sparen Ressourcen“, so Prof. Dr. Claudia Wöhler. „Um die Menschen bestmöglich versorgen und eine passgenaue Pflegebegutachtung ermöglichen zu können, brauchen wir Informationen, Prozessanpassungen und Flexibilität unserer Gutachter bei der Wahl des Begutachtungsinstrumentes. Wir setzen uns deshalb dafür ein, dass unsere erfahrenen Gutachterinnen und Gutachter die Form der Pflegebegutachtung flexibel und zum Wohl der Versicherten wählen dürfen. Sie – und zwar nur sie – haben das Know-how und die Erfahrung rund um Begutachtung und Pflegebedürftigkeit.“



*Wer Digitalisierung und Entbürokratisierung fordert, darf Video und Telefon auch in der Pflegebegutachtung nicht zu sehr beschränken.*

# Innovative Ansätze zur Effizienzsteigerung und zum Bürokratieabbau in der Hilfsmittelversorgung



## Peggy Zimmermann

Senior Referentin Medizintechnik bei SPECTARIS, dem deutschen Industrieverband für Optik, Photonik, Analysen- und Medizintechnik

---

*„Ganz entscheidend für den Abbau von Bürokratie und die Hebung von Effizienzen sind aufgeklärte Anwender und Anwenderinnen und deren Angehörige. Sie können erheblich zur Einsparung von Ressourcen bei allen Beteiligten im Gesundheitswesen beitragen.“*

---

Eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Hilfsmittelversorgung eröffnet vielen Menschen mit schwerwiegenden Erkrankungen oder Behinderungen ein weitgehend selbstständiges und unabhängiges Leben. Daher ist dieser Gesundheitsbereich sozialpolitisch besonders bedeutsam und verdient ebenso viel Aufmerksamkeit wie der stationäre Sektor, der im Rahmen der Krankenhausreform aktuell stark im Fokus steht. Etwa 30 Millionen Versorgungen mit medizinischen Hilfsmitteln werden jährlich von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Der demografischer Wandel in Verbindung mit zunehmender Multimorbidität, der Fachkräftemangel und die angespannte Finanzierungssituation der gesetzlichen Krankenkassen erfordern, dass aktuelle Prozesse überdacht und effizienter gestaltet werden müssen. In vielen Bereichen funktioniert die Hilfsmittelversorgung noch sehr gut, dennoch gibt es erhebliches Verbesserungspotenzial, insbesondere im Hinblick auf die Bürokratie rund um die Administration der Versorgungen. Ziel muss vor dem Hintergrund des Kostendrucks im Gesundheitswesen sein, die Hilfsmittelversorgung effizienter und patientenorientierter zu gestalten.

Bereits das Eckpunktepapier des Bundesministeriums für Gesundheit zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen enthält einige Maßnahmen zur Entlastung im Bereich der Hilfsmittelversorgung. Insbesondere die Vorschläge zur Vereinfachung der administrativen Verfahren haben das Potenzial, spürbare Entlastungen zu bringen. Es sind jedoch weitere Maßnahmen notwendig, um die Effizienz und Qualität in der Hilfsmittelversorgung zu steigern. Die nachfolgenden Maßnahmen zielen genau darauf ab und ergänzen die Ziele des Eckpunktepapiers des BMG, indem sie spezifische Maßnahmen für den Bereich der Hilfsmittelversorgung vorschlagen.

Grundlegend ist eine zeitnahe Anpassung der am 1. Februar 2020 in Kraft getretenen Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß § 127 Abs. 9 SGB V notwendig. Um diesen Prozess vor-

anzutreiben und praktikable Lösungen zu schaffen, die alle Seiten mittragen können, sollte eine Arbeitsgruppe beim BMG, bestehend aus Experten der Krankenkassen und der Hilfsmittel-Leistungserbringer, eingesetzt werden. Das Ziel ist die Vereinfachung und Vereinheitlichung der Versorgungs- und Abrechnungsprozesse.

Eine mögliche erfolgversprechende Maßnahme zum Bürokratieabbau ist dabei die Einführung von einheitlichen Rahmenverträgen. Für diese Verträge sollte in einem ersten Schritt ein Rahmen geschaffen werden, mit dem produktgruppenübergreifend – unter Mitwirkung von Expertinnen und Experten der Hilfsmittel-Leistungserbringer – die allgemeinen Verwaltungs- und Abrechnungsprozesse sowie deren erforderliche Dokumentation festgelegt werden.

Im zweiten Schritt sollten ebenfalls unter Mitwirkung der jeweiligen Expertinnen und Experten der Hilfsmittel-Leistungserbringer der entsprechenden Produktgruppen und Versorgungsbereiche produktgruppen- und versorgungsbereichsspezifische Inhalte für die Produkt-, Versorgungs- und Ergebnisqualität für den gesamten Anwendungszeitraum des Hilfsmittels erarbeitet und definiert werden. Der Inhalt dieser so entstandenen einheitlichen Rahmenverträge macht in der Regel rund 90 Prozent der Vertragsinhalte von Hilfsmittelversorgungsverträgen aus. Sie sind damit fix und müssen nicht jedes Mal neu verhandelt, sondern nur angepasst werden, wenn gesetzliche oder regulatorische Änderungen dies erfordern. Das wäre ein enormer Schritt zur Reduzierung von Verwaltungsaufwand sowohl bei den Kostenträgern als auch bei den Hilfsmittel-Leistungserbringern.

In dem Zusammenhang sollte auch der Anspruch auf einen indexbasierten Kostenausgleich gesetzlich im SGB V verankert werden. Dadurch könnten die zwischen Leistungserbringenden und Krankenkassen vereinbarten Preise und Festbeträge automatisch angepasst werden, was zu mehr Transparenz und Fairness in der Preisgestaltung und zu einer massiven Reduzierung von Ressourcen- und

Verwaltungsaufwand sowohl auf Seiten der Kostenträger als auch auf Seiten der Hilfsmittelversorger führen würde. Auch die während der COVID-19-Pandemie veröffentlichten „Empfehlungen zur Sicherung der Hilfsmittelversorgung durch administrative Erleichterungen“ sollten dauerhaft gelten. Zahlreiche dieser Maßnahmen haben sich als praktikabel und ausreichend erwiesen, um sowohl die Patientenversorgung als auch die Abrechnungsprozesse sicherzustellen; sie sollten daher unbedingt beibehalten werden. Ein Beispiel: Dass „nicht aufschiebbare (Erst-)Versorgungen [...] im Ermessen des Leistungserbringers auch ohne Vorliegen einer vertragsärztlichen Verordnung begonnen werden [können] und Beratungen oder Hinweise zur Einweisung in den Gebrauch der Hilfsmittel [...] auch telefonisch, per E-Mail, per Verweis auf Videoeinweisungen oder durch digitale Medien erfolgen [können], soweit dies aufgrund des [Versorgungskontextes] des Hilfsmittels vertretbar ist“ hat sich als absolut sinnvolle Maßnahme erwiesen, sodass dies auch bei Folgeversorgungen sinnvoll ist.

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erlassenen Sonderregelungen des § 11a Abs. 1 der Hilfsmittel-Richtlinie, insbesondere die postalische Übersendung der Folgeverordnung nach telefonischer Anamnese, sollten entfristet werden, um die Flexibilität in der Versorgung zu gewährleisten. Auch die tatsächliche Erforderlichkeit von Folgeverordnungen je Quartal bei gleichbleibendem Versorgungsbedarf sollte dringend auf den Prüfstand gestellt werden.

Um die Hilfsmittelversorgung zu erleichtern, sollte zudem die Krankenhausverordnung den gleichen Stellenwert wie eine vertragsärztliche Verordnung haben. Aktuell erlischt die Gültigkeit der Hilfsmittelverordnung im Rahmen des Entlassmanagements nach sieben Tagen. Eine Anpassung an die Gültigkeit von 28 Tagen, wie im vertragsärztlichen Bereich, erspart Patienten und Patientinnen sowie Leistungserbringern und Versorgern unnötigen Aufwand. Darüber hinaus sind digitale Übergangsregelungen bis zur endgültigen Anbindung an die Telematikinfrastruktur ein-

zuführen. Dies umfasst beispielsweise die Akzeptanz von Scans statt wie bisher die Papierdokumentation bis zur vollständigen Implementierung der eVerordnung (eRezept) auch in der Hilfsmittelversorgung. Im Rahmen des bereits elektronisch umgesetzten EDI-Abrechnungsverfahrens gemäß § 302 SGB V sollten von den Kostenträgern keine Originaldokumente in Papierform als rechnungsbegründende Unterlagen mehr angefordert werden dürfen. Bei gleichbleibenden Abrechnungen (ohne weitere Unterlagen) sollte gänzlich auf die Papierrechnungen verzichtet werden.

Eine große administrative Herausforderung stellt der Umstand dar, dass jede Krankenkasse ihre eigenen Software-Systeme mit entsprechenden Schnittstellen zur Übermittlung von Informationen nutzt. Aktuell liegt es in der Verantwortung der Hilfsmittelversorger, alle Schnittstellen in das eigene Software-System zu integrieren. Dies führt zu einem extremen finanziellen und administrativen Mehraufwand. Vor diesem Hintergrund sollten alle Krankenkassen dieselben offenen Schnittstellen zur Verfügung stellen müssen. Digitale Technologien entwickeln sich stetig weiter. Deshalb sollten auch bei weiteren neuen digitalen Versorgungsprozessen einfache und mindestens kostenneutrale Lösungen unter frühzeitiger Einbindung der Akteure in der Hilfsmittelversorgung von Beginn an mitgedacht werden.

Um unnötige Verzögerungen im Antrags- und Prüfverfahren im Hilfsmittelverzeichnis (HMV) zu verhindern, sollten gesetzliche Fristen eingeführt werden, analog zu den in der Verfahrensordnung zum Hilfsmittelverzeichnis definierten Fristen. Weiterführende Prüfungen durch den GKV-Spitzenverband oder Dritte dürfen nicht zu einer Aussetzung dieser Fristen führen.

**Ganz entscheidend für den Abbau von Bürokratie und die Hebung von Effizienzen sind jedoch aufgeklärte Anwenderinnen und Anwender und deren Angehörige. Sie können erheblich zur Einsparung von Ressourcen bei allen Beteiligten im Gesundheitswesen beitragen. So bindet heute z. B. häufiger telefonischer oder Vor-Ort-**

**Kontakt bei den versorgungsrelevanten Akteuren erhebliche administrative Ressourcen, da hier oftmals sowohl die Versorgungswege als auch die Versorgungsansprüche nicht bekannt sind und deshalb viel Aufklärungsarbeit erforderlich ist.**

Klare und transparente Abläufe im Versorgungsgeschehen oder die Veröffentlichung der vertraglichen Leistungsinhalte führen zu einem verbesserten Patientenerleben und minimieren damit dauerhaft den Ressourceneinsatz. Auch können neue bzw. andere Wege der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten und Nutzenden erheblich zur zeitlichen Entlastung führen. Patientenbeteiligung durch Einbeziehung in ihre Behandlung und die dazugehörigen Abläufe sind wichtige Faktoren und erhöhen in der Regel sowohl die Adhärenz als auch das Sicherheitsgefühl der Hilfsmittelnutzenden.

**Die beschriebenen Maßnahmen erscheinen aus Sicht von SPECTARIS zielführend, um die Hilfsmittelversorgung in Deutschland effizienter, bürokratieärmer und patientenfreundlicher zu gestalten. Nunmehr braucht es jetzt den politischen Willen, diese Maßnahmen auch umsetzen zu wollen.**

#### **Die 9 Maßnahmen zum Bürokratieabbau in der Hilfsmittelversorgung auf einen Blick:**

1. Zeitnahe Anpassung der aktuellen Rahmenempfehlung nach § 127 Abs. 9 SGB V
2. Indexbasierter Kostenausgleich
3. Dauerhafte Umsetzung der COVID-19 Empfehlungen
4. Entfristung der Sonderregelungen des G-BA
5. Stellenwert der Krankenhausverordnung einer vertragsärztlichen Verordnung gleichstellen
6. Digitale Übergangsregelungen
7. Interoperabilität
8. Vermeidung unnötiger Verzögerungen im Antragsverfahren des Hilfsmittelverzeichnis
9. Informierte Versicherte

## „Die Bürokratie ist es, an der wir alle kranken“



**Dr. med. Kai Joachimsen**  
BPI-Hauptgeschäftsführer

„Es stellt sich die Frage, ob wir es uns aufgrund des zunehmenden Fachkräftemangels leisten können, bürokratische Anforderungen immer mehr nach oben zu schrauben, um diejenigen, die eigentlich innovativ und zukunftsorientiert arbeiten wollen, mit rückwärtsgewandten Berichtspflichten zu traktieren.“

„Die Bürokratie ist es, an der wir alle kranken.“

So äußerte sich Otto von Bismarck bereits 1891 in Friedrichsruh (Dr. Matthias Mauz, Jörg Mauz in: Zoozmann Über Literatur, Zitate I, Seite 95).

Was aber ist DIE Bürokratie? Schlägt man analog im „Brockhaus“ nach, dann ist Bürokratie „die Form staatlich politischer oder privat organisierter Verwaltung, die durch eine hierarchische Befehlsgliederung durch klar abgegrenzte Aufgabenstellungen, Befehlsgewalt, Zuständigkeiten und Kompetenzen durch beruflichen Aufstieg in festgelegten Laufbahnen, durch fester an die jeweiligen Funktionen gekoppelte Bezahlung sowie durch eine genaue und lückenlose Aktenführung sämtlicher Vorgänge gekennzeichnet ist.“ (Brockhaus Seite 291, 1991) Eine ähnliche Antwort bekommt man, wenn man (digital) bei OpenAI nachfragt, was dort unter Bürokratie verstanden wird: „Ein Verwaltungssystem, das durch eine hierarchische Organisation, standardisierte Verfahren und eine klare Arbeitsteilung gekennzeichnet ist. Dabei sind häufig zahlreiche Regeln, Vorschriften und Formalitäten erforderlich, wobei die Entscheidungsbefugnis typischerweise in einer bestimmten Hierarchie oder Befehlskette konzentriert ist. Bürokratien sind häufig in Regierungsbehörden, großen Unternehmen und anderen großen Organisationen zu finden, in denen Effizienz, Konsistenz und die Einhaltung etablierter Protokolle Priorität haben.“ Allerdings wird noch ein – entscheidender – Satz ergänzt: „Während Bürokratien dazu beitragen können, Prozesse zu rationalisieren und Konsistenz zu gewährleisten, werden sie oft als langsam, starr und ineffizient kritisiert, was manchmal zu bürokratischem Aufwand und Ineffizienz führt.“

Genau dieser Ergänzung korrespondiert mit dem Gefühl, was Otto von Bismarck bereits vor mehr als 130 Jahren beklagte und das sich bis heute nicht geändert hat. Bürokratie hat sich zu einem Wort mit (fast) nur negativer Konnotation entwickelt. Es steht für Stillstand, Hemmung, unnötigen Aufwand, Ressourcenverschwendung, Innovationshemmnis.

Dies zeigt sich leider auch aktuell sehr deutlich. Der DIHK-Innovationsreport 2023 schildert als „größte Innovationsbremsen neben dem Fachkräftemangel die hohen bürokratischen Anforderungen für die Unternehmen. Er konstatiert, dass die „Unternehmen beklagen, dass die Bürokratie sie in ihren Innovationen einschränkt. Der Erfüllungsaufwand bindet mehr und mehr Ressourcen, die unter dem Strich für Innovationen fehlen.“

**BDI: Bürokratieabbau bleibt Schlüsselthema für die deutsche Industrie**



Auch für den Bundesverband der deutschen Industrie (BDI) ist der Bürokratieabbau ein Schlüsselthema.

Die Welt berichtet über den Zuwachs der Bürokratie in den letzten zehn Jahren.

**Welt-Artikel: Schon 52.155 Einzelnormen – Regulierungsdichte in Deutschland nimmt weiter zu**



Auch der Verband der Chemischen Industrie (VCI) sieht in Sachen Bürokratieabbau einen deutlichen Handlungsbedarf. Er deklariert den Entwurf zum Bürokratieentlastungsgesetz IV als „eine Mogelpackung“ und empfindet keine echte Entlastung der Wirtschaft.

**VCI-Position: Wo (k)ein Wille – da (k)ein Weg**



## Grundproblem Überregulierung

Die pharmazeutische Industrie als Teil der chemischen Industrie sieht diese Entwicklung nicht weniger problematisch. So stellt der BPI in einer Übersicht fest, dass sich die Überregulierung immer mehr zu einem Schraubstock entwickelt hat, der den Unternehmen die Luft für Innovation und Forschung und damit die Zukunftsorientierung abschnürt. Allein die Preisregelungen erfahren insbesondere durch Festbeträge, AMNOG-Rabatte, Rabattverträge, Importklauseln, Herstellerabschläge, Kombiabschläge, die dezentralen Regulierungen durch 17 Kassenärztliche Vereinigungen mit Quoten, Leitsubstanzen, Ampelsystemen eine fast unübersehbare Kaskade von Einschränkungen. Dies führt zu einer jährlichen Belastung von mehr als 20 Milliarden Euro. 20 Milliarden Euro, die für Innovationen, Forschung, Entwicklung und zukunftsorientierter Industriepolitik fehlen. Die pharmazeutische Industrie hat in der Pandemie sehr deutlich gezeigt, dass es ihr in erster Linie darauf ankommt, Innovationen für die Bevölkerung zu erarbeiten und die Versorgung sicherzustellen.

Man muss leider feststellen, dass der Gesetzgeber die Vergeudung von Ressourcen und Kapazitäten und damit die gebremste Innovationskraft in den Unternehmen nur bedingt als Problem ansieht. Dies ist umso bedauerlicher, als dass es nicht nur den angestammten Industriestandort (mit den genannten Preisrestriktionen) Deutschland betrifft. Auch in einem Feld, in dem Deutschland führend ist und diese Führung ausbauen sollte, greift der Gesetzgeber ohne Grund und Not ein. Dies betrifft den erst sehr kleinen Markt der Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA). Digitale Lösungen, die gerade dafür angedacht sind, Versorgungslücken zu schließen und Patienten Angebote zu machen, um Krankheiten zu heilen. Mit dem Digitalgesetz werden Vorgaben an die Preisverhandlungen gemacht, die der GKV-Spitzenverband jeweils mit dem Hersteller der Digitalen Gesundheitsanwendung führt.

Somit ist in diesen Verhandlungen nunmehr zu vereinbaren, dass der Anteil erfolgsabhängiger Preisbestandteile mindestens zwanzig Prozent des Preises umfassen muss. Diese Vorgabe ist völlig unnötig. Bereits unter der aktuellen Rechtslage hätte die Möglichkeit bestanden, zwischen den Vertragspartnern erfolgsabhängige Preisbestandteile zu verhandeln. Dies ist aber nicht erfolgt, und zwar auch unter Beteiligung der Schiedsstelle nicht. Dies zeigt, dass der Herstellermarkt einerseits, aber auch die GKV andererseits keine solche Regelung vertragen und brauchen. Das haben die Herstellerverbände und der GKV-Spitzenverband dem Gesetzgeber in einem gemeinsamen Brief mitgeteilt und darum ersucht, diese Regelung zu streichen. Wenn Regelungen nicht notwendig sind, weil es kein Ziel gibt, das damit verfolgt wird, gibt es keine Notwendigkeit für den Gesetzgeber, tätig zu werden und in die Verhandlungsfreiheit der Vertragspartner einzugreifen. Ein weiterer Aspekt, der zum weiteren Unverständnis führt, ist, dass der Gesetzgeber diese Regelungsnotwendigkeit nicht nur für zukünftige Preisverhandlungen vorsieht. Im Gegenteil: Auch alle bereits verhandelten Preise werden rückwirkend dieser Regelung unterworfen.

## Bürokratie wirkt abschreckend

Der Gesetzgeber verkennt an dieser Stelle, dass es Aufgabe der Hersteller ist, Digitale Innovationen für die Bevölkerung in den Markt zu bringen, und nicht sich in immer wiederkehrenden Preisverhandlungen mit dem GKV-SV und der Schiedsstelle zu finden. Gerade die (teilweise) kleinen Unternehmen, die DiGA auf den Markt bringen, werden von solch zweck- und ziellosen bürokratischen Instrumenten und Hürden abgeschreckt. Dies ist für die Entwicklung des Marktes Digitaler Gesundheitsanwendungen sowohl in Deutschland als auch im Hinblick auf das europäische Ausland kontraproduktiv. Deutschland hat einmal die Entwicklung auf diesem Markt im europäischen Kontext angeführt und war Vorbild für andere Länder. Es ist vorauszusehen, dass wir diesen Vorsprung verlieren wer-

den, wenn diese Anforderungen und Hürden eingezogen werden. Darüber hinaus verspielen wir auch das Ansehen in anderen europäischen Ländern. Und nicht zuletzt bringt die Erfüllung dieser (unnötigen) Anforderungen auch Kosten auf Seiten der Unternehmen mit sich. Geld, das besser in die Weiterentwicklung zu investieren, als in Bürokratie zu versenken ist.

## Klinische Forschung erleichtern

Nicht nur im Bereich der Preisgestaltung besteht dringender Handlungsbedarf. Auch im Bereich der Klinischen Forschung sind Erleichterungen dringend erforderlich. Der Referentenentwurf zum Medizinforschungsgesetz geht erste richtige Schritte, die aber weitergegangen werden müssen. Dies sei an zwei Beispielen illustriert: Der seit langem angemahnte Ansatz, eine Harmonisierung im Anforderungs- und Entscheidungsverhalten der einzelnen medizinischen Ethik-Kommissionen Deutschlands und damit mehr Planungssicherheit auf Seiten der Sponsoren zu schaffen, ist grundsätzlich begrüßenswert. Es ist aus dem Referentenentwurf jedoch nicht zu erkennen, wie dieser Ansatz mit einer Bundes-Ethik-Kommission in der vorgeschlagenen Art und Weise umgesetzt werden kann. Im Gegenteil, der vorgeschlagene Weg lässt vermuten, dass damit zusätzliche Ressourcen und Kapazitäten gebunden werden, deren anderweitige Verortung mehr Aussicht auf Erfolg dieses Vorhabens verspräche.

Zudem ist die Zuteilung der Arten der klinischen Prüfungen, die zukünftig von einer Bundes-Ethik-Kommission bearbeitet werden sollen, unscharf beschrieben. Dies birgt Potential für unterschiedliche Interpretationen und Auslegungen und somit (unnötige) Streitigkeiten.

## Neue Mustervertragsklauseln helfen

Die vorgesehenen Regelungen zur Verwendung von Standardvertragsklauseln kommen den Forderungen der Sponsoren entgegen, durch Vereinheitlichungen im Prozedere der Vertragsverhandlungen deren Dauer zu redu-

zieren, um damit zügiger als bisher zum Vertragsabschluss kommen zu können. Wie im November 2023 von den Verbänden vfa, BPI, BVMA und Deutsche Hochschulmedizin (VUD, MFA, KKS-Netzwerk) bekanntgegeben, existieren seit geraumer Zeit Mustervertragsklauseln in einer neuen, überarbeiteten Version, die vom vfa und der deutschen Hochschulmedizin in Deutschland ausgearbeitet worden sind und die der BPI ausdrücklich unterstützt. Diese sind von den betroffenen Verhandlungs- und Vertragspartnern klinischer Prüfungen aufgrund jahrelanger Erfahrungen und weitgehendem Praxisbezug ausgearbeitet worden. Folglich bieten diese die derzeit praktikabelsten Vorlagen zur Nutzung in derartigen Vertragsverhandlungen. Warum nun der Gesetzgeber diese nicht für sein Vorhaben im Sinne des neuen Paragraphen 41d nutzen möchte, erschließt sich nicht. Der BPI empfiehlt, auf diese Mustervertragsklauseln und Musterverträge und deren Autoren beziehungsweise die maßgeblichen Verbände der Hochschulmedizin sowie vfa und BPI als auch BVMA als im Gesetztext bezeichnete Sachverständige zurückzugreifen, wenn er das BMG mit der Erstellung solcher Vorgaben betraut. Größere Wirkung ließe sich erzielen, wenn Standardvertragsklauseln und Mustervertragsklauseln gesetzlich bindend vorgegeben würden, und sich eine entsprechende Formulierung zur Nutzung beider im Gesetztext wiederfindet. Dabei ist das Mittel einer Bekanntmachung im Bundesanzeiger für die Nutzung der Vertragsmuster nicht mit ausreichender Bindungswirkung versehen. Das kann nur durch Festlegung im AMG oder per Rechtsverordnung gesichert werden. Der BPI fordert folglich, die Bindungswirkung per Rechtsverordnung umzusetzen und somit zu garantieren.

## **Unnötige Auflagen bringen Unternehmen ans Limit**

Auch im Bereich der (Zulassungs-)Regulatorik erschwert unnötige Bürokratie den Unternehmen das Handeln. Ein wahrer Wust an parallel zu erfüllenden Melde-, Kontroll- und Nachweisverpflichtungen bringt die Unternehmen bei der Zulassung und im Lifecycle Management ihrer Produkte an ihre Kapazitätsgrenzen.

Leider erkennt der Gesetzgeber auch hier nicht die Notwendigkeit zu einem konsequenten Handeln. Die vorgelegten Eckpunkte zum Bürokratieabbau und zur -entlastung beziehen sich auf effizientes Arbeiten oder Aufteilung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten in den (Zulassungs-)Behörden. Es ist zwar zu begrüßen, dass im Sinne der Effizienz eine gute Aufteilung der Arbeitsfelder mit zugeordneten Zuständigkeiten gefunden werden möchte. Dies bedeutet aber mitnichten einen Abbau von Melde-, Kontroll- und Nachweisverpflichtungen für die einzelnen pharmazeutischen Unternehmen. Dies ist aber für die Zukunftsorientierung der Unternehmen essenziell. Dass dies möglich wäre, zeigt die vorgesehene Änderung bei den Meldepflichten der Unternehmen im Betäubungsmittelrecht. Wird der Meldeturnus von Unternehmen nach Paragraph 18 BtMG auf einmal im Jahr reduziert, wäre das ein (kleiner) Schritt in die richtige Richtung.

## **Bürokratie vs. Fachkräftemangel**

Abschließend sei noch einmal auf den DIHK-Report verwiesen. Das zweite große Hemmnis neben der Bürokratie ist der Fachkräftemangel. Da stellt sich – etwas zugespitzt – die Frage, ob wir es uns aufgrund des zunehmenden Fachkräftemangels leisten können, bürokratische Anforderungen immer mehr nach oben zu schrauben, um diejenigen, die eigentlich innovativ und zukunftsorientiert arbeiten wollen, mit rückwärtsgewandten Berichtspflichten zu traktieren. Die auf den Arbeitsmarkt kommende Generation stellt – zurecht – die Frage nach einer sinnhaften, sinnvollen und nachhaltigen Arbeitstätigkeit. Dazu gehört es mit Sicherheit nicht, zu berichten, zu verpflichten, nachzuweisen, sondern sinn- und wertstiftend tätig zu werden. Dieses berechtigte Ansinnen muss man wahrnehmen, sich dessen annehmen und gemeinsam mit den Akteuren in der Wirtschaft Maßnahmen ergreifen, die dem gerecht werden. Vor diesem Hintergrund bieten wir gern unsere Mitwirkung an.

**Herausgeber:**

Dr. Albrecht Kloepfer  
Wartburgstraße 11 | 10823 Berlin

post@ix-institut.de | www.ix-media.de

**Redaktion:**

Dr. Albrecht Kloepfer, Sophia Wagner, Sofie Neumeyer,  
Agnieszka Cassan

In Zusammenarbeit mit

**Druck:**

PrintingHouse,  
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,  
Genter Str. 8 in 13353 Berlin

**Satz und Layout:**

Mediengestaltung der  
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,  
Koloniestr. 133–136 in 13359 Berlin

**www.u-s-e.org**

Sämtliche Nutzungsrechte am iX-Forum liegen bei der iX-Media. Jegliche Nutzung, insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung, öffentliche Wiedergabe oder öffentliche Zugänglichmachung ist ohne die vorherige schriftliche Einwilligung der iX-Media unzulässig.

Die Fotorechte liegen bei der jeweiligen Institution.

ISSN 2569-6289, 32. Jahrgang 2024, Ausgabe 2 · 2024,  
Erscheinungsdatum: 15. April 2024

Folgende Themen bewegen das iX-Media Team und sollen in der iX-Forum Reihe näher betrachtet werden:

- **Versorgungspotentiale der Gesundheitsberufe**
- **Finanzierung von Innovationen**
- **Zukunft der Diagnostika-Industrie**
- **Zukunft der Versorgung: Genmedizin und Datenmanagement**
- **KI – Wer versorgt mich und wenn ja wie viele?**

Die Aufzählung unterliegt keiner zeitlichen Reihenfolge. Selbstverständlich reagieren wir auch auf aktuelle politische Entwicklungen

Die iX-Forum Reihe wird bundesweit mit über 2.500 Exemplaren personalisiert an Parlamente, Ministerien, Verbände, wissenschaftliche Fachgesellschaften und andere wichtige Akteure im Gesundheitswesen versandt.

Sie haben Interesse, einmal einen Diskussionsbeitrag in der iX-Forum Reihe zu veröffentlichen? Kommen Sie mit uns ins Gespräch.

**Besuchen Sie  
unsere Website:**

**www.ix-media.de**

