



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

KVWL
Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe



Medizinischer Dienst
Westfalen-Lippe

BARMER



FORMFREIE ANFRAGEN IN ARZTPRAXEN POTENZIAL FÜR DIGITALISIERUNG UND BÜROKRATIEABBAU

MANAGEMENT SUMMARY

Aufgrund der hohen Bürokratiebelastung, die durch formfreie Anfragen in Praxen ausgelöst wird, haben KBV, KVWL und das Formularlabor Westfalen-Lippe im Rahmen einer Arbeitsgruppe die Problematik beleuchtet und Lösungsvorschläge erarbeitet.

Als zentrale Probleme wurden identifiziert:

- die zeitliche Belastung
- der häufig fehlende Bezug zur konkreten Verordnung
- Anfragen, die nicht an die richtigen Adressaten gerichtet werden
- Anfragen, die offenbar unabhängig von den auf der Verordnung gemachten Angaben versendet werden
- Anfragen, die vollkommen uneinheitlich und unabgestimmt sind, was eine IT-gestützte Beantwortung unmöglich macht
- die Abfrage von Informationen, die der anfragenden Stelle bereits vorliegen

Als Lösungsansätze schlagen wir vor:

- die umfassende Vereinheitlichung der Anfragen
- eine Erhöhung der Transparenz der Verordnungsvoraussetzungen im Hilfsmittelbereich
- die verstärkte Nutzung von Informationen, die dem Kostenträger bereits vorliegen
- die Digitalisierung der Verordnungs- und Informationsaustauschprozesse, da beispielsweise durch eine PVS-gestützte Befüllung der Fragebögen sowie die digitale Übermittlung zentraler Informationen bei Hilfsmittelverordnungen Aufwände reduziert werden können
- eine Volltextsuche sowie die Klärung von Zugriffsrechten durch Dritte, wenn die ePA für die Beschaffung benötigter Informationen genutzt werden soll

AUSGANGSLAGE UND MOTIVATION

Viele Praxen erhalten täglich Anfragen von unterschiedlichen Stellen. Einige dieser Anfragen erfolgen auf Vordrucken, die zwischen KBV und GKV-Spitzenverband vereinbart sind oder die von anderen Kostenträgern, wie etwa der Unfallversicherung, regelmäßig eingesetzt werden. Die meisten Anfragen erfolgen jedoch formfrei, das heißt, auf selbstgestalteten Formularen oder als Freitext.

Sowohl die KBV als auch die KVen erhalten regelmäßig die Rückmeldung, dass formfreie Anfragen in vielen Praxen eine hohe zeitliche Belastung darstellen. Gemäß einer Bürokratiekostenmessung des Statistischen Bundesamtes zählt die Beantwortung formfreier Anfragen mit einem Gesamtaufwand von mehr als zwei Millionen Stunden pro Jahr zu den zeitaufwändigsten Informationspflichten für Arztpraxen. Anders als Anfragen auf vereinbarten Vordrucken sind formfreie Anfragen nicht im Praxisver-

waltungssystem hinterlegt und müssen daher in der Regel händisch befüllt werden. Neben der zeitlichen Belastung ist auch die rechtliche Unsicherheit, die mit vielen formfreien Anfragen einhergeht, ein Problem. Häufig ist unklar, ob eine Patienteneinwilligung zur Einholung zusätzlicher Informationen vorliegt und damit der Datenschutz gewahrt bleibt. Das Informationsbedürfnis der anfragenden Stelle auf der einen Seite muss aufgewogen werden gegen die ärztliche Schweigepflicht sowie die begrenzten zeitlichen Ressourcen der Praxis.

Aufgrund der hohen Bedeutung des Themas für die bürokratische Belastung der Niedergelassenen haben KBV und KVWL Ende des Jahres 2023 beschlossen, das Themenfeld gemeinsam mit den Mitgliedern des Formularlabors WL der KVWL zu analysieren und Lösungsansätze zu erarbeiten. Das Formularlabor WL der KVWL setzt sich aus Teilnehmern von

Haus- und Fachärzten, Ärzten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MD) sowie Mitarbeitern der BARMER und der KVWL zusammen. In diesem Gremium werden seit Jahren Formulare und deren digitale Anwendungen auf Verbesserungs- und Vereinfachungsmaßnahmen überprüft und Alternativvorschläge entwickelt.

Von Dezember 2023 bis Mai 2024 haben sich die Mitglieder des Formularlabors WL zusammen mit der KBV in regelmäßigen Sitzungen anhand von Praxisbeispielen mit der Thematik auseinandergesetzt. Die erarbeiteten Lösungsansätze werden in diesem Bericht vorgestellt. Aufgrund der Komplexität des Themas kann dieser Bericht keine allumfassende und abschließende Analyse liefern. Vielmehr sind die Ergebnisse als Grundlage für eine weitergehende Diskussion, auch mit anderen relevanten Akteuren, zu verstehen.

PROBLEME IM ZUSAMMENHANG MIT FORMFREIEN ANFRAGEN

Als Ausgangspunkt der Problemanalyse wurde mithilfe der vertragsärztlichen Mitglieder des Formularlabors zunächst erhoben, in welchen Bereichen aktuell die meisten formfreien Anfragen an Praxen gestellt werden. Hierbei wurden die folgenden Schwerpunktthemen identifiziert:

- Hilfsmittelversorgung
- Sozialgerichte
- Versorgungsämter bei Festlegung des Grads der Schwerbehinderung
- Unfallversicherung
- Rentenversicherung
- Reiserücktrittsversicherungen
- Einstufung im Rahmen der Pflegeversicherung

Im nächsten Schritt wurde anhand von Beispielen, die die Mitglieder des Formularlabors aus ihrem jeweiligen Arbeitsalltag eingebracht haben, identifiziert, warum formfreie Anfragen für Praxen häufig problematisch sind.

Hierbei konnten die folgenden Problem-bereiche¹ herausgearbeitet werden:

ANFRAGEN STELLEN EINE GROSSE ZEITLICHE BELASTUNG DAR

Formfreie Anfragen stellen für viele Praxen eine große zeitliche Belastung dar. Dies ist zum einen bedingt durch die hohe Anzahl an Anfragen sowie die Notwendigkeit der händischen Bearbeitung. In einigen Fällen können aber auch schon einzelne Anfragen durch ihren Umfang zu einem Problem werden. So wurde im Formularlabor eine kürzlich gestellte Anfrage eines Sozialgerichts vorgestellt, die 18 Seiten umfasste. Es wurde zudem kritisiert, dass viele Anfragen eigentlich eine gutachterliche Stellungnahme beinhalten, die in der Regel gesondert zu vergüten ist.

ANFRAGEN FÜHREN ZU VERSORGUNGSVERZÖGERUNGEN

In der Analyse der uns vorliegenden Anfragen konnte festgestellt werden, dass Bearbeitungszeiträume von der

ursprünglichen Verordnung bis zur Bearbeitung des Medizinischen Dienstes zwischen vier und zehn Wochen üblich sind. Sowohl die Post- und Wegezeiten, die Einbindung unterschiedlicher Akteure, als auch das wiederholte Stellen von Anfragen in Gänze oder Teilen, sind dafür ursächlich. Dies kann zum einen zu Versorgungsverzögerungen der Patienten führen, zum anderen werden zusätzliche Sprechzeiten gebunden, wenn Anfragen parallel an Patienten gestellt wurden und dadurch erneute Patientengespräche stattfinden.



Dr. Martin Bauersachs,
Facharzt für Neurologie in
Dortmund

„Anfragen eines solchen Ausmaßes legen meinen Praxisbetrieb lahm.“

FRAGEBÖGEN SIND NICHT ZIELGERICHTET

Die im Rahmen der Arbeitsgruppe vorgestellten Fragebögen sind häufig nicht auf eine konkrete Verordnung zugeschnitten. Vielmehr handelt es sich hierbei um Standardfragebögen, die offenbar immer für relevante Verordnungen eines bestimmten Hilfsmittels versendet werden. Ärzte berichteten, dass bei Hilfsmittelverordnungen der erste Fragebogen häufig von der Krankenkasse verschickt wird. Von diesem Standardfragebogen sind dann meistens nur zwei bis drei

Fragen für den konkreten Fall relevant. Für Praxen bedeutet dies eine unnötige zeitliche Belastung, da auch Fragen beantwortet werden sollen, die offensichtlich für den vorliegenden Fall keine Bedeutung haben.

In diesem Zusammenhang wird ebenfalls kritisiert, dass von unterschiedlichen Kostenträgern Anfragen gestellt werden, die so allgemein gehalten sind (zum Beispiel „Angaben zur Grunderkrankung“), dass unklar ist, welche Information konkret benötigt wird.

FRAGEN WERDEN NICHT AN DIE RICHTIGEN ADRESSATEN GESTELLT

Bei vielen der diskutierten Anfragen wird deutlich, dass diese nicht an den richtigen Adressaten gerichtet sind. Erster Ansprechpartner ist etwa bei Hilfsmittelverordnungen zunächst die verordnende Praxis. Dies bedeutet allerdings nicht, dass dort grundsätzlich alle Fragen, die in diesem Kontext relevant sind, beantwortet werden können. So wurde darauf hingewiesen, dass bei Hilfsmittelverordnungen Ärzte nur die medizinischen Fragen beantworten können, nicht aber technische Fragen zur Auswahl des konkreten Hilfsmittels. Viele Fragen beziehen sich zudem auf Alltagsgewohnheiten oder das Wohnumfeld des Patienten. Hier kann die Praxis allenfalls die Fragen an die Patienten weiterleiten. Effizienter erscheint es allerdings, direkt bei den Versicherten nachzufragen. Das gleiche gilt für Befunde, die von Niedergelassenen anderer Fachrichtungen oder im stationären Bereich erhoben wurden. Sofern die Befunde der Praxis nicht ohnehin vorliegen, sollten diese direkt bei den ausstellenden Praxen oder Kliniken angefordert werden.

Es wurde auch darauf hingewiesen, dass Ärzte die Patienten in der Regel nur für kurze Zeitabschnitte sehen. Viele Fragen zu den Fähigkeiten im Alltag (z. B. wie lange kann die Patientin ohne Unterstützung sitzen?) können Pflegekräfte besser beantworten.

¹ Da die meisten der diskutierten Beispiele aus dem Bereich der Hilfsmittelverordnung stammen, beziehen sich auch die Erläuterungen im Folgenden häufig auf diesen Themenbereich. Vorliegende Beispiele aus anderen Themenbereichen legen aber nahe, dass viele der genannten Probleme sich auch in anderen Themenbereichen zeigen.

ANFRAGEN ERSCHEINEN UNVERMEIDLICH

Für Irritationen sorgt in vielen Praxen, dass Anfragen anscheinend unvermeidlich sind. Auch wenn beispielsweise auf einer Hilfsmittelverordnung alle gemäß Hilfsmittel-Richtlinie relevanten Angaben stehen, wird trotzdem der gleiche Fragebogen versendet wie ohne diese Angaben. Häufig werden dann nochmals Informationen abgefragt, die bereits auf der Verordnung stehen. Die beteiligten Vertragsärzte wünschen sich klare Angaben dazu, welche Informationen bei der Verordnung von der Krankenkasse benötigt werden und in welchen Fällen die Verordnung bestimmter Hilfsmittel ohnehin nicht aussichtsreich ist.

FRAGEBÖGEN SIND UNEINHEITLICH

Als besonders belastend und unnötig wird die Tatsache empfunden, dass die Fragebögen der verschiedenen Krankenkassen sowohl inhaltlich als auch in der Formulierung der Fragen unterschiedlich sind. Die Fragebögen des Medizinischen Dienstes unterscheiden sich ebenfalls von denen der Krankenkassen – auch dann, wenn der gleiche Sachverhalt abgefragt wird. Zudem sind auch die Fragebögen der Medizinischen Dienste nicht bundesweit einheitlich. Dadurch ist eine PVS-gestützte Beantwortung nicht möglich und die Anfragen müssen händisch beantwortet werden.

ES WERDEN INFORMATIONEN ABGEFRAGT, DIE DER KRANKENKASSE BEREITS VORLIEGEN

In einigen Fällen werden durch formfreie Anfragen Informationen in den Arztpraxen abgefragt, die der Krankenkasse bereits vorliegen. Vertreter der Krankenkassen schildern, dass Informationen, die in anderen Bereichen der gleichen Krankenkasse vorliegen, aus Datenschutzgründen nicht abgefragt und verwendet werden dürfen. Aus ärztlicher Sicht stellt sich in diesen Fällen die Frage, ob die Preisgabe dieser Informationen durch die Arztpraxis als rechtlich unkritischer einzuschätzen ist.

ANFRAGEN STELLEN EINE BELASTUNG FÜR DAS VERTRAUENSVERHÄLTNISS ZUM PATIENTEN DAR

Bei der Beantwortung von Anfragen wird von Ärzten erwartet, sachlich und neutral zu sein. Gleichzeitig berichten Ärzte, dass bei Anfragen, die zum Beispiel von der Berufsunfähigkeitsversicherung oder von der Pflegeversicherung kommen, häufig von den betroffenen Patienten Druck ausgeübt wird, weil ein bestimmtes Ergebnis erwartet wird. Eine vollständig objektive Beantwortung der Anfrage ist in diesen Fällen schwierig. Eine Belastung für das Arzt-Patienten-Verhältnis kann sich auch dann ergeben, wenn Kostenträger ihre an die Praxis gerichtete Anfrage direkt an die Patienten versenden. Dies passiert in einigen Fällen dann, wenn die Praxis die Beantwortung einer Anfrage abgelehnt hat, zum Beispiel weil sich diese nicht sinnvoll durch die Ärztin beantworten lässt. In einem im Formularlabor WL vorgestellten Fall wurde daraufhin der Patientin von der Krankenkasse mitgeteilt, dass eine Bewilligung des verordneten Hilfsmittels nicht möglich sei, solange die Anfrage nicht vollständig beantwortet ist.

ANFRAGEN ERGEBEN AUS MEDIZINISCHER SICHT KEINEN SINN

Ärzte berichten, dass einige Informationen, die im Rahmen formfreier Anfragen erhoben werden, aus medizinischer Sicht nicht sinnvoll seien. So werde bei der Verordnung elektrischer Rollstühle häufig nach der Einnahme von Morphinum gefragt. Bei einer Dauertherapie mit Morphinum dürften Patienten aber sogar Autofahren, daher sei dies aus medizinischer Sicht für die Bedienung eines elektrischen Rollstuhls nicht relevant. Ebenfalls im Zusammenhang mit der Verordnung von E-Rollstühlen werde häufig nach der Tauglichkeit zur Teilnahme am Straßenverkehr gefragt und dies auch dann, wenn der Rollstuhl nur 6 Stundenkilometer fahren kann und die Patientin bisher Auto fährt.



Dr. Christoph Grenzheuser,
Facharzt für Neurochirurgie,
Medizinischer Dienst

„Bei Langzeiteinnahme von zentral wirksamen Analgetika ist beim Führen eines Elektrorollstuhls im Straßenverkehr entscheidend, dass eine Adaptation eingetreten ist und keine relevanten Beeinträchtigungen von Aufmerksamkeit und Konzentration vorliegen.“

LÖSUNGSANSÄTZE ZUR REDUZIERUNG DER BELASTUNG DURCH FORMFREIE ANFRAGEN

Basierend auf den identifizierten Problemen wurden im Formularlabor WL unterschiedliche Lösungsansätze diskutiert, mit denen sich die Belastung durch formfreie Anfragen reduzieren lässt. Hierbei wurde stets berücksichtigt, dass diese sich für alle am Prozess Beteiligten umsetzen lassen müssen. Die folgenden Punkte wurden als die wichtigsten Ansätze zur Verbesserung der aktuellen Situation identifiziert:

MEHR TRANSPARENZ BEI VORAUSSETZUNGEN FÜR VERORDNUNGEN

Die Teilnehmer des Formularlabor WL waren sich einig, dass viele Prüfungen und Anfragen von vornherein vermieden werden könnten, wenn die Voraussetzungen für die Verordnung, insbesondere von Hilfsmitteln, den Praxen transparenter kommuniziert würden. Dem MD liegen Standardfragebögen für bestimmte Hilfsmittel vor. Wären die hier definierten Entscheidungskriterien den Praxen bekannt, könnten Verordnungen, bei denen diese Voraussetzungen nicht erfüllt sind, vermieden werden. Sowohl den Praxen als auch den Krankenkassen und dem MD würde damit viel Arbeit erspart bleiben.

VEREINHEITLICHUNG DER ANFRAGEN

Derzeit unterscheiden sich bundesweit sowohl die Anfragen der unterschiedlichen Krankenkassen als auch die der Medizinischen Dienste. Hierdurch ist aktuell keine PVS-gestützte Beantwortung der Anfragen möglich. Die Mitglieder des Formularlabors WL schlagen vor, dass bundesweit einheitliche Fragebögen abgestimmt werden, die dann sowohl durch die Medizinischen Dienste als auch durch die Krankenkassen genutzt werden. Hierbei sollte mit den am häufigsten gestellten Anfragen begonnen werden. Dies würde den Arztpraxen die Beantwortung erleichtern, da PVS-gestützt mit Textbausteinen gearbeitet werden könnte. Für die Krankenkassen und den MD als Empfänger würde sich die Auswertung der Antworten deutlich vereinfachen, da keine handschriftlichen Angaben „entziffert“ werden müssten.

Da Versuche der Vereinheitlichung in der Vergangenheit gescheitert sind, sollte ein gesetzlicher Auftrag erwogen werden.

FRAGEN DEN RICHTIGEN ADRESSATEN STELLEN

Alle Beteiligten unterstützen die Forderung, dass bei Anfragen darauf geachtet werden sollte, wer der richtige Adressat für die jeweilige Frage ist. Viel zu oft müssen sich die verordnenden Ärzte zu nicht medizinischen Fragestellungen äußern. Oder die geforderten Angaben sind so hilfsmittelspezifisch, dass sie von den Hilfsmittelerbringern viel effektiver eingebracht werden können. Nach Vorstellung des FLWL sollte die folgende Verteilung der Kompetenzen berücksichtigt werden:

- Fragen zu medizinischen Aspekten: Arztpraxis
- Technische Fragen zur Auswahl des richtigen Hilfsmittels: Sanitätshaus
- Fragen zur pflegerischen Versorgung sowie zu Alltagskompetenzen der Patienten: Pflege
- Fragen zur Wohnumgebung und zu den Lebensgewohnheiten: Patienten

Durch die korrekte Adressierung wird nicht nur den Arztpraxen unnötiger Aufwand erspart und Verzögerungen vermieden werden. Auch die Qualität der Antworten ließe sich hierdurch verbessern.

STÄRKERE EINBEZIEHUNG ANDERER GESUNDHEITSBERUFE

Potenzial für eine Entlastung der Arztpraxen sehen die Mitglieder des FLWL in der stärkeren Einbeziehung anderer Gesundheitsberufe bei der Ausstellung von Hilfsmittelverordnungen. So kann die Pflege bereits jetzt Pflegehilfsmittel empfehlen. Ähnliches wäre denkbar für Folgeverordnungen von Inkontinenzprodukten. Bei einigen Hilfsmitteln sollte die Möglichkeit der Ausstellung von Blankoverordnungen nach dem Vorbild der Heilmittelverordnung erwogen werden. Ärzte würden die Diagnose stellen



Dr. Matthias Döring,
Hausarzt in Münster

„Wenn für die Verordnung eines Scooters klar ist, dass beispielsweise fünf Bedingungen erfüllt sein müssen, dann könnte ich mir Verordnungen, bei denen dies nicht der Fall ist, gleich sparen.“

und die aus medizinischer Sicht notwendigen Kriterien festlegen. Die konkrete Auswahl des Hilfsmittels könnte dann über das Sanitätshaus oder den Orthopädienschuhmacher erfolgen. Auch das Einholen einer ärztlichen Bestätigung bei Sachverhalten, die auch durch Angehörige anderer Gesundheitsberufe festgestellt werden können, wird als verzichtbar betrachtet. So müssen Ärzte häufig bestätigen, dass die Verordnung von Inkontinenzprodukten für die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben oder eine Erleichterung der Pflege erforderlich ist. Diese Einschätzung kann aus Sicht der Beteiligten auch durch die Pflegekräfte erfolgen, ohne dass eine ärztliche Bestätigung erforderlich ist.

KEINE ABFRAGE VON INFORMATIONEN, DIE DER KRANKENKASSE BEREITS VORLIEGEN

Die zum Teil mehrfache Erhebung von Informationen durch die Krankenkassen erfolgt häufig aus Datenschutzgründen. Krankenkassenmitarbeiter dürfen nicht auf alle Informationen zurückgreifen, die in anderen Arbeitsbereichen der Krankenkasse vorliegen. Die erneute Erhebung der Informationen über die Arztpraxis erzeugt unnötige Aufwände und verlagert die datenschutzrechtliche Problematik von der Krankenkasse in die Praxis. Es sollte daher eine gesetzliche Regelung getroffen werden, die die interne Nutzung von Patientendaten innerhalb der Krankenkassen ermöglicht.

WICHTIGSTE INFORMATIONEN GLEICH AUF DER VERORDNUNG ERFASSEN

Informationen, die bei der Verordnung bestimmter Hilfsmittel immer erforderlich sind, sollten gleich auf der Verordnung erfasst werden. Bei der gemäß Gesetz für 2027 vorgesehenen Digitalisierung der Hilfsmittelverordnung sollte dies nach Vorstellung der Projektbeteiligten für die am häufigsten verordneten Hilfsmittel vorgesehen werden. Diese Maßnahme hat das Potenzial, die Zahl der Anfragen in diesen Bereichen spürbar zu reduzieren.

DIGITALE ABBILDUNG DES PROZESSES

Im Rahmen der Diskussion hat das FLWL sich auch mit den möglichen Vor- und Nachteilen einer digitalen Abbildung des Prozesses der formfreien Anfragen befasst. Nach Einschätzung des FLWL überwiegen die möglichen Vorteile eines digitalen Prozesses, wenn dieser nutzerfreundlich gestaltet wird. Hierzu gehört die bereits oben erwähnte Vereinheitlichung der Anfragen, damit diese im PVS abgebildet werden können. Informationen, die der anfragenden Stelle bereits vorliegen (zum Beispiel Stammdaten des Versicherten) sollten bereits in das Dokument eingetragen werden. Als hilfreich wird ein modularer Aufbau des Fragebogens gesehen – wenn es „K.O.-Kriterien“ gibt, sollten diese zuerst abgefragt werden.

Im Hinblick auf die Einführung der Opt-out-ePA wurde darauf hingewiesen, dass geklärt werden müsse, an wen sich Anfragen in Zukunft richten: An den Patienten als Halter der Daten oder an die Arztpraxis? Welche Rechte hätte die Praxis dann, die Daten aus der ePA für die Beantwortung von Anfragen zu benutzen? Als zentral wurde in diesem Zusammenhang bewertet, dass eine Volltextsuche möglich ist, um die richtigen Informationen zu finden. Von einzelnen Sitzungsteilnehmern wird ein direkter Zugriff des MD auf bestimmte Bereiche der ePA insbesondere bei hochpreisigen Hilfsmitteln als sinnvoll betrachtet. Dadurch könnten erhebliche Zeitverzögerungen in der Versorgung eingespart und Postzeiten vermieden werden. Dies muss allerdings abgewogen werden gegen die Idee der ePA als patientengeführte Akte, die strengen Vorgaben zur Vertraulichkeit der Daten unterliegt.



Sonja Laag,
BARMER

„Bei Patienten mit komplexen Versorgungserfordernissen müssen wir die Digitalisierung nutzen, um notwendige Verordnungen interprofessionell in Echtzeit zu beraten und auf den Weg zu bringen. Oftmals rundet sich das Bild erst bei einer gemeinsamen Schau durch Ärzte, Pflegefachpersonen, Therapeuten und Kostenträger. Wir müssen die sequenzielle Abarbeitung dieser analogen Papierprozesse durch smarte interprofessionelle und digital gestützte Vorgehensweisen ersetzen.“



Dr. Prosper Rodewyk,
Hausarzt in Dortmund

„Es wird immer davon ausgegangen, dass das PVS alle Informationen, wie beispielsweise das Hilfsmittelverzeichnis, hinterlegt hat. Dies ist leider nicht der Fall.“

POTENZIALE GEMEINSAM NUTZEN

Wer sich mit Bürokratieabbau beschäftigt weiß, dass dabei „dicke Bretter zu bohren“ sind. Umso wichtiger ist es, alle Beteiligten zusammenzubringen und gemeinsam daran zu arbeiten: überschießende Bürokratie und deren Entlastungs- sowie Einsparpotenziale zu identifizieren und geeignete Lösungen zu entwickeln – und dabei die Chancen der Digitalisierung zu nutzen. Genau das ist uns in der Zusammenarbeit von KV Westfalen-Lippe und Kassenärztlicher Bundesvereinigung sowie BARMER und Medizinischem Dienst Westfalen-Lippe gelungen. Die wichtigste Erkenntnis der jahrelangen Arbeit im Formularlabor: Vor dem Abbau muss die Vermeidung stehen! Das lässt sich gerade am Beispiel der formfreien Anfragen gut darstellen. Viel zu oft sind diese vollkommen überflüssig, weil die Informationen in der anfragenden Institution bereits vorliegen. Teilweise liegt es an Datenschutzbestimmungen – hier benötigen wir gesetzgeberische Klarstellungen – oder auch an etablierten Prozessen und Strukturen. Das verursacht da wie dort unnötigen Aufwand. Gerade in den Praxen können wir uns dies vor dem Hintergrund dramatisch abnehmender ärztlicher Zeit nicht (mehr) leisten.

Wir sind davon überzeugt, dass die Digitalisierung das Datenhandling verbessern wird. Damit uns die Algorithmen aber auch wirklich unterstützen können, müssen die abgefragten Daten einheitlich und Formulare maschinenlesbar sein. Zu oft sind formfreie Anfragen „unförmige“ Anfragen, die mühsam händisch beantwortet werden müssen. Auch hierbei bilden die Praxisverwaltungssysteme sowie die Abstimmung mit den Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst den Dreh- und Angelpunkt für eine zukunftsfeste digitale ambulante Versorgung. Viele Dinge sind – leider – in der Vergangenheit so gewachsen. „Das haben wir immer so gemacht“ war allerdings noch nie ein besonders zielführender Leitsatz. Daher haben wir gemeinsam auch diese Initiative ins Leben gerufen.

Unnötige Bürokratie kostet Zeit, Geld und Nerven. Sie wirkt sich darüber hinaus gerade auch auf die nachfolgende Generation von Medizinerinnen und Medizinern demotivierend aus, sich für die Selbständigkeit zu entscheiden. Wir müssen die bürokratischen Strukturen und Prozesse effizient gestalten. Ganz ohne Bürokratie im Sinne von Regelungen funktioniert Versorgung nicht, das ist allen klar. Der vorliegende Bericht beschränkt sich deshalb auch nicht darauf, den Finger in die Wunde zu legen und Kritik zu üben. Nicht zufällig trägt er das Wort „Potenzial“ im Titel. Daher sind nicht nur die Probleme benannt, sondern auch geeignete Lösungen zu entwickeln. Die Tatsache, dass wir diese gemeinsam gesucht und gefunden haben, zeigt, dass wir in einem Boot sitzen. Mit diesen Vorschlägen setzen wir einen klaren Kurs. Auch Politik und Gesetzgeber müssen nun entsprechend die Segel setzen.



**Dr. Sibylle Steiner,
Mitglied des Vorstands der
Kassenärztlichen
Bundesvereinigung**



**Dr. med. Volker Schrage,
Stellvertretender
Vorstandsvorsitzender der
Kassenärztlichen Vereinigung
Westfalen-Lippe**

EIN BERICHT VON KBV UND KVWL
IN ZUSAMMENARBEIT MIT DEM
FORMULARLABOR WESTFALEN-LIPPE

IMPRESSUM

Herausgeber: Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Telefon 030 4005-0, info@kbv.de, www.kbv.de

Redaktion: Dezernat Sicherstellung und Versorgungsstruktur

Fotos: © KVWL, © Olaf Plotke/MD Westfalen-Lippe, © Nixe design /Nicole Rademacher, © privat, © axentis.de/Lopata, © Lars David Neill

Stand: Februar 2025

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.