

18. Nationaler Qualitätskongress Gesundheit

Eine Allianz für Qualität und Entbürokratisierung

Mit Beiträgen von

Prof. Dr. Andreas Beivers, Prof. Dr. Tom Bschor, Prof. Dr. Kerstin van der Decken,
Dr. Johannes Danckert, Prof. Dr. Stefan Gronemeyer, Dr. Ruth Hecker,
Dr. Jürgen Malzahn und Jürgen Möller



18. Nationaler
Qualitätskongress
Gesundheit

7. und 8. November 2024 | Berlin

gesundheitsstadt
berlin
das netzwerk
für berlin-brandenburg

18. Nationaler Qualitätskongress Gesundheit

Eine Allianz für Qualität und Entbürokratisierung

Mit Beiträgen von

Prof. Dr. Andreas Beivers, Prof. Dr. Tom Bschor,
Prof. Dr. Kerstin van der Decken, Dr. Johannes Danckert,
Prof. Dr. Stefan Gronemeyer, Dr. Ruth Hecker,
Dr. Jürgen Malzahn und Jürgen Möller

Impressum

Gesundheitsstadt Berlin e.V.
Schützenstraße 6A
10117 Berlin
www.gesundheitsstadt-berlin.de

Redaktionsleitung:
Dr. Daniel Dettling, Geschäftsführer

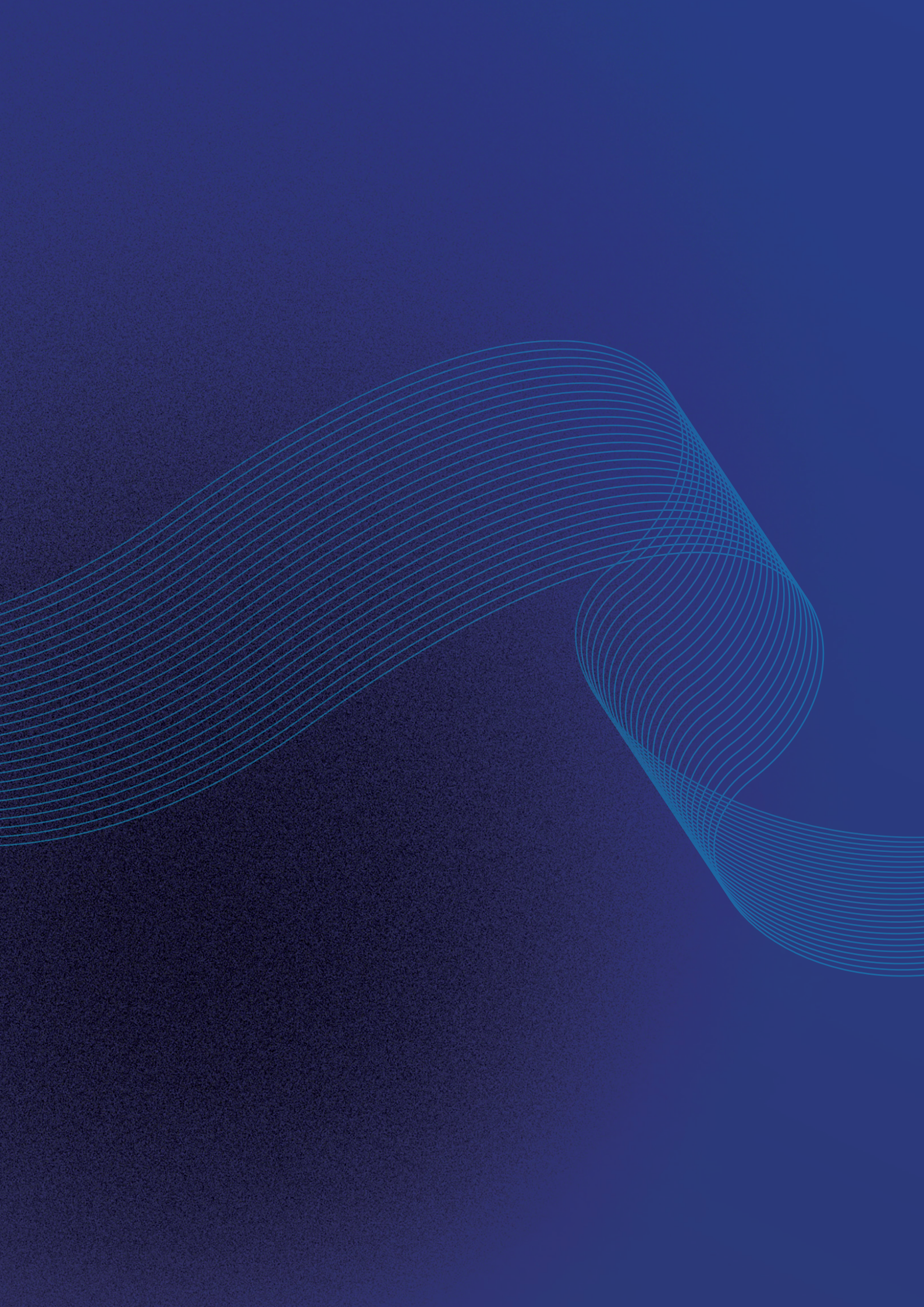
Gestaltung:
Peter Mühlfriedel / skop

Mit freundlicher Unterstützung durch:

 **PVS** berlin-brandenburg-hamburg
EIN UNTERNEHMEN
DER PVS HOLDING

 **18. Nationaler
Qualitätskongress
Gesundheit**
7. und 8. November 2024 | Berlin

**gesundheitsstadt
berlin**
das netzwerk
für berlin-brandenburg



Inhaltsverzeichnis

Die Autoren	6
Grußwort	
Prof. Dr. Kerstin von der Decken Abbau statt Aufbau von Bürokratie: Qualität und Effizienz steigern, Personal entlasten und Versorgung verbessern	9
.....	
Einleitung	
Dr. Iris Hauth und Dr. Daniel Dettling Eine Allianz für Qualität und Entbürokratisierung	11
.....	
Prof. Dr. Tom Bschor Bürokratie und Bürokratieabbau im Krankenhaus – Analyse der Regierungskommission	13
.....	
Prof. Dr. Stefan Gronemeyer Nur die Dosis macht das Gift	16
.....	
Prof. Josef Hecken Qualitätssicherung entbürokratisieren? Gut aufstellen!	19
.....	
Prof. Dr. Andreas Beivers Bürokratie abbauen und neue vermeiden. Ergebnisse eines bayerischen Modellprojektes	22
.....	
Dr. Johannes Danckert Den Bürokratiedschungel zurückdrängen!	25
.....	
Dr. Ruth Hecker Bürokratieabbau im Gesundheitswesen: Mehr Patientensicherheit durch Digitalisierung	28
.....	
Dr. Jürgen Malzahn Entbürokratisierung: Ja, aber mit Verantwortung!	30
.....	
Jürgen Möller Bürokratismus oder mangelhafte Digitalisierung?	34

Die Autoren



Prof. Dr. Andreas Beivers
Professor für Volkswirtschaftslehre & Gesundheits-
ökonomie an der Hochschule Fresenius sowie Leiter
der wissenschaftlichen Projekte der Rhön Stiftung



Prof. Dr. Tom Bschor
Leiter und Koordinator der Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhaus-
versorgung am Bundesministerium für Gesundheit



Dr. Johannes Danckert
Vorsitzender der Geschäftsführung/Geschäftsführer
Klinikmanagement bei Vivantes – Netzwerk für Gesundheit
GmbH sowie stellv. Vorstandsvorsitzender
der Berliner Krankenhausgesellschaft



Prof. Dr. Kerstin von der Decken
Ministerin für Justiz und Gesundheit
des Landes Schleswig-Holstein



Dr. Daniel Dettling
Geschäftsführer Gesundheitsstadt Berlin e.V.



Prof. Dr. Stefan Gronemeyer
Vorstandsvorsitzender
des Medizinischen Dienst Bund

Die Autoren



Dr. Iris Hauth
Vorsitzende
Gesundheitsstadt Berlin e.V.



Prof. Josef Hecken
Prof. Josef Hecken ist unparteiischer Vorsitzender
des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)



Dr. Ruth Hecker
Vorsitzende
des Aktionsbündnis Patientensicherheit



Dr. Jürgen Malzahn
Abteilungsleiter Stationäre Versorgung/Rehabilitation
AOK-Bundesverband



Jürgen Möller
Gesundheits- und Sozialökonom
und seit 1996 in der Geschäftsführung der
PVS berlin-brandenburg-hamburg GmbH & Co. KG tätig

Bildrechte: Prof. Dr. Beivers: privat / Dr. Danckert: © Kevin Kuka/Vivantes / Prof. Dr. Decken: © Frank Peter /
Dr. Dettling: Laurence Chaperon / Prof. Dr. Gronemeyer: Medizinischer Dienst Bund / Dr. Hauth: privat /
Prof. Hecken: © Rosa Reibke, G-BA / Dr. Hecker: ©Aktionsbündnis Patientensicherheit, Fotografin Maren Schulz Photography /
Dr. Malzahn: © AOK / Jürgen Möller: © pvs

»Bürokratieabbau ist dringend erforderlich, um die Qualität und Effizienz in der stationären Versorgung zu steigern, das Fachpersonal zu entlasten und die Patientinnen- und Patientenversorgung zu verbessern.«

Grußwort

Abbau statt Aufbau von Bürokratie

Qualität und Effizienz steigern, Personal entlasten und Versorgung verbessern

Verwaltungs- und Dokumentationsvorgaben sind für ein funktionierendes Gesundheitswesen von hoher Bedeutung. Es ist die breitgefächerte Dokumentation über die individuelle Leistungserbringung, die gegenüber den Patientinnen und Patienten Transparenz schafft. Sie ermöglicht eine bessere Steuerung und ist erforderlich, um erbrachte Leistungen dem Vergütungssystem entsprechend abrechnen zu können. Auch dient sie der Qualitätsmessung. Nicht zuletzt sind dokumentierte Informationen auch für externe Akteurinnen und Akteure, etwa für amtliche Statistiken und zu Planungs- und Forschungszwecken, relevant. Verwaltungs- und Dokumentationsvorgaben sichern somit Qualität, Kontrolle, Transparenz und Vergleichbarkeit.

Vorgaben, die zu einer modernen, leistungsstarken, funktionalen und effizienten Verwaltung im Gesundheitswesen beitragen, sind somit notwendig und richtig. Allerdings hat es in den vergangenen Jahren einen Anstieg detaillierter Einzelbestimmungen gegeben, sodass der bürokratische Aufwand im Gesundheitswesen zugenommen hat. Im stationären Sektor führen Strukturprüfungen durch den Medizinischen Dienst oder die Abrechnung der erbrachten Leistungen im derzeitigen Finanzierungssystem zu einem enormen Dokumentationsaufwand. Im ohnehin stressigen Krankenhausalltag wird dadurch zunehmend wertvolle Zeit von Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften oder Verwaltungsmitarbeitenden gebunden, die wiederum für die Versorgung der Patientinnen und Patienten fehlt. Ähnlich sieht es im ambulanten Sektor aus: Laut einer KBV-Erhebung verwenden niedergelassene Ärztinnen und Ärzte etwa 26 Prozent ihrer Zeit mit Bürokratie.

Auch die Digitalisierung schafft dabei gegenwärtig keine Entlastung. Denn die fehlende flächendeckende Digitalisierung sowie die Herausforderungen in Bezug auf die datenschutzrechtlichen Vorschriften stehen einer Vereinfachung durch digitalisierte und automatisierte Prozesse entgegen und führen anstelle von Entlastung zu Frustration beim Personal. Häufig kann das Potential verschiedener Systeme nicht ausgeschöpft werden, weil eine schnittstellenfreie Datenübertragung nicht immer möglich ist und Daten doppelt erfasst werden müssen.

Das KHVG darf nicht zu einem weiteren Aufbau von Bürokratie führen

Somit ist ein Bürokratieabbau dringend erforderlich, um die Qualität und Effizienz in der stationären Versorgung zu steigern, das Fachpersonal zu entlasten und die Patientinnen- und Patientenversorgung zu verbessern. Außerdem könnte dieser zu attraktiveren Arbeitsbedingungen beitragen, was aufgrund des Fachkräftemangels insbesondere im Bereich der Pflege sehr wichtig wäre.

Der Bund hat jedoch zuletzt Schritte in die genau entgegengesetzte Richtung hin zu einem Bürokratieaufbau unternommen. So sind den Krankenhäusern mit dem Krankenhaustransparenzgesetz und der Pflegepersonalbemessungsverordnung zusätzliche Mitteilungspflichten auferlegt worden. Darüber hinaus plant der Bund, mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz in seiner derzeitigen Form in hohem Maße weitere Bürokratie aufzubauen: Der Gesetzesentwurf sieht aktuell vor, dem Medizinischen Dienst umfangreiche Prüfaufgaben zu übertragen, die perspektivisch und auch schon heute deckungsgleich mit bereits bestehenden Aufgaben des Medizinischen Dienstes sind. In besonderem Maße wären die Krankenhäuser von dem Bürokratieaufbau dieses Gesetzes betroffen, da sie alle in diesem Gesetz neu geschaffenen Verfahren durchlaufen müssen. Auch werden die Verfahrensabläufe der Krankenhausplanung nicht berücksichtigt und massiv beeinträchtigt. Die zuständigen Landesbehörden würden mit den Verfahren zur Zuweisung der Leistungsgruppen und des Vorhaltebudgets erheblich belastet, ohne dass es dafür eine finanzielle Kompensation gäbe.

Die Länder haben in ihrer geeinten Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums vom 30. April und zuletzt in der Stellungnahme des Bundesrates vom 5. Juli deutlich gemacht, dass bislang nicht ersichtlich ist, wie mit der Reform eine Entbürokratisierung erreicht werden kann. Im laufenden parlamentarischen Verfahren setzen sich die Länder weiterhin mit allem Nachdruck und konstruktiv dafür ein, dass ihre überparteilich geeinten, fachlich begründeten Änderungsforderungen berücksichtigt werden und das KHVG nicht zu einem weiteren Bürokratieaufbau führt.

Prof. Dr. Kerstin von der Decken ist Ministerin für Justiz und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein

Einleitung

Eine Allianz für Qualität und Entbürokratisierung

Bürokratie ist nicht erst heute ein Fluch. Schon im 18. Jahrhundert wurde sie als „Schreibstubenherrschaft“ von Wirtschaftswissenschaftlern kritisiert. Aktuell ist die Kritik an der Bürokratie in Deutschland massiver denn je. Das gilt vor allem im Gesundheitswesen. In den letzten Jahren gab es eine Reihe von Gesetzen und Verordnungen, die mit dem allseits anerkannten Ziel eingeführt wurden, die Qualität der Versorgung, die Transparenz und die Patientensicherheit zu verbessern. Diese führten jedoch zu erheblich höheren administrativen Belastungen für das Personal in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Mehrere Studien belegen, dass 30 bis 40 Prozent der Arbeitszeit von Ärzten und Pflegekräften in Krankenhäusern auf administrative Tätigkeiten verwendet werden. Diese hohe Bürokratiebelastung wird in Zeiten des Fachkräftemangels als Belastungsfaktor wahrgenommen und schränkt die Zeit für die direkte Patientenversorgung erheblich ein.

Ein „Bürokratieentlastungsgesetz“ hat das Bundesministerium für diesen Herbst angekündigt. Im teilweisen Widerspruch dazu stehen die Inhalte des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), das sich – verbunden mit intensiver Kritik der verschiedenen Beteiligten – im laufenden Verfahren zur Verabschiedung befindet. Weniger Bürokratie durch mehr Digitalisierung

Die nachdrückliche Forderung der Länder und Krankenhausverbände an den Gesetzgeber, das Versprechen der Bürokratieentlastung einzulösen und den „Misstrauensaufwand“ nicht weiter zu verstärken, bleibt aktuell ungehört. Effiziente Lösungen, um den Zeitaufwand für alle Beteiligten zu vermindern, könnte eine umfassende Digitalisierung bringen. Die datengestützte Qualitätssicherung muss einfacher, Praxis relevanter und aufwandsärmer laufen. Dort, wo es möglich ist, soll auf Routine- und Sozialdaten zurückgegriffen werden, um eine doppelte Dokumentation zu vermeiden. Verpflichtende Standards in den Krankenhausinformationssystemen, einheitliche Da-

»Mehrere Studien belegen, dass 30 bis 40 Prozent der Arbeitszeit von Ärzten und Pflegekräften in Krankenhäusern auf administrative Tätigkeiten verwendet werden.«

tenstrukturen und Schnittstellen können den Aufwand im Krankenhaus verringern und zu aufwandsärmeren Prüfung durch den Medizinischen Dienst führen. Wenn wir Gesundheitsdaten sinnvoll nutzen, dadurch eine bessere Behandlungsqualität erreichen, so unnötige und doppelte Untersuchungen vermeiden und die Patienten auf Augenhöhe einbinden, geschieht der Abbau von Bürokratie quasi automatisch.

Gelingen kann dies nur in Partnerschaft aller Beteiligten. Der Nationale Qualitätskongress Gesundheit (NQK) sieht sich als Allianz für eine verantwortungsvolle Entbürokratisierung aus Politik, Krankenhäusern, gemeinsamer Bundesausschuss, Medizinischem Dienst und Krankenkassen. Stimmen einer solchen Allianz haben wir in dieser Publikation zusammengetragen und danken den Autorinnen und Autoren für ihre Mitwirkung.

Dr. Iris Hauth,
Vorsitzende Gesundheitsstadt Berlin e.V.

Dr. Daniel Dettling,
Geschäftsführer Gesundheitsstadt Berlin e.V.

»Wenn wir Gesundheitsdaten sinnvoll nutzen, dadurch eine bessere Behandlungsqualität erreichen, so unnötige und doppelte Untersuchungen vermeiden und die Patienten auf Augenhöhe einbinden, geschieht der Abbau von Bürokratie quasi automatisch.«

Bürokratie und Bürokratieabbau im Krankenhaus – Analyse der Regierungskommission

Prof. Dr. Tom Bschor

Die Regierungskommission hat sich intensiv mit dem Thema Bürokratie und Bürokratieabbau befasst und eine Stellungnahme und Empfehlung erarbeitet, die unmittelbar vor der Veröffentlichung steht. Ihrem Auftrag entsprechend, hat sie sich auf Bürokratievermeidung im Krankenhaus konzentriert.

Jede:r im Krankenhaus Tätige hat eine – zumeist leidvolle – Vorstellung von „Bürokratie“, und bei der Forderung nach Reduktion besteht Einigkeit. Tatsächlich ist überbordende Bürokratie ein entscheidender Grund für Ineffizienz und Arbeitsunzufriedenheit. Doch schon beim Versuch, „Bürokratie“ zu definieren, beginnen die Schwierigkeiten und erst recht beim Bemühen, überflüssige bürokratische Vorgaben zu identifizieren. Der bestehende und sich weiter verschärfende Fachkräftemangel erlaubt es allerdings nicht länger, wertvolle Arbeitszeit mit unnötigen Dokumentationsvorgaben zu vergeuden.

Das Dreiecksverhältnis erhöht Kontrolle und Dokumentation

Die mitunter bestehende Wahrnehmung medizinisch Tätiger von jeder Arbeit am Bildschirm oder auf Papier als „Bürokratie“ trägt jedoch. So ist die Dokumentation ärztlicher Befunde und Therapien und die Information der Weiterbehandler mit einem sorgfältigen Arztbrief unmittelbarer Bestandteil ärztlicher Behandlung, der direkt den Patient:innen zugutekommt. Auch das komplizierte Dreiecksverhältnis im Gesundheitswesen erzwingt unvermeidlich ein höheres Maß an Kontrolle und Dokumentation. Anders als bei üblichen Wirtschaftsbeziehungen, bei denen der Kunde ein unmittelbar eigenes Interesse an einer preiswerten Leistungserbringung hat, vergütet im Krankenhausbereich eine dritte Stelle (Krankenversicherungen) die Leistungserbringer (Krankenhäuser), für Behandlungen, die Leistungsempfänger (Patienten) ohne direktes eigenes Bedürfnis nach nicht überteuerter Abrechnung erhalten.

Andererseits hat Bürokratie ohne Gegensteuern die gefährliche Tendenz, sich kontinuierlich zu vermehren, sei es durch die beständige Weiterentwicklung juristischer und regulatorischer Vorgaben oder sich aufschaukelnder Prozesse von Kontrolle und Umgehungsstrategien. Allein hieraus wird deutlich, dass der Rückbau überbordender Bürokratie ein kontinuierlicher Prozess sein muss. „Überbordend“ ist Bürokratie bei einem besonders ungünstigen Verhältnis von Notwendigkeit oder Nutzen zum Arbeitsaufwand mit dem Extremfall des reinen Selbstzwecks. Systematische Überprüfungen

»Der bestehende und sich weiter verschärfende Fachkräftemangel erlaubt es allerdings nicht länger, wertvolle Arbeitszeit mit unnötigen Dokumentationsvorgaben zu vergeuden.«

vorhandener Vorgaben und Regelungen in regelmäßigen Zyklen auf allen Ebenen, auf denen Vorgaben erlassen oder vereinbart werden, erscheinen zwingend. Überbordende Bürokratie entsteht keineswegs nur durch gesetzliche Vorgaben auf Landes-, Bundes- oder EU-Ebene, sondern beruht zu einem großen Teil auf Vorgaben der Selbstverwaltung oder der einzelnen Krankenhäuser selbst. Letzterem liegt häufig ein Übermaß an Absicherungsbedürfnis und ängstlich-übergenauer Auslegung rechtlicher Vorgaben zugrunde.

Digitalisierung ist kein Wundermittel

Bürokratieabbau im Krankenhaus wird seit langem eingefordert und versucht; im klinischen Alltag wird gleichwohl eine Zunahme und nicht ein Rückgang bürokratischer Tätigkeiten wahrgenommen. Dies ist nicht ganz überraschend, da es nicht die eine Maßnahme zur umfassenden Bürokratiereduktion geben kann, sondern Strategien notwendigerweise so kleinteilig und detailliert sein müssen, wie die Vielzahl von Vorgaben und Vorschriften, aus denen überbordende Bürokratie resultiert. Auch „Digitalisierung“ ist kein Wundermittel, da sie stets mit dem Risiko verbunden ist, dass zugleich die Anforderungen an Datenerhebung und -verarbeitung so angehoben werden, dass keine Entlastung für die Beschäftigten entsteht. Digitalisierung kann dann umfassend entlasten, wenn durch sie die Mehrfacherfassung gleicher Daten beseitigt und auf der Basis einmal erhobener Daten Prozesse vollständig automatisiert werden.

Zehn Empfehlungen zum Abbau überbordender Bürokratie

In einer strukturierten Anhörung einer Vielzahl von Verbänden hat die Regierungskommission Vorschläge zum Abbau überbordender Bürokratie im Krankenhaus gesammelt und diese mit eigenen Konzepten und Vorschlägen aus der Literatur abgeglichen. Die vielfältigen Anregungen und Ideen wurden dann gewichtet, wobei folgende Kriterien leitend waren: große Reduktion bürokratischen Aufwands; zielend auf häufige und zeitlich umfangreiche bürokratische Tätigkeiten; Entlastung eines großen Kreises von Beschäftigten, insbesondere im klinischen Bereich; unkomplizierte Umsetzung; Änderung der Vorschriften möglichst durch eine Institution alleine möglich; möglichst geringe Risiken oder unerwünschte Effekte durch Wegfall der bisherigen Vorschriften; möglichst breite Akzeptanz.

»Digitalisierung kann dann umfassend entlasten, wenn durch sie die Mehrfacherfassung gleicher Daten beseitigt und auf der Basis einmal erhobener Daten Prozesse vollständig automatisiert werden.«

Auf der Basis dieses Vorgehens hat die Regierungskommission zehn Empfehlungen erarbeitet, die diesen Anforderungen in besonderer Weise entsprechen. Diese werden in der eingangs angekündigten Stellungnahme und Empfehlung im Detail vorgestellt. Sie betreffen unter anderem die elektronische Patientenakte, parallele Strukturprüfungen, einheitliche Datenträgerstandards, die Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen, bestehende Kompetenzbeschränkungen nicht-ärztlicher Berufe, Personalbemessungsinstrumente, krankenhausindividuelle Verhandlungen über Zusatzentgelte und Einzelfallprüfungen.

Prof. Dr. Tom Bschor ist Leiter und Koordinator der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung am Bundesministerium für Gesundheit.

»Die Dosis macht das Gift«

Dr. Stefan Gronemeyer

Dieser Leitsatz des Gelehrten Paracelsus (1493–1541) hat in der Medizin eine hohe Bekanntheit erlangt. Dies sicher auch deshalb, weil dieses Prinzip eigentlich eine einfache Lebensweisheit ist, wonach zu viel des Guten auch schädlich sein kann.

Mehr Versorgungssicherheit und mehr Qualität sind zentrale Ziele der Krankenhausreform. Es geht also um die Patientinnen und Patienten, die jeden Tag auf eine bestmögliche Versorgung vertrauen müssen. Die nicht wollen, dass komplexe Behandlungen in Einrichtungen vorgenommen werden, die dafür über unzureichende Erfahrung verfügen und höhere Misserfolgsraten aufweisen. Die auch nicht wollen, dass unzureichende Patientensicherheitsmaßnahmen weiterhin jährlich zu geschätzten ca. 17.000 vermeidbaren Todesfällen allein in deutschen Krankenhäusern führen. Diese beiden Ziele der Reform – Versorgungssicherheit und -qualität – sind mit der Einführung von Vorhaltepauschalen, Zentrenbildung und der Festlegung von Qualitätskriterien klar adressiert.

Wahrhaftigkeit bleibt auf der Strecke

Hinsichtlich des im Gesetz ebenfalls adressierten (Dokumentations-)Aufwands zur Erreichung der Qualitätsziele wird von einigen Akteuren jedoch eine eher diffuse und oft polemische „Schwarz-Weiß-Debatte“ geführt. Bei dem Versuch, ein Narrativ zu befeuern, wonach angeblich überbordende Dokumentationsaufwände die zentrale Ursache der Probleme der Krankenhausversorgung seien, bleibt die Wahrhaftigkeit zuweilen auf der Strecke. Stattdessen sehen wir Übertreibung, das Weglassen von relevanten Informationen und eine Art Blame Culture. Umfragen in Krankenhäusern sollen überbordende Dokumentationsaufwände beweisen. Merkwürdig nur, dass dabei auch diejenigen Tätigkeiten mitgezählt werden, die zu einer professionellen Berufsausübung zwingend dazugehören, wie z. B. das Erstellen eines OP-Berichtes oder die Pflegeplanung. Es wird behauptet, beim Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) würden sich über 2.000 Ärzte um „Prüfungen“ kümmern. Richtig ist, dass sich bei allen MD zusammen bundesweit 2.130 Ärztinnen und Ärzte und knapp 4.400 Pflegefachkräfte (Stand 2023) um die Erledigung sämtlicher, jährlich über 6 Millionen Beratungs- und Begutachtungsaufträge der Kranken- und Pflegeversicherung kümmern. Prüfungen im Krankenhaus gab es 2023 knapp 15.000, also 0,24 Prozent der gesamten Erledigungen des MD. Kritisiert wird außerdem, dass die Richtlinie des MD Bund zur Prüfung von

»Prüfungen im Krankenhaus gab es 2023
knapp 15.000, also 0,24 Prozent der
gesamten Erledigungen des MD.«

»Die medizinische und pflegerische Versorgung
von uns allen würde dann der Beliebigkeit oder dem
Geldbeutel überlassen, sich vielfach verschlechtern
und definitiv verteuern.«

Strukturmerkmalen im Krankenhaus 497 Seiten lang sei, um dies als Paradebeispiel für ausufernde Dokumentationsaufwände darzustellen. Richtig ist, dass die eigentliche Richtlinie auf 21(!) Seiten den Prüfablauf beschreibt. Der Rest sind Anlagen zu den 54 gesetzlich vorgegebenen Prüfgegenständen (OPS-Kodes), die es den Krankenhäusern erleichtern, die Prüfung zu durchlaufen.

Risiken und Nebenwirkungen einer Scheindebatte

Durch solche realitätsverzerrenden Darstellungen werden bezeichnenderweise gerade die Institutionen ins Zentrum einer pauschalen Kritik gerückt, deren gesetzliche Aufgabe es ist, Regeln und Verfahren für die Sicherung der Versorgungsqualität in Medizin und Pflege zu entwickeln. Könnte es sein, dass einige Akteure damit auch von der eigenen Zuständigkeit und Verantwortung für die offenkundigen Qualitäts- und Finanzierungsprobleme ablenken wollen?

Wenn die Diskussion um das KHVVG am Ende dazu führt, dass die Qualitätssicherung und die Überprüfung von Standards mit überflüssigem Dokumentationsaufwand gleichgesetzt und damit komplett diskreditiert werden, können die Qualitätsziele der Krankenhausreform nicht erreicht werden. Darüber muss man sich im Klaren sein, wenn man diese Maßnahmen und die Institutionen, die sie regeln, zum universellen Sündenbock erklärt. Wenn dem kein Einhalt geboten wird, werden die Konsequenzen weit reichen. Die medizinische und pflegerische Versorgung von uns allen würde dann der Beliebigkeit oder dem Geldbeutel überlassen, sich vielfach verschlechtern und definitiv verteuern.

Es geht um die Versorgungsqualität für die Versicherten

Der Medizinische Dienst (MD) unterstützt die Ziele der Krankenhausreform, denn er sieht seinen Auftrag darin, einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität für die Versicherten zu leisten. Das KHVVG hat das Ziel, einer hohen Versorgungsqualität und -sicherheit richtig gesetzt. Damit ist auch klar, dass es definierte Qualitätsstandards braucht, die nicht unterschritten werden dürfen. Um die Einhaltung dieser Standards zu gewährleisten, sind entsprechende Qualitätssicherungs- und Prüfverfahren nötig. Man kann es drehen und wenden, wie man will: Wenn wir Qualität wollen, bedeutet das Aufwand – bei der Leistungserbringung und bei der Überprüfung der Einhaltung der Standards. Ohne diesen Aufwand wird eine flächendeckend gute Versorgungsqualität nicht erreichbar sein. Es geht also darum, die richtige „Dosis“ an Aufwand für die Implementierung von Qualitätsstandards und deren Überprüfung einzusetzen.

Aufwandsarme Prüfungen und mehr Digitalisierung sind der richtige Weg

Das KHVVG zeigt dazu den richtigen Weg auf. Die Zauberworte heißen „aufwandsarme Prüfungen“ und „Digitalisierung“. Der MD Bund wird diese gesetzlichen Vorgaben in seinen Richtlinien für die Durchführung von Qualitätsprüfungen in Krankenhäusern 1:1 umsetzen und den digitalen Datenaustausch zwischen dem MD und den Krankenhäusern weiter vorantreiben. Bei der Suche nach den besten Lösungen für Detailprobleme bei den Prüfungen und der Beseitigung von Hindernissen ist der MD Bund offen für Verbesserungsvorschläge der betroffenen Akteure. Auch an der Stelle nimmt er seinen gesetzlichen Auftrag zur Beteiligung sehr ernst. Er sieht sich als Partner der Krankenhäuser und der Politik in Bund und Land in dem gemeinsamen Bestreben um eine gute und bezahlbare Versorgungsqualität für die Versicherten.

Dr. Stefan Gronemeyer ist Vorstandsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Bund

Qualitätssicherung entbürokratisieren? Gut aufstellen!

Prof. Josef Hecken

Kaum ein Thema bringt das pflegerische und medizinische Personal in Krankenhäusern derzeit stärker in Rage als die Frage nach dem Zeitaufwand für das Erfassen von Abläufen und Prozessen, von Datensätzen und Kenngrößen im Berufsalltag. Aktuelles Beispiel aus dem Sommer 2024 ist eine Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) unter etwa 300 Allgemeinkrankenhäusern und Psychiatrien. Ergebnis: Nach eigenen Angaben verbringen Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte täglich durchschnittlich drei Stunden mit Dokumentationsarbeiten aufgrund verschiedener gesetzlicher Vorgaben. Dazu gehören auch Richtlinien zur Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Angesichts solcher Zahlen liegt es nahe zu schlussfolgern: Qualitätssicherung verursacht Bürokratie, Bürokratie bindet Fachkräfte, die in der Patientenversorgung gebraucht werden, und daher muss die Qualitätssicherung als Zeitfresser abgeschafft werden. Eine scheinbar einfache Lösung für ein gefühlt immer stärker werdendes Problem in deutschen Krankenhäusern. Doch wie es mit einfachen Lösungen fast immer ist, sie greifen für komplexe Lösungen nicht.

Qualitätssicherung ist kein Selbstzweck

Die Qualitätssicherung im Krankenhaus ist kein Selbstzweck, wie Kritiker gelegentlich meinen. Vielmehr garantieren in manchen besonders sensiblen und komplexen Leistungsbereichen erst Vorgaben wie die G-BA-Richtlinien, dass Patientinnen und Patienten bundesweit eine gute medizinische Versorgung erhalten. Gerade weil die Krankenhausversorgung anspruchsvoll ist, braucht es überprüfbare Regeln. Schließlich arbeiten hier multiprofessionelle Teams bei oft hoch komplexen Behandlungen zusammen, deren Ergebnisse standortunabhängig möglichst weitgehend vergleichbar gut sein sollen. Auf diese Behandlungssicherheit haben Patientinnen und Patienten in Deutschland einen gesetzlichen Anspruch.

»Kaum ein Thema bringt das pflegerische und medizinische Personal in Krankenhäusern derzeit stärker in Rage als die Frage nach dem Zeitaufwand für das Erfassen von Abläufen und Prozessen, von Datensätzen und Kenngrößen im Berufsalltag.«

»Nicht die Qualitätssicherung an sich war bisher das Problem im Klinikalltag, sondern die Art und Weise, wie wir sie in den letzten Jahren ausgestaltet haben.«

Deshalb ist klar: Qualitätssicherung im Krankenhaus wird ohne ein gewisses Maß an Dokumentation nicht funktionieren. Das Erfassen von Kenngrößen zur Qualitätssicherung gehört zur Arbeitsplatzbeschreibung von Ärztinnen und Ärzten sowie von Pflegekräften – genauso wie die direkte Patientenversorgung. Qualitätssicherung weist Verantwortungen zu und macht sie überprüfbar. Weil das so ist, mache ich mich aber auch dafür stark, dass für die Qualitätssicherung tatsächlich nur relevante Informationen erhoben werden. Oder anders ausgedrückt: Nicht die Qualitätssicherung an sich war bisher das Problem im Klinikalltag, sondern die Art und Weise, wie wir sie in den letzten Jahren ausgestaltet haben. Das sage ich als Vertreter des G-BA, bei dem der Gesetzgeber die Richtlinienkompetenz für die Qualitätssicherung angesiedelt hat, durchaus selbstkritisch.

Manche Vorgaben sind über das Ziel hinausgeschossen

Denn manche Vorgaben des G-BA sind – immer mit der Absicht des besten Patientenschutzes – manchmal etwas über das Ziel hinausgeschossen. Dieses „Zuviel“ hat der G-BA begonnen zu revidieren: Beispielsweise wird die datengestützte Qualitätssicherung bereits einfacher, praxisrelevanter und aufwandsärmer aufgestellt. Dort, wo es möglich ist, soll auf Routine- und Sozialdaten zurückgegriffen werden, um eine doppelte Dokumentation zu vermeiden. Ich bin überzeugt, durch diese Neuausrichtung wird es gelingen, mit deutlich weniger Aufwand die Versorgungsrealität abzubilden, ohne Abstriche bei der Qualität hinnehmen zu müssen.

Grundsätzlich gilt: Ob Verfahren und Instrumente zur Qualitätssicherung gezielt Wirkung entfalten, muss immer wieder überprüft werden. Und das schließt mit ein, dass je nach Ergebnis auch die Instrumente selbst angepasst, neu ausgerichtet oder sogar ganz abgeschafft werden. Auch das bedeutet „Qualitätssicherung gut aufzustellen“. Oder, wie es andere vielleicht formulieren würden: zu entbürokratisieren. Ich persönlich kann dem Gedanken viel abgewinnen, sich von solchen Indikatoren oder Verfahren zu trennen, die über Jahre unverändert gute Ergebnisqualität zeigen, weil es in diesen Bereichen offenbar keine gravierenden Probleme gibt. So hat der G-BA kürzlich im

»Dort, wo es möglich ist, soll auf Routine- und Sozialdaten zurückgegriffen werden, um eine doppelte Dokumentation zu vermeiden.«

ambulanten Bereich beschlossen, auf die Qualitätsprüfungen bei der Computertomographie in Arztpraxen zu verzichten, weil diese in Deutschland einen hervorragenden Standard erreicht hat.

Um die Ressource Mensch bei der Qualitätssicherung nicht aus dem Blick zu verlieren, müssen Aufwand und Nutzen stimmen. Insofern bedeutet Qualitätssicherung im G-BA ein stetiges Überprüfen des eigenen Tuns und der eingesetzten Instrumente. Diesen eingeschlagenen Weg gehen wir weiter, jedoch immer mit dem klaren Ziel, einer guten Versorgung aller Patientinnen und Patienten.

Prof. Josef Hecken ist unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

»So hat der G-BA kürzlich im ambulanten Bereich beschlossen, auf die Qualitätsprüfungen bei der Computertomographie in Arztpraxen zu verzichten, weil diese in Deutschland einen hervorragenden Standard erreicht hat.«

Bürokratie abbauen und neue vermeiden

Prof. Dr. Andreas Beivers

Ergebnisse eines bayerischen Modellprojektes

Das Gesundheitswesen ist kein Selbstzweck: Es muss die Patienten in den Mittelpunkt aller Bemühungen stellen und ineffiziente Prozesse vermeiden. Dem folgt das Ziel, mit knapper werdenden Ressourcen für alle Bürger eine hochwertige medizinisch-pflegerische Versorgung, ebenso wie einen guten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen sicherzustellen. Damit dies – gerade vor dem Hintergrund einer zunehmend angespannten Personalsituation in den Krankenhäusern – auch in Zukunft gelingen kann, gilt es alle Bereiche dahingehend zu analysieren, wie die Dinge besser gemacht werden können und wo auch auf unnötige bürokratische Tätigkeiten verzichtet werden kann. Unnötige Dokumentationsverpflichtungen ebenso wie bürokratische Auflagen, welche am Ende für die Patienten keinen Mehrwert – weder in Punkto Versorgungssicherheit noch Versorgungsverbesserung bieten – gilt es dringend zu überprüfen und, wo gesetzlich möglich, zu entschlacken. Bereits im Jahr 2015 hat eine HIMSS Europe-Studie versucht, das Volumen des Ressourceneinsatzes für Bürokratie in deutschen Akutkrankenhäusern zu messen und kam zu dem erschreckenden Ergebnis, dass Ärzte vier Stunden und das Pflegepersonal 36 Prozent ihrer täglichen Arbeitszeit hierfür aufwenden. Unter Betrachtung der Zunahme der bürokratischen Verpflichtungen in den vergangenen acht Jahren ist daher davon auszugehen, dass dieser Anteil heute noch größer ist.

Eine Entlastung der Klinikmitarbeiter durch weniger Bürokratie und weniger Dokumentation ist daher zwingend erforderlich, damit sie wieder mehr Freiraum für das haben, was sie am besten und am liebsten tun: Patienten versorgen. Diese Probleme sind längst bekannt und beschrieben, einzelne Bundesländer – wie der Freistaat Bayern – haben auch bereits erste Initiativen und Modellprojekte gestartet, um hier voranzukommen.

Auch wenn der „Aktionsradius“ aus Landesebene des gesetzlich Machbaren begrenzt ist, so hat das bayerische Modellprojekt gezeigt, dass ein strukturierter Dialog mit den Akteuren, ein „Praxischeck“ mit den Vor-Ort-Aktiven ebenso wie die Etablierung einer

»Eine Entlastung der Klinikmitarbeiter durch weniger Bürokratie und weniger Dokumentation ist daher zwingend erforderlich, damit sie wieder mehr Freiraum für das haben, was sie am besten und am liebsten tun: Patienten versorgen.«

Vertrauenskultur dazu beitragen kann, dass Erfolge gelingen. Im Ergebnis konnten erste Maßnahmen umgesetzt werden, die zu Erleichterungen im Alltag bayerischer Krankenhäuser durch einen kontinuierlichen, vertrauensvollen Dialog aller Teilnehmer führen. Außerdem wurden konkrete Lösungskonzepte für die Krankenhäuser zur Entlastung von bürokratischem Aufwand und zu Erleichterungen bei Bürokratie und Dokumentation formuliert. 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.

Ausgewählte, zentrale Ergebnisse des Modellprojektes

- 1 Der Medizinische Dienst Bayern setzt bei Abrechnungsprüfungen von Krankenhäusern noch stärker auf den digitalen Dialog. Darüber hinaus stellt die Etablierung von Video-Begehungen in den Krankenhäusern in Zukunft einen weiteren, aufwandsärmeren digitalen Kontakt zu den Krankenhäusern her. Dieser kann u. a. helfen, dass Missverständnisse zu den vorliegenden Unterlagen schneller ausgeräumt werden, und verhindert so unnötigen Mehraufwand.
- 2 Der Medizinische Dienst Bayern kündigt die Prüfzeiträume der turnusgemäßen Strukturprüfungen von Krankenhäusern frühzeitig an und gestaltet die Prüfungen möglichst aufwandsarm, im Rahmen des gesetzlich Möglichen. Durch einen größeren zeitlichen Vorlauf können die Krankenhäuser intern besser planen.
- 3 Es wurde erstmals eine „Preisliste“ bzw. ein Muster-Verhandlungsprozess für die Vereinbarung von Zusatzentgelten für einige Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (sog. NUB) als Empfehlung abgestimmt, an der sich Krankenhäuser und Krankenkassen bei Budgetverhandlungen orientieren können. Der Aufwand bei Budgetverhandlungen kann dadurch spürbar reduziert werden.
- 4 Die Projektpartner haben zugesagt, im jeweiligen Zuständigkeitsbereich – also beim Medizinischen Dienst, bei den gesetzlichen Krankenkassen und bei den Krankenhäusern selbst – für mehr Bewusstsein bezüglich nicht zwingend erforderlicher Dokumentationen, Strukturprüfungen und Qualitätskontrollen zu werben. Auf Basis der geschaffenen Vertrauensgrundlage wollen die Projektpartner auch weitere Optimierungsmöglichkeiten prüfen, etwa beim Einweisungs- und Entlassmanagement.

Krankenhausreform könnte noch mehr Bürokratie schaffen

Auch wenn der Bundesgesundheitsminister durch die von ihm angestoßenen Reformbemühungen Entbürokratisierung verspricht, muss sich dieses Versprechen erst noch erweisen. Vielmehr ist durch die verschiedenen, vorgesehenen Regelungen, wie beispielsweise im Bereich der Vorhaltekostenfinanzierung, der Überprüfung von Struktur- und Prozess-Parameter von Leistungsgruppen via der Medizinischen Dienste auf Bundes-, Landes- und Hausebene ein signifikanter Anstieg der Bürokratie zu befürchten.

»Die neuen Formen der Krankenhausfinanzierung können am Ende eines erfolgreich abgeschlossenen Reformprozesses zu einer Bürokratiereduktion führen.«

Die neuen Formen der Krankenhausfinanzierung können am Ende eines erfolgreich abgeschlossenen Reformprozesses zu einer Bürokratiereduktion führen, die Umsetzung – insbesondere der Vorhaltekostenfinanzierung – scheint jedoch zunächst ein wahres „Bükratiemonster“.

Aber auch die zurecht gewünschte und im Fokus stehende Ambulantisierung der Versorgung wird zu neuen Herausforderungen in diesem Bereich führen. Wenn dort klare Kriterien und Definitionen, z. B. was ambulant, was tagesklinisch und somit hybrid ist fehlen, droht erheblicher bürokratischer Dokumentations- und Prüfaufwand. Hinzu kommen bis dato noch immer unklare Prozesse im Einweisungs- und Entlassmanagement, ebenso wie die Definition der sozialen Indikation. Dem hat sich das bayerische Modellprojekt – wie oben kurz dargestellt – versucht anzunehmen, denn: Die Anzahl der Patienten, die aufgrund ihrer heimischen (Wohn-) Situation im Krankenhaus stationär aufgenommen werden müssen, auch wenn dies – medizinisch betrachtet – nicht nötig wäre (sog. primäre Fehlbelegung), wird zunehmen. Eben diese sozialen Begleitumstände, wie das häusliche Umfeld, mangelnde Mobilität oder auch die Pflegebedürftigkeit, führen oftmals zu stationären Einweisungen bzw. Verweildauern oberhalb der im Fallpauschalkatalog vorgesehenen sog. „oberen Grenzverweildauern“. Dies führt jedoch bei vielen Kliniken zu Abrechnungsprüfungen durch die Kostenträger und somit letztlich zu Bürokratie. Grund genug, sich diesem Thema detailliert anzunehmen.

Prof. Dr. Andreas Beivers ist Professor für Volkswirtschaftslehre & Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fresenius sowie Leiter der wissenschaftlichen Projekte der Rhön Stiftung.

Den Bürokratiedschungel zurückdrängen!

Dr. Johannes Danckert

Rund ein Drittel ihrer Arbeitszeit verwenden Ärzt*innen und Pflegekräfte auf die Bewältigung der Bürokratie. Das kostet viel Zeit und Geld. Die gemeinnützige Beratungsgesellschaft HIMSS schätzte 2015, dass Chefarzte durchschnittlich 65.550 Euro pro Jahr nur für Dokumentation bezahlt werden, bei Oberärzten sind es immerhin noch 31.000 Euro. Schon damals wurden die Gesamtkosten für Dokumentationszeiten in einer Klinik mit 450 Betten auf 5,5 Millionen Euro bzw. 21% der Personalkosten für Ärzt*innen und Pflegekräfte geschätzt.

Die Qualität der medizinischen Behandlung wird zu wenig gemessen

Zweifelsohne müssen Behandlungen im Krankenhaus im Sinne von Patientensicherheit, Behandlungsqualität und korrekter Abrechnung mit den Kostenträgern sauber und transparent dokumentiert werden. Denn gerade daran krankt ja das deutsche Gesundheitssystem, dass die Qualität der medizinischen Behandlung zu wenig gemessen wird. Aber dieses Ziel wird nicht erreicht, indem man eine Vorschrift und Berichtspflicht auf die andere türmt und die Krankenhäuser erstickt.

Für das pflegerische und medizinische Personal im Krankenhaus gelten derzeit mindestens fünf verschiedene Richtlinien, Verordnungen und Gesetze: die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV), die Richtlinie Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) des G-BA, die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser sowie im Rahmen der Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV). Eine Erweiterung der Datenlieferung nach Krankenhausentgeltgesetz fordert seit diesem Jahr die quartalsweise Auflistung der Ärzt*innen nach Fachabteilungen, Facharzttitel und Qualifikationen. Dazu kommen Tarifverträge wie zum Beispiel die Entlastungstarifverträge für Charité und Vivantes, die eigene Personaluntergrenzen für die Pflege definieren. Die Vorgaben haben jeweils eine unterschiedliche Systematik und erfordern jedes Mal neue Datenerhebungen.

Bisweilen bleiben Meldepflichten, die in der Pandemie als wichtig eingeführt wurden, erhalten, obwohl inzwischen überflüssig. So sind deutsche Krankenhäuser immer noch verpflichtet jeden Tag um 12 Uhr ihre freien Bettenkapazitäten auf Intensiv- und Normalstationen zu melden – auch am Wochenende, wenn im Gesundheitsamt niemand diese Meldungen liest. Nach dem Infektionsschutzgesetz müssen meldepflich-

tige Erkrankungen zwei Mal ans zuständige Gesundheitsamt gemeldet werden: Einmal durch den Arzt, ein zweites Mal durch das Labor. Es genügte völlig, wenn die meldepflichtige Infektion einmal erfasst wird, und zwar vom Labor, das den Erreger feststellt.

Wo sich die Gesundheitsbürokratie selbst finanziert

Besonders absurd wird es da, wo sich die Gesundheitsbürokratie selbst finanziert: Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bewertet Nutzen und Schaden medizinischer Maßnahmen für Patienten. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (INEK) berechnet die Kosten von Behandlung und Pflege im Krankenhaus. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) misst die Versorgungsqualität in Kliniken und Arztpraxen. Im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) entscheiden Leistungserbringer (Kliniken und niedergelassene Ärzte) über Leistungsansprüche der Versicherten sowie die Vergütung der Leistungserbringer und erlassen dazu Behandlungsrichtlinien. Diese Einrichtungen werden über einen Systemaufschlag auf jede Behandlungspauschale finanziert, der dann wieder an die Institutionen fließt. Das könnten die Krankenkassen auch direkt machen und den überflüssigen Kreislauf über die Kliniken sparen.

»Schon tauchen neue Bürokratiemonster am Horizont auf: Im Rahmen der Krankenhausreform sollen ärztliche Leistungen minutengenau jeder Leistungsgruppe zugeordnet werden. Noch weiß niemand, wie das umgesetzt werden kann.«

Schon tauchen neue Bürokratiemonster am Horizont auf: Im Rahmen der Krankenhausreform sollen ärztliche Leistungen minutengenau jeder Leistungsgruppe zugeordnet werden. Noch weiß niemand, wie das umgesetzt werden kann. Denn bei der Behandlung eines Schlaganfalls arbeiten zum Beispiel in unserer Neurologie mit Stroke Unit im Klinikum Neukölln Ärzte aus den Fachbereichen Neuroradiologie, Neurochirurgie, Gefäßchirurgie, Kardiologie, Diabetologie und Intensivmedizin Hand in Hand zum Wohle des Patienten. Die Formel nach der eine 15minütige Visite von drei Ärzten in einem Zimmer mit zwei Patienten künftig minutengenau aufgeteilt werden kann, haben wir noch nicht gefunden.

Nach einer aktuellen Studie der Deutschen Krankenhausgesellschaft DKG ist ein Krankenhausarzt durchschnittlich 2,9 Stunden am Tag mit Dokumentation befasst, Pflegekräfte 2,7 Stunden. Würde der Bürokratieaufwand nur um ein Drittel, also eine Stunde am Tag verringert, stünden auf einen Schlag 21.000 Ärzte und 43.000 Pflegekräfte mehr für die Arbeit am Patienten zur Verfügung.

»Würde der Bürokratieaufwand nur um ein Drittel, also eine Stunde am Tag verringert, stünden auf einen Schlag 21.000 Ärzte und 43.000 Pflegekräfte mehr für die Arbeit am Patienten zur Verfügung.«

Ein Traum! Er kann Wirklichkeit werden, wenn wir es schaffen den Bürokratiedschungel im Krankenhaus etwas zurückzudrängen. Dazu hat die DKG sage und schreibe 55 sehr konkrete Vorschläge vorgelegt.

https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/04_DKG-Positionspapier_Buerokratieabbau.pdf

Je schneller wir mit der Umsetzung beginnen, desto besser!

Dr. Johannes Danckert ist Vorsitzender der Geschäftsführung/Geschäftsführer Klinikmanagement bei Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH sowie stellv. Vorstandsvorsitzender der Berliner Krankenhausgesellschaft

Bürokratieabbau im Gesundheitswesen: Mehr Patientensicherheit durch Digitalisierung

Mehr Vertrauen, mehr Real World Data, mehr Patienteneinbindung –
und höhere Anforderungen an die Industrie in den Bereichen
Digitalisierung und Standardisierung

Dr. Ruth Hecker

Es ist unübersehbar, dass ein erheblicher Teil der Arbeitszeit im Gesundheitswesen auf die Dokumentation entfällt, was den direkten Kontakt mit Patienten einschränkt. Gleichzeitig dient Bürokratie oft als Mittel zur Rechtfertigung von Vergütungen und Leistungen im Gesundheitswesen. Hier ist ein grundlegender Wandel hin zu einer Kultur des Vertrauens dringend notwendig.

Problem 1: Stetig steigende Anforderungen

Die Anforderungen an die Dokumentation und Rechtfertigung von Leistungen nehmen kontinuierlich zu.

Lösung:

Statt die Anforderungen immer weiter auszubauen, sollte eine kritische Überprüfung bestehender Vorschriften erfolgen. Es ist sinnvoll, veraltete Qualitätsindikatoren, die keinen Mehrwert mehr bieten, abzuschaffen. Zudem könnten bestimmte Leistungen der Krankenkassen an Versicherte, die bislang einen ärztlich ausgefüllten Antrag erforderten, durch die Nutzung bereits vorhandener Patientendaten schneller und effizienter bewilligt werden. Dies setzt jedoch eine verbesserte Nutzung und Verknüpfung von Daten voraus, was wiederum eine konsequente Digitalisierung erfordert.

Problem 2: Ineffiziente Qualitätssicherung

Die derzeitige Qualitätssicherung ist langsam, aufwendig und durch übermäßige Dokumentation nicht unbedingt mit besserer Qualität verbunden.

Lösung:

Um eine realitätsnahe und effiziente Qualitätssicherung zu erreichen, müssen Anstrengungen unternommen werden, um „Real World Data“ direkt aus Patientendaten zu generieren. Diese Daten spiegeln die tatsächliche Versorgungsrealität wider und nicht bloß abrechnungsrelevante Aspekte. Dies erfordert eine umfassende Digitalisierung sowie die Etablierung einheitlicher Datenstrukturen und -parameter, um die Qualität und Patientensicherheit jederzeit in Echtzeit präzise messen zu können.

Problem 3: Redundante Dokumentation

Die wiederholte Erfassung identischer Patientendaten zu unterschiedlichen Zeitpunkten oder in verschiedenen Systemen führt nicht nur zu unnötiger Bürokratie, sondern birgt auch das Risiko von Informationslücken, die die Patientensicherheit gefährden können.

Lösung:

Hier sind sowohl die Politik als auch die Industrie gefordert, Standards und Vorgaben zu entwickeln und umzusetzen, die redundante Dokumentation vermeiden. Systeme müssen so gestaltet und standardisiert werden, dass Daten einmalig erfasst und mehrfach genutzt werden können. Dies würde die Bürokratie reduzieren und die Patientensicherheit erhöhen.

Problem 4: Fehlende Patienteneinbindung in die Dokumentation

Derzeit dokumentieren Ärzte und Pflegefachkräfte umfassend, während der Patient wenig bis gar nicht einbezogen wird.

Lösung:

Anamnese im digitalen System von Patienten erfassen lassen, z. B. über Patientenportale, weitere Patientendokumentationen aus digitalen Tagebüchern etc. nutzen. Bundeseinheitliche Patientenbefragungen, wie etwa Patient Reported Outcome Measures (PROMs) und Patient Reported Experience Measures (PREMs), sollten eingeführt werden. Diese Instrumente ermöglichen eine niedrigschwellige Erfassung und Auswertung von Aspekten der Behandlungsqualität und Patientensicherheit aus der Sicht des Patienten.

Problem 5: Unzureichende Nutzung vorhandener Daten

Die in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Krankenkassen vorhandenen Daten werden nicht ausreichend genutzt, obwohl sie einen großen, wenn auch abrechnungsrelevanten, Bias aufweisen.

Lösung:

Diese Daten sollten verpflichtend zur Verfügung gestellt werden, beispielsweise über das Datennutzungsgesetz. Auch wenn die Daten einen Bias enthalten, ist es besser, sie zu nutzen und den Bias gegebenenfalls herauszurechnen, als auf wertvolle Informationen zu verzichten.

Dr. Ruth Hecker ist Vorsitzende des Aktionsbündnis Patientensicherheit

Das APS ist Konsortialführer im vom Innovationsfond geförderten Projekt PSI-BUND. Hier werden wir in den nächsten 1,5 Jahren unter der wissenschaftlichen Leitung von Frau Prof. Kuske / Düsseldorf und der Mitarbeit von Prof. Jochen Schmidt / Dresden und Prof. Max Geraedts / Marburg, die Entwicklung eines bundesweiten, international anschlussfähigen, validen und bürokratiearmen Kern Datensatz an Indikatoren der Patientensicherheit zum sektorenübergreifenden Monitoring in der Gesundheitsversorgung prüfen.

Entbürokratisierung: Ja, aber mit Verantwortung!

Dr. Jürgen Malzahn

Das Gesundheitswesen – als eine tragende Säule der sozialen Daseinsvorsorge – ist einer der am stärksten regulierten öffentlichen Bereiche. Ein gewisses Maß an Steuerung ist erforderlich. Allerdings hat das Ausmaß der Regulierung in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Statt einen rechtlichen Rahmen zu setzen, der für die konkrete Umsetzung ausreichend Flexibilität ermöglicht, wird gesetzgeberisches Mikromanagement betrieben. Die Überregulierung ist zu hinterfragen. In ihrer derzeitigen Ausprägung führt sie zu einem ineffizienten Einsatz von Ressourcen.

Um dies künftig zu vermeiden bedarf es der Analyse, welchem Zweck die einzelnen Verfahren dienen. Meist gibt es für diese Vorgänge ein Ziel, das gegebenenfalls auch mit anderen Vorgaben erreicht werden könnte. Auslöser von Bürokratie sind oft der Wunsch nach größtmöglicher Einzelfallgerechtigkeit und Rechtssicherheit, geteilte Zuständigkeiten von Institutionen oder Abwägungen zwischen widerstreitenden Interessen. Daneben gibt es aber auch Bürokratieauswüchse, die schlicht durch qualitativ unzureichend durchdachte, praxisferne Vorgaben verursacht werden.

Bei der Reduzierung von Bürokratielasten ist daher eine Abwägung zu treffen, ob der Aufwand weiterhin erforderlich ist oder ob relevante Ziele auch mit vereinfachten Prozessen erreicht werden können. Die Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie der Arbeitsbedingungen der Beschäftigten des Gesundheitswesens sollten bei der Beurteilung von Änderungen die zentralen Kriterien sein.

Potenziale für Entbürokratisierung in der Qualitätssicherung

Patientinnen und Patienten, aber auch die Beschäftigten im Gesundheitswesen haben den Wunsch nach bestmöglicher Qualität der Leistungserbringung und nachvollziehbarer Qualitätstransparenz. Qualitätssicherung ist somit ein unverzichtbarer Bestandteil des Gesundheitswesens. Die verschiedenen Dimensionen von Qualität lassen sich in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterteilen. In allen drei Qualitätsdimensionen ist eine Reduzierung der Bürokratie möglich.

»Die Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie der Arbeitsbedingungen der Beschäftigten des Gesundheitswesens sollten bei der Beurteilung von Änderungen die zentralen Kriterien sein.«

Strukturqualität

Die Erhebung von Strukturqualitätsparametern erfolgt derzeit durch den Medizinischen Dienst (MD) mittels Kontrollen vor Ort. Diese Verfahren sind aufwendig und binden bei den Krankenhäusern und in den Medizinischen Diensten erhebliche personelle Ressourcen.

Verbesserungen können durch eine Prüfung der Notwendigkeit einzelner Kriterien, vor allem aber mittels einer digitalen Bereitstellung der benötigten Dokumente durch die Krankenhäuser erfolgen. Die meisten Strukturqualitätskriterien können von den Krankenhäusern anhand geeigneter Unterlagen nachgewiesen werden. Nur wenige Kriterien (z. B. spezielle bauliche Voraussetzungen) müssen vor Ort geprüft werden. Abhängig vom Prüfgegenstand sind auch größere Intervalle denkbar, um den bürokratischen Aufwand zu reduzieren.

Nach dem einmaligen Aufbau eines entsprechenden Portals kann die Prüfung durch den MD ganz überwiegend digital vorgenommen werden. Dies spart auf Seiten des Krankenhauses und des MD erhebliche Ressourcen ein. Der Gesetzgeber ist einerseits gefordert, die notwendigen Regelungen für eine verpflichtende digitale Umsetzung dieser Prüfungen zu schaffen. Andererseits sind Mehrfachprüfungen des gleichen Sachverhalts für unterschiedliche Zwecke durch Vereinheitlichung zu verhindern. Ansätze für entsprechende Optimierungen finden sich im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz.

Prozess- und Ergebnisqualität

Prozess- und Ergebnisqualität lassen sich überwiegend mit Abrechnungsdaten messen. Sofern einzelne relevante Parameter (z. B. Vorliegen eines Dekubitus bei Krankenhaus-Aufnahme vor) aktuell nicht mit ICD- oder OPS-Codes abbildbar sind, können diese in den Klassifikationen ergänzt werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat bisher entsprechende Anträge zur Anpassung der Klassifikationen leider nicht unterstützt, obwohl das Potenzial der Bürokratiereduzierung durch Ergänzungen einzelner Variablen in den bestehenden Datenflüssen erheblich ist. Zudem können die entsprechenden Daten zeitnah übermittelt werden und Veränderungen der Qualitätsparameter schnell zu den nötigen Anpassungen in den Kliniken führen.

In diesem Zusammenhang belegt die AOK-Gemeinschaft mit dem vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) entwickelten Verfahren zur Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) seit vielen Jahren, dass die Nutzung von Abrechnungsdaten zur Qualitätssicherung sinnvoll ist und ohne bürokratischen Mehraufwand für die Kliniken wertvolle Transparenz schaffen kann. Aktuell werden hier 23 Leistungsbereiche beleuchtet, davon 13 in der öffentlichen Berichterstattung auf Krankenhausstandortebene. Unter Mitwirkung von Expertenpanels werden die Indikatoren laufend überprüft und an den aktuellen Stand des medizinischen Fortschritts angepasst.

Verhinderung neuer Bürokratie: Beispiel Implantateregistergebührenverordnung

Entbürokratisierung heißt auch, keine neuen bürokratischen Prozesse einzuführen, die nicht erforderlich sind. Ein gutes Beispiel dafür ist das Deutsche Implantateregister (IRD): Hier besteht erheblicher Anpassungsbedarf bei den derzeit vorgesehenen Datenflüssen und den Grundlagen der Finanzierung. Beide Prozesse können erheblich vereinfacht werden, um mit geringeren Kosten qualitativ hochwertigere Daten für das IRD zu liefern. Stattdessen droht ab Januar 2025 die Umsetzung aufwendiger bürokratischer Verfahren, die Kliniken unnötig belasten werden. Große Leistungsbereiche wie die Endoprothetik werden dann nach den Regularien des Implantateregistergesetzes (IRegG) abgebildet, statt die bereits seit dem Jahr 2010 etablierten Prozesse des Endoprothesenregisters Deutschland (EPRD) zu übernehmen. Zu korrigieren ist die nahezu fehlende Nutzung von Sozialdaten der Krankenkassen, so dass viele Informationen in Kliniken nochmals erhoben werden müssen, obwohl diese bei den Kassen bereits vorliegen. Bei der Finanzierung des IRD mit Zuschlägen auf Einzelfallebene sollte dringend nachgebessert werden, um den bürokratischen Aufwand zu senken. Einzelfallbezogene Zuschläge einzuführen ist ein Konzept aus dem letzten Jahrhundert, auch weil diese Zuschläge immer wieder neu verhandelt werden müssen und anschließend Anpassungen der Software erfolgen müssen. Die bürokratischen Folgeaufwände sind nicht zu unterschätzen – und könnten ersatzlos entfallen.

Die erforderlichen Produktdaten, die bisher nur bei den Leistungsbringern vorliegen, können in die Datensätze nach § 295 bzw. § 301 SGB V integriert und den Krankenkassen übermittelt werden. Die Krankenkassen übermitteln anschließend die gesamten Daten an das IRD. Die Validität der Angaben aus den Kassendaten bzgl. Vorerkrankungen und Voroperationen ist deutlich besser als anamnestisch bei Patienten oder gar fremdanamnestisch erhobene Informationen. Dieses Vorgehen würde den Erhalt der Datenqualität auf dem Niveau des EPRD gewährleisten. Das derzeit geplante Vorgehen ist auch aus wissenschaftlicher Sicht abwegig.

»Zu korrigieren ist hier die nahezu fehlende Nutzung von Sozialdaten der Krankenkassen, so dass viele Informationen in Kliniken nochmals erhoben werden müssen, obwohl diese bei den Kassen bereits vorliegen. Bei der Finanzierung des IRD mit Zuschlägen auf Einzelfallebene sollte dringend nachgebessert werden, um den bürokratischen Aufwand zu senken.«

Für eine verantwortungsvolle Entbürokratisierung

Qualitätssicherung und Implantatesicherheit sind wichtige Bausteine für ein qualitativ hochwertiges Gesundheitswesen. Das medizinische Personal braucht Transparenz über die Ergebnisse von Behandlungen und Therapien, um die Qualität zu optimieren. Auch Versicherte und Krankenkassen haben Anspruch darauf, Informationen über die Qualität von Behandlungen zu erhalten. Eine verantwortungsvolle Entbürokratisierung sollte darauf hinwirken, diese Ziele so aufwandsarm wie möglich zu erreichen. Dazu braucht es Entscheidungswille, Begrenzung von Einzelfallgerechtigkeit zugunsten pauschaler Vergütungsinstrumente, die Nutzung digitaler Möglichkeiten und Kreativität.

Dr. Jürgen Malzahn ist seit 1997 im AOK-Bundesverband in verschiedenen Funktionen tätig, und leitet seit Januar 2007 die Abteilung Stationäre Versorgung/Rehabilitation. Zu seinen inhaltlichen Schwerpunkten zählen die Entwicklung der Vergütungssysteme der Krankenhäuser, Qualitätssicherung (G-BA Verfahren und Qualitätssicherung mit Routinedaten), Rehabilitation und Patientenrechte (Behandlungsfehler und medizinproduktassoziierte Gesundheitsschäden)

Bürokratismus oder mangelhafte Digitalisierung?

Jürgen Möller

Unter der Entbürokratisierung im Gesundheitswesen versteht man nicht den Übergang in die Adhokratie, sondern vielmehr die Verschlinkung und Vereinfachung von Prozessen. Liegt die Ursache für den gefühlten Bürokratismus in einer mangelhaften Digitalisierung?

Bei der Erbringung medizinischer Leistungen sind die digitalen Prozesse bereits regelhaft. Der Einsatz von OP-Robotern bis hin zur künstlichen Intelligenz ist nicht mehr ungewöhnlich. Anders sieht es bei der Dokumentation der medizinischen Leistungen, der Krankheitsverläufe, der Therapiepläne und der Weitergabe dieser Leistungen an andere Fachärztinnen und Fachärzte aus. Eine Ausleitung von strukturierten Daten aus dem Krankenhausinformationssystem ist nicht möglich. Die Folge daraus ist, dass die vom Gesetzgeber geforderte elektronische Patientenakte aus vielen pdf-Dokumenten bestehen wird. Ein erstes Anzeichen für mangelhafte Digitalisierung, welche als Bürokratismus verstanden wird. Einen großen Anteil an gefühlter Bürokratie haben auch die administrativen Prozesse im Gesundheitswesen. Drei Beispiele aus der GKV-Abrechnung.

1. Fakturierung der vollstationären Pflege

Für die Pflegekassen und Sozialämter erfolgt die monatliche Abrechnung in Papierform (SGB XI und SGB XII). Einige Pflegekassen benötigen die Rechnungen nur bei Einzug der Patienten, Auszug oder für die Monate der Abwesenheit der Patienten. Die Rechnungserstellung im SGB V Bereich erfolgt zum Teil digital über § 302 SGB V. Sämtliche Änderungen (Einzug, Auszug, Krankenhausaufenthalt, etc.) müssen den Pflegekassen per Fax oder Brief mitgeteilt werden. Absetzungen (Rechnungskorrekturen) der Pflegekassen und Sozialämter werden per Brief, Fax oder E-Mail mitgeteilt.

Die Lösung muss hier über einen komplett einheitlichen digitalen Prozess erfolgen.

2. Heilmittelabrechnung

Die Übertragung der Stamm- und Leistungsdaten der Patienten erfolgt über die Schnittstelle nach § 302 SGB V. Die Kostenübernahmen von Sonderkostenträgern wie z. B. Sozialämter, Bundeswehr, Polizei, etc. müssen analog, also in Papierform übermittelt werden. Sämtliche Verordnungen müssen als Original in Papier den Abrechnungsbegleitscheinen beigelegt werden. Absetzungen (Rechnungskorrekturen) erfolgen analog per Post. Widersprüche der Leistungserbringer erfolgen digital über das sogenannte Korrekturverfahren. Zusätzlich muss hierzu der Widerspruch wie auch die notwendigen Anlagen analog per Post versandt werden.

Die Lösung kann auch hier nur ein komplett einheitlicher digitaler Prozess sein.

»Warum ist es in unserem digitalen Zeitalter nicht möglich diese Prozesse einheitlich, schlank und digital umzusetzen?«

3. KV-Notfallscheinabrechnung

Die Abrechnung der Leistungen der Rettungsstellen der Krankenhäuser erfolgt vierteljährlich digital mit den Kassenärztlichen Vereinigungen. Jedoch müssen die Kostenübernahmen von Sozialämtern oder Bundeswehr zusätzlich zu der digitalen Leistungsübertragung in Papierform mit eingereicht werden. Dies gilt auch für die Vorgänge nach dem Sozialversicherungsabkommen für ausländische Patienten. Fehlende Angaben zu der Abrechnung werden in der Regel per E-Mail oder per Post angefordert. Die Übermittlung der Honorarbescheide für die Leistungserbringer erfolgt nicht vollständig digital.

Auch hier ist die Lösung eine einheitliche, digitale Veränderung.

Und ein Beispiel, welches jeden Arbeitgeber betrifft.

4. Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Gesundheitspolitiker sind stolz, die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) realisiert zu haben. Ursprünglich sollte das Verfahren so ablaufen, dass die Patientin oder der Patient in der Arztpraxis als arbeitsunfähig festgestellt wird, von der Praxis für sich ein Dokument erhält und die Praxis dies der zuständigen Krankenkasse elektronisch meldet. Der Gesetzgeber sah vor, dass die Krankenkasse dann den Arbeitgeber über die Arbeitsunfähigkeit informiert. Dieser gedachte Prozess wäre rund und schlank gewesen. Ein bürokratischer Prozess wäre nicht zustande gekommen, da auch Übermittlungsfehler wegen des elektronischen Austauschs nicht passiert wären.

Die Realität heute sieht anders aus. Die Krankenkassen haben sehr schnell die Annahme der elektronischen AU und die Information an die Arbeitgeber als nicht umsetzbar abgelehnt. Daher bricht der perfekte Prozess an der Stelle ab, wo die Meldung an den Arbeitgeber erfolgen soll. Der Patient ist wieder gefordert seinen Arbeitgeber über die AU zu informieren und die Arbeitgeber stellen dann eine Anfrage an die Krankenkasse, ob eine AU vorliegt. Wann die Antwort von der Krankenkasse an den Arbeitgeber gegeben wird und ob die Antwort korrekt ist, bleibt offen. Der bürokratische Aufwand entsteht bei den Arbeitgebern – die sich den „gelben Schein“ zurückwünschen – und von dem schlanken, elektronischen Prozess ist nicht mehr viel übrig.

Warum ist es in unserem digitalen Zeitalter nicht möglich diese Prozesse einheitlich, schlank und digital umzusetzen?

Jürgen Möller ist Gesundheits- und Sozialökonom und seit 1996 in der Geschäftsführung der PVS berlin-brandenburg-hamburg GmbH & Co. KG tätig.

Über Gesundheitsstadt Berlin

Gesundheitsstadt Berlin ist als gemeinnütziger Verein eine interdisziplinäre Plattform für die Akteure des Gesundheitswesens in der Metropolregion Berlin und Brandenburg mit überregionaler Impulswirkung für die gesamte Republik. Der Verein setzt sich für nachhaltige Lösungen zu zentralen Herausforderungen des Gesundheitswesens und zur Förderung von Public Health ein.

Wir organisieren Arbeitskreise, Foren, Kongresse sowie medizinische Fachveranstaltungen und setzen öffentlich geförderte Forschungsprojekte um. Wir setzen uns für die körperliche und psychische Gesundheit der Bevölkerung in der Metropolregion Berlin und Brandenburg ein (Public Health) und fördern Vernetzung und Kooperationen von allen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern durch Bündelung und Koordinierung von Initiativen und Aktivitäten in der Region. Wir stärken das Bewusstsein in Wirtschaft, Wissenschaft und Öffentlichkeit für die öffentliche Gesundheitspflege (Public Health).

Wir berichten über die Bedeutung der medizinischen Forschung.

Wir vernetzen die Gesundheitswissenschaft und die medizinische Forschung im Sinne der Translation mit den Akteuren der Versorgung.

Wir bringen Startups und Gründerinnen und Gründer mit Unternehmen aus der Gesundheitswirtschaft zusammen.

www.gesundheitsstadt-berlin.de



**18. Nationaler
Qualitätskongress
Gesundheit**

7. und 8. November 2024 | Berlin

**gesundheitsstadt
berl:n**
das netzwerk
für berlin-brandenburg