



Zu viel Bürokratie hemmt die Funktionsfähigkeit des Gesundheitswesens:

Die DGfM fordert die Politik auf, die Bürokratielast im Gesundheitswesen zu begrenzen

Die Gesundheitsbranche ist seit jeher durch eine hohe Regulierungsdichte und eine große Menge an Dokumentationspflichten gekennzeichnet, was verständlich ist, wenn man die Bedeutung und den Stellenwert der betreffenden Leistungen im Hinblick auf die damit verbundene Verantwortung betrachtet. Das Problem ist, dass in den letzten Jahren die staatliche Regulierung in der Leistungserbringung von Gesundheitseinrichtungen immer weiter zugenommen hat, wodurch auch der Bürokratieaufwand weiter gewachsen ist.

Nun liegt der Reformvorschlag des Bundesgesundheitsministers Karl Lauterbach vor. Aus dem Blickwinkel des Medizincontrollings bringt der Entwurf der Regierungskommission in der praktischen Umsetzung eine Vielzahl an Herausforderungen mit sich. Allein im Bereich der Dokumentations- und Berichtspflichten wird im Fall einer unveränderten Umsetzung des Entwurfs eine zusätzliche Last auf Gesundheitseinrichtungen zukommen: Es werden weiterhin sowohl allgemeine Überprüfungen als auch einzelne Fallanalysen benötigt, zusätzlich zu den Strukturvorgaben der Einstufungen sowie Qualitäts- und MD-Prüfungen, basierend auf der Fallzahl. Dies führt zu einem zunehmenden Dokumentationsaufwand. Um die Belastung zu verringern, wäre es sinnvoll, Überschneidungen in den MD-Prüfungen zu identifizieren und zusammenzufassen.

Der aktuelle Vorschlag der Regierungskommission basiert auf einer

Nachbewertung des Krankenhausaufenthaltes, was für einen Großteil der Behandlungen (zum Beispiel im Bereich der Notfallversorgung) nicht geeignet ist. Um eine ex-ante-Einschätzung des Behandlungsverlaufs zu ermöglichen, sind neue Kontextfaktoren notwendig, die als Abgrenzung zur ambulanten Versorgung dienen können.

Des Weiteren gibt es Verbindungen zwischen den Fallzahlen und den Vorhaltebudgets sowie den Residual-DRG. Dies kann zu ungewollten Mengenausweitungen führen. Erfahrungen zeigen, dass Behandlungen, die mit dem OPS (Operationssystem) klassifiziert sind, leicht in Leistungsgruppen eingeteilt werden können, die den Eingriff beschreiben. Der Reformentwurf bezieht sich jedoch auf Leistungsbereiche, die an den Basis-DRG (Diagnosis Related Groups) orientiert sind. Daher empfiehlt es sich, sowohl bei der Praxistauglichkeit als auch bei der Reduzierung der Bürokratie und Komplexität weitere Verbesserungen vorzunehmen. Durch den Reformvorschlag wird der bürokratische Aufwand nur weiter ansteigen. Dabei haben die bürokratischen Pflichten für Krankenhäuser und Co. bereits jetzt ein kaum mehr tragbares Ausmaß erreicht: Seit 2020 hat sich die Anzahl der Gesetze, Verordnungen und Bestimmungen, die direkt oder indirekt auf die Krankenhausedokumentation wirken, rapide erhöht. Allein seit dem 1. Januar 2020 gab es 238 relevante Gesetzesänderungen, Richtlinien, Verord-

nungen und Erlasse. Dabei betrafen über 980 Detailregelungen im Medizincontrolling Abrechnungs-, Dokumentations- und Nachweispflichten, was zu einer weiteren Belastung von Kliniken, Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst geführt hat.

Ein aktuelles Beispiel ist die Veröffentlichung zur Umsetzung der Überprüfung von 267 kleinbedruckten Seiten mit Kontextfaktoren für ambulant erbringbare Leistungen, die ab dem 16. Februar 2023 gilt. Dies wird bei einem Drittel der Klinikfälle zu weiteren Prüf- und Dokumentationspflichten im Aufnahme- und Abrechnungsprozess führen.

Die Bürokratie belastet Ärzte und Pflegekräfte, die gerne mehr Zeit mit ihren Patienten verbringen möchten. Eine Studie von Asklepios aus dem Jahr 2019 zeigte, dass 85 Prozent der Stationsärzte und 68 Prozent der leitenden Ärzte dadurch frustriert waren, während 93 Prozent der Klinikärzte eine Misstrauenskultur zu Lasten der Patienten erlebten. Die in Studien und Beiträgen am häufigsten benannten Bürokratiethemen aus Krankenhaussicht sind auszugsweise in der ►Abbildung benannt.

Versuche der Politik, Bürokratie abzubauen, sind bislang gescheitert oder haben sich sogar ins Gegenteil verkehrt: Das MDK-Reformgesetz, welches am 7. November 2019 vom Bundestag verabschiedet wurde und zum 1. Januar 2020 in Kraft trat, hat zu

substanziellen Veränderungen in der Krankenhaus-Rechnungsprüfung geführt. Das Gesetz war aufgrund der Tatsache notwendig geworden, dass Krankenkassen zu oft Krankenhausrechnungen kontrollierten, manchmal aus Wettbewerbsgründen und aus einem grundlegenden Misstrauen gegenüber Krankenhäusern. Das Ziel des Gesetzes war es, Bürokratie zu reduzieren und eine faire Abrechnung durch Krankenhäuser zu fördern. Das Gesetz hat jedoch auch Strafzahlungen für Krankenhäuser eingeführt. Da die Prüfreglungen jetzt mit einem Sanktionssystem versehen wurden, hat dies die Konkurrenz zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern erhöht. Um die Einkünfte in Kliniken zu sichern, mussten die Dokumentationsanforderungen deutlich gesteigert werden.

Mit der Einführung von § 275d SGB V wurden Strukturprüfungen eingeführt. Anstatt wie bisher die technischen und personellen Voraussetzungen für bestimmte Krankenhausleistungen einzeln zu prüfen, wird das Verfahren nunmehr in Form einer Strukturprüfung des jeweiligen Operationen- und Prozedurenschlüssels gebündelt. Krankenhäuser müssen die Übereinstimmung mit den Strukturmerkmalen durch den Medizinischen Dienst überprüfen lassen, bevor sie entsprechende Leistungen abrechnen können. Diese Vorbereitung von Strukturprüfungen ist ein zeitaufwändiger Prozess, der von den Mitarbeitenden im Medizincontrolling, Ärzten, Pflegekräften, dem Sozialdienst und dem Patientenmanagement unterstützt wird.

Obwohl positive Ergebnisse erzielt werden, indem abrechnungsrelevante Operationen und Prozedurcodes überprüft werden, ist es dennoch notwendig, Strukturmerkmale regelmäßig zu überwachen. Krankenhäuser müssen den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst mitteilen, wenn sie ein oder mehrere Strukturmerkmale über einen Monat nicht mehr einhalten. Die Überprüfung dieser Merkmale ist von großer Bedeutung, da sie einen erheblichen Teil des Budgetvolumens eines Krankenhauses ausmachen, insbesondere bei hochdetaillierten Komplexbehandlungs-codes.

Zeitintensive Bürokratiethemen mit hohem Personalbindungsfaktor: <ul style="list-style-type: none"> MDK-Einzelfallprüfungen (inkl. Prüfquoten, Sanktionen, PrüVV) Begründung akutstationäre Notwendigkeit (6-15 % der Fälle) Entlassmanagement Datenschutzrichtlinien GBA-Qualitätsrichtlinien / Notfallstufen Investitionsfördermittel Komplexbehandlungen Qualitätssicherung / Qualitätsberichte Risikostatistik, Sollstatistik QSKH-RL, DEQS-RL, QS-Datenabgabe Pflegeuntergrenzen / Personalvorgaben Pflegebudget Pflegeberufegrenze (Ausgleichsabrechnungen, Umlagemeldungen) Strukturprüfungen OPs Haftungsrecht 		
Additive Bürokratiethemen: <ul style="list-style-type: none"> Budgetverhandlungen Mindestmengen Ambulante Notfallabrechnung Datenschutzrichtlinien Risikomanagement, Compliance, Antikorruptionsgesetz Brandschutz / TÜV, Medizinproduktegesetz Energiewirtschaft Coronaverordnungen / Impfpflicht Arbeitszeitgesetz / tarifliche Besonderheiten Statistikdaten (Krankenhäuserstatistik, Landesämter, IneK, DEMIS, Jahresabschlüsse) Registermeldungen (Tumor, Implantate, Transplantation, DIVI, Gesundheitsamt) Hygiene Sektorengrenzen / KV-Bedarfsplanung Antrags- und Nachweispflichten KHZG 		
Neue Bürokratiethemen: <ul style="list-style-type: none"> Umsetzung der über 100 Kontextfaktoren zum AOP-Katalog → Erweiterung der Begründungspflichten zur akutstationären Notwendigkeit; Erwartungswert mind. 30 % der Krankenhaufälle Budgetverhandlung (Neues Fristen- und Prüfregime mit Präklusion) Erörterungsverfahren im Rahmen der Prüfverfahrensvereinbarung Tagesbehandlung im DRG-System 	Zukünftige Bürokratiethemen: <ul style="list-style-type: none"> Hybrid-DRG Krankenhausreformvorschlag: Strukturenprüfung der Levelvoraussetzungen; weiter bestehende Fallpauschalen → Prüfregime wird um weitere Komponente verschärft PPR 2.0 Sektorenübergreifende Vergütung 	

Abb.: Stichwortartige Übersicht zu den häufigsten Bürokratiethemen im Krankenhaus

Leider führt das MDK-Reform-Gesetz nicht zu einer Reduzierung des administrativen Aufwands, wie ursprünglich gehofft. Krankenhäuser senden den Kassen jedes Jahr etwa 16,7 Millionen Anträge für Kostenerstattungen von stationären Aufenthalten mit einem Gesamtwert von 75 Milliarden Euro. Die Kassen beschäftigen dafür oft mehrere hundert Mitarbeiter. Auch der Personalaufwand beim Medizinischen Dienst ist betroffen. Eine Vereinfachung des Prozesses könnte auf beiden Seiten, Krankenhaus und Krankenkasse, zu einer Freisetzung von Ressourcen und zu enormen Kosteneinsparungen führen.

Trotz mehrerer Versuche, die Bürokratie im Gesundheitswesen zu reduzieren, steigen sowohl der Aufwand als auch die Kosten für bürokratische Prozesse in Kliniken weiter an. Die Krankenhausreform der Regierung ist dabei eine verpasste Chance – anstelle der Möglichkeit, Altlasten abzubauen und die Funktionsfähigkeit von Kliniken ebenso wie den Mehrwert für Patienten zu verbessern, schaffen die Pläne zusätzliche Bürden. Die Anforderungen an die richtige Rechnungsstel-

lung werden immer komplexer und die Konsequenzen von Verstößen immer schwerwiegender. Daher ist der hohe Aufwand für die Bürokratisierung im Verhältnis zu den Kosten fehlerhafter Rechnungen unverhältnismäßig hoch. Die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V. fordert die Politik deshalb auf, Bürokratielasten abzubauen und damit sowohl finanzielle Ressourcen für Krankenhäuser zu befreien sowie ärztliche und pflegerische Betreuungskapazitäten auszuweiten. ■

Prof. Dr. Erika Raab
 Vorstandsvorsitzende der DGfM
 erika.raab@medizincontroller.de



Prof. Dr. Erika Raab