



Das Märchen von der Entbürokratisierung

Einige Gedanken zur Krankenhausreform

Von Dirk Hohmann

Sie soll kommen die Entbürokratisierung, besonders im Gesundheitswesen. Sie ist schon lange unterwegs und einige Menschen in Berlin sind sogar der Meinung, sie sei schon lange da. Die Entbürokratisierung kommt aber nicht allein, sie

eingestellt ist, also z.B. Verarzten, Pflegen oder Digitalisieren. Deswegen gibt es einen sehr fleißigen Bundesgesundheitsminister mit seiner beratenden Regierungskommission. Hr. Lauterbach hat am 21.03.2024 in Berlin ausgeführt, dass dies Men-

nung abzubauen: Prüfungen von OPS-Strukturmerkmalen, Einhaltung GBA-Richtlinien, Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV), Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfEG), Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG), Krankenhaustransparenzgesetz. Letzteres ist vor kurzem in Kraft getreten. Krankenhäuser werden verpflichtet, Daten zu ihren Leistungen und Qualität in noch größerem Umfang zu erheben und zu versenden (Fallzahlen, OP-Zahlen, Komplikationsraten, Personalschlüssel, Zertifizierungen und Qualifikationen). Es wird ein neues Online-Portal Krankenhausatlas und neue Stellen beim InEK und IQTIQ geschaffen. Also auch hier wieder Ressourcenverschiebung weg von der Patientenbetreuung hin zu einem Datensammelinstrument. Es sollen den Krankenhäuser Level, entsprechende Leistungsgruppen und Fallzahlen zugeordnet werden. Damit ist es eine Umgehung der

**„ Und was will die große Krankenhausreform?
Natürlich alles besser machen: Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung, Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität und selbstverständlich die Entbürokratisierung. “**

kommt mit der großen Krankenhausreform. Dass Krankenhäuser um ihre Existenz kämpfen müssen, ist nichts Neues. Allerdings spitzt sich die Lage immer mehr zu. Aktuell gibt es eine Kostenexplosion im stationären Sektor, Fachkräftemangel aller Orten, deswegen können Krankenhäuser nicht alles machen, was sie können und wollen, die Digitalisierung läuft schleppend, ambulantes Operieren muss häufig noch gelernt werden, die Verzahnung ambulant und stationär ist sehr ausbaufähig. Und was will die große Krankenhausreform? Natürlich alles besser machen: Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung, Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität und selbstverständlich die Entbürokratisierung. Die knappe Ressource Fachkraft soll das machen, wozu sie

schen sind, die, so wie er, sehr mit der Praxis verhaftet sind und wissen, was in deutschen Krankenhäusern passiert.

Und deswegen sind in den letzten Jahren über vierhundert Verordnungen

„Es wird ein neues Online-Portal Krankenhausatlas und neue Stellen beim InEK und IQTIQ geschaffen. Also auch hier wieder Ressourcenverschiebung weg von der Patientenbetreuung hin zu einem Datensammelinstrument.“

und Gesetze in Kraft getreten, die dem Medizincontrolling und den Krankenhäusern helfen, ihre Arbeit zu vereinfachen und vor allem die Bürokratisie-

Länderhoheit. Transparenz ist gut, Patienten sollen sich orientieren können, allerdings gibt es schon Qualitätsportale. Außerdem besteht auch bei die-

sem Gesetz die große Gefahr, dass an der Alltagsrealität vorbeigedacht wird. Die angedachten hohen zweistelligen Ausgaben an Steuergeldern könnten in innovative Ideen zur Vernetzung der Mitspieler im Gesundheitswesen investiert werden. Wo bleibt hier die Entbürokratisierung?

„Personal in deutschen Krankenhäusern mit immer mehr Bürokratie zu belasten und das unter dem Mantel der Entbürokratisierung zu verstecken, macht unzufrieden und erhöht in keiner Weise die Behandlungsqualität. Nur Krankenhäuser zu reformieren ist einfach zu kurz gedacht und geht absolut an der Realität vorbei.“

Hr. Lauterbach propagiert als Ausweg immer wieder das sogenannte Dänische Modell. Dieses wird in seinen Ausführungen aber immer nur einseitig beleuchtet. Es ist korrekt, dass es in Dänemark eine Zentralisierung von Kliniken gibt; Kompetenzzentren, die hochspezialisiert sind und eine gesteigerte Effizienz in medizinischen und betrieblichen Prozessen sowie in der Ressourcennutzung bei der patientenorientierten Versorgung bieten.

Diese Superkliniken stehen allerdings auf einem sehr soliden ambulanten Unterbau. Schon 1999 wurde die erste nationale E-Health-Strategie in Angriff genommen, es entstand ein einziges nationales E-Health Board unter der Verantwortung des Gesundheitsministeriums. Hier werden Inhalte der nationalen E-Health-Strategien festgelegt und zwischen den Regionen und Akteuren des Gesundheitssystems vermittelt. Es gibt digitale Lösungen wie Elektronische Patientenakten (ePA), Medikationslisten oder das E-Rezept.

Auf dem Gesundheitsportal sundhed.dk werden alle Digital-Health-Anwendungen gespeichert. Zur Geburt wird jedem dänischen Bürger eine persönliche Identifikationsnummer zugeteilt. Damit kann man sich beim Gesundheitsportal einloggen und sich über die dort gespeicherte Krankengeschichte informieren. Das heißt, alle medizinische Daten wie Diagnosen, Medikationspläne, Behandlungen, Laborwerte oder Operationen sind dort abgelegt. Mit Zustimmung können Hausärzte, Apotheker und alle anderen Akteure im Gesundheitswesen (z.B. niedergelassene Fachärzte, Zahnärzte, Physiotherapeuten) darauf zu-

greifen. Das verringert Bürokratie. Und bevor Patienten in die zentralen Kliniken überwiesen werden, gibt es ein dichtes ambulantes Netz von Hausärzten, Zahnärzten und Fachärzten, bis hin zu ambulanten Versorgungszentren, die ein Großteil an Erkrankungen abfangen, welche in

Deutschland, in Ermangelung der entsprechenden Niederlassungen, in die Zentralen Notfallambulanzen der Krankenhäuser gespült werden. In Dänemark wird das Gesundheitswesen übrigens zu 80 Prozent steuerfinanziert und ausschließlich staatlich organisiert.

Personal in deutschen Krankenhäusern mit immer mehr Bürokratie zu belasten und das unter dem Mantel der Entbürokratisierung zu verstecken, macht unzufrieden und erhöht in keiner Weise die Behandlungsqualität. Nur Krankenhäuser zu reformieren ist einfach zu kurz gedacht und geht absolut an der Realität vorbei. Wenn Reformen, dann sollten diese sinnigerweise im ambulanten, niedergelassenen Bereich beginnen. Und es sollten in beiden Bereichen Fachleute in den Reformprozess einbezogen werden, die sich in der Praxis auskennen. Davon gibt es in der DGfM genügend! ■



Dirk Hohmann
stellvertretender Vorsitzender der DGfM
dirk.hohmann@medizincontroller.de

Wer prüft die Prüfer?

Die Arbeitsgruppe MD der DGfM hat mittlerweile eine Umfrage erarbeitet, mit der die Zusammenarbeit zwischen Medizincontrollern und dem Medizinischen Dienst ausgewertet werden soll. Dabei werden Qualität der Gutachten, Qualifikation der Gutachter, finanzielle Auswirkungen und bürokratischer Aufwand für die Krankenhäuser beleuchtet.

Die Auswertung der Umfrageergebnisse soll neben belastbaren Ergebnissen auch Empfehlungen und Hilfestellungen für die weitere Zusammenarbeit beider Parteien bringen.

Bitte nehmen Sie an der Umfrage teil, damit die Datenbasis so breit wie möglich ist. Ihre Antworten bleiben selbstverständlich anonym. Über den QR-Code gelangen Sie direkt zur Umfrage oder auch über <https://www.medizincontroller.de/MD2024>.

