



Bürokratie

Aufwand hoch, Nutzen zu gering

Die Zahl der Gesetze, Verordnungen und Richtlinien im Gesundheitswesen ist seit der Pandemie rasant angestiegen und verschärft die Dokumentationslast der Klinikmitarbeiter. Das Verhältnis von Aufwand und Nutzen stimmt nicht, bemängelt unsere Autorin.

Von Prof. Dr. Erika Raab

Im Vergleich zu anderen Branchen ist die Regulierungsdichte im Gesundheitswesen seit jeher hoch. Das ist nachvollziehbar, wenn man sich die Relevanz und den Stellenwert der betreffenden Leistungen vor dem Hintergrund der damit einhergehenden Verantwortung vergegenwärtigt. Das Problem: Seit Jahren steigt der staatliche Eingriff in die Leistungserbringung von Gesundheitseinrichtungen durch immer wieder neu zu bewältigende Bürokratielasten.

Anstatt zu entlasten, werden dem Gesundheitswesen zahlreiche Bürokratieaufwendungen auferlegt: Pflegeuntergrenzen, Mindestmengen, Begründungen

für akutstationäre Behandlungsnotwendigkeiten, Qualitätsindikatoren und Qualitätsbögen, Strukturvorgaben für Komplexbehandlungen für den Medizinischen Dienst und zusätzliche Strukturvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie Dokumentationsanforderungen für Einzelfallprüfungen. Ganz frisch steht die mit Wirkung zum 16. Februar 2023 veröffentlichte Umsetzung der Prüfung von über 100 Kontextfaktoren zur Prüfung ambulant erbringbarer Leistungen an, die erkennbar bei einem Drittel der Klinikfälle zu weiteren Prüf- und Dokumentationsanforderungen im Aufnahme- und Abrechnungsprozess führen wird.

Bürokratie muss einen Nutzen haben

Unter Bürokratie ist die Verwaltung von Daten zur Einhaltung von Regulierungsvorschriften sowie inner- und außerbetrieblicher Transparenz zu verstehen. Die Regulierung ergibt sich sowohl staatlicherseits auf allen gesetzgeberischen Ebenen als auch durch die Selbstverwaltungsorgane des Gesundheitswesens. Gleichzeitig ist die Bürokratie auch Produkt von internen Vorgaben von Unternehmen. Somit folgt die Bürokratie stets daraus, dass ein bestimmter Zweck erreicht werden soll. Sie wird

Illustration: Getty Images/Carol Yepes

Die Kassen erhalten derzeit von den Krankenhäusern pro Jahr etwa 16,7 Millionen Anträge auf Kostenerstattung für stationäre Aufenthalte.

nicht um ihrer selbst willen betrieben, sondern soll dem Bürokratiebetreiber einen gewissen Nutzen bieten. Ein gewisser bürokratischer Aufwand ist zwingend, denn diese Daten sind sowohl intern als auch extern nützlich. Gleichwohl kostet die Sammlung der Daten zur Einhaltung von Regulierungsvorschriften und die daraus resultierenden Bürokratisierungsprozesse viel Zeit und Geld. Kosten und Nutzen von Bürokratie sind deshalb gegeneinander abzuwägen. Trotz fehlender empirischer Untersuchungen ist anzunehmen, dass der Nutzen bei steigenden Bürokratiekosten nur unterproportional wächst. Wie groß der Zuwachs an Regulierungsvorschriften allein in den Jahren 2000 bis 2017 war, ergibt sich aus der Abbildung 1. Es folgten in den Jahren 2018 bis 2019 neben diversen Änderungen zur Arzneimittelverschreibung oder der Anpassung der Verordnung von Betäubungsmitteln, Anpassungen im Datenschutzrecht, dem Implantateregister-Einrichtungsgesetz oder Arzneimittelverordnungssicherheitsgesetz auch Änderungen, die den Bürokratieaufwand ganz besonders nachhaltig erhöht haben, wie das MDK-Reformgesetz sowie diverse Verordnungen zum Prüfverfahren und zu den Strukturprüfungen. Seit 2020 hat sich die Anzahl der Gesetze und Gesetzesänderungen, Richtlinien, Verordnungen und Ausführungsbestimmungen, welche direkt und indirekt auf die Krankenhausdokumentation wirken, explosionsartig vermehrt. Seit dem 1. Januar 2020 wurden 238 relevante Gesetzes-, Richtlinien-, Rechtsverordnungen und Erlasse gezählt. Über 980 Detailregelungen betrafen dabei allein im Medizincontrolling Abrechnungs-, Dokumentations- und Nachweispflichten, welche mit hoher Dynamik, Detailtiefe und Komplexität sowie unrealistisch kurzen Umsetzungsfristen zur weiteren Belastung von Kliniken, Krankenkassen und beim Medizinischen Dienst führten.

Bürokratielasten im Krankenhaus

Bereits 2015 hat die HIMSS Europe in deutschen Akutkrankenhäusern das Volumen des Ressourceneinsatzes für Bürokratie gemessen. Dabei wurde der Dokumentationsaufwand einschließlich aller dabei anfallenden Abläufe sowohl in der Ärzteschaft als auch beim Pflegepersonal im Verlauf eines Behandlungsfalls ermittelt sowie das Einsparpotenzial durch die Verwendung IT-gestützter

ge die Krankenkassen: Diese verursachen nicht nur in ihren eigenen Unternehmen Bürokratie, sondern auch bei den Ärzten, Krankenhäusern und Apotheken. Die Kosten sind heute, acht beziehungsweise 13 Jahre nach den genannten Untersuchungen, noch um ein Vielfaches gestiegen – eine immense Last, die Kliniken heute neben Inflation, gestiegenen Material- und Personalkosten, Energiekrise und Covid-Nachwirkungen schultern müssen. Plus: Die Bürokratiebelastung sorgt für

 **238** relevante Gesetze, Richtlinien oder Verordnungen wurden seit 2020 gezählt.

Lösungen berechnet. Die Studie zeigte bereits zum damaligen Zeitpunkt die erhebliche Belastung des Krankenhauspersonals durch Dokumentationsvorgaben: 2015 wendeten Ärzte vier Stunden und das Pflegepersonal 36 Prozent ihrer täglichen Arbeitszeit hierfür auf. Die Dokumentationskosten beliefen sich seinerzeit bereits auf circa 21 Prozent des gesamten Personalaufwands für Ärzteschaft und Pflegepersonal. Die HIMSS-Studie fand heraus, dass im Schnitt 65.550 Euro im Jahr aufgewandt werden mussten, wenn ein Chefarzt dokumentiert.

Bereits fünf Jahre zuvor verkündete die Unternehmensberatung A. T. Kearney in einer Studie, dass im Jahr 2010 rund 23 Prozent der Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung bürokratischen Abläufen geschuldet sei. Das waren damals schon 40,4 Milliarden Euro. Hauptverantwortlich für die hohen Kosten sind A.T. Kearney zufolge

Frustration bei Ärzten und Pflegekräften, die gerne mehr Zeit mit ihren Patienten verbringen würden. Die Klinikgruppe Asklepios hatte hierzu 2019 eine Studie veröffentlicht. Seinerzeit hatten 85 Prozent der Stationsärzte und rund 68 Prozent der leitenden Ärzte angegeben, sich dadurch frustriert zu fühlen, 93 Prozent der Klinikärzte erlebten sie als Misstrauenskultur zulasten der Patienten. In Abbildung 2 sind auszugsweise die in den Studien und Beiträgen am häufigsten benannten Bürokratiethemen aus Krankenhaussicht benannt.

MDK-Gesetz: Versuch der Eindämmung

Das im Januar 2020 in Kraft getretene MDK-Reformgesetz hat zu zahlreichen Veränderungen in der Rechnungsprüfung geführt. Ursache des Gesetzes war die Beobachtung, dass Krankenkassen

Neue Vorschriften zwischen 2000 und 2017

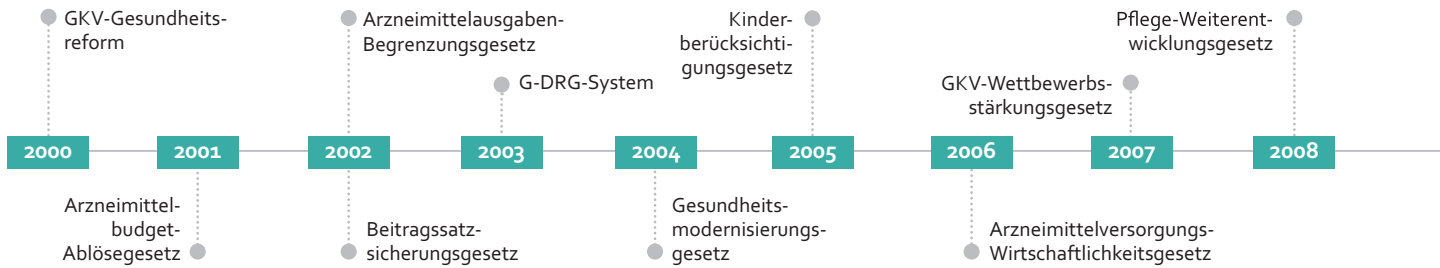


Abb. 1

im großen Stil Krankenhausrechnungen prüfen, teils aus wettbewerblichen Gesichtspunkten. Ein Ausdruck des Misstrauens der Kassen gegenüber den Krankenhäusern. Ziel des Gesetzes war, Bürokratie abzubauen und faire Abrechnungen von Krankenhäusern zu fördern. Mit der Reform wurden jedoch auch Strafzahlungen für Krankenhäuser eingeführt: Bei falschen Rechnungen werden 25 bis 50 Prozent der zu Unrecht geforderten Rechnungsbeträge und maximal zehn Prozent der unstrittigen Rechnungssumme fällig. Des Weiteren

bestimmt sich der Prüfumfang auf fünf, zehn oder 15 Prozent gesondert für jedes Krankenhaus je nach Quote fehlerhafter Abrechnungen zwei Quartale zuvor. Da die Ausgestaltung des Prüfreigimes mit einem Sanktionssystem den Wettbewerbshebel für die Krankenkassen im Fall erfolgreicher Prüfungen verstärkte, erhöhten sich zur Erlössicherung in den Kliniken die Dokumentationsanforderungen erheblich. Im selben Atemzug wurden mit § 275 d SGB V Strukturprüfungen eingeführt. Statt wie bisher die technischen und personellen

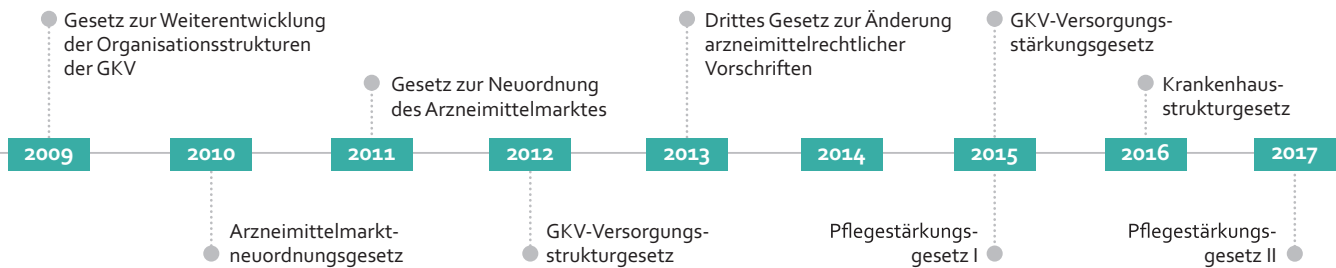
Voraussetzungen für bestimmte Krankenhausleistungen in Einzelfällen zu prüfen, wird das Verfahren nunmehr in einer Strukturprüfung des jeweils abrechnungsrelevanten Operationen- und Prozedurenschlüssels gebündelt. Krankenhäuser haben die Einhaltung von Strukturmerkmalen durch den Medizinischen Dienst begutachten zu lassen, bevor sie entsprechende Leistungen abrechnen.

Strukturprüfungen bedürfen einer zeitintensiven Vorbereitung, an der neben den Mitarbeitenden des Medizincontrol-

Übersicht zu den häufigsten Bürokratiethemen im Krankenhaus

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 	<ul style="list-style-type: none"> GBA-Qualitätsrichtlinien/Notfallstufen Investitionsfördermittel Komplexbehandlungen Qualitätssicherung/Qualitätsberichte Risikostatistik, Sollstatistik QSKH-RL, DEQS-RL, QS-Datenabgabe 	<ul style="list-style-type: none"> Pflegeberufegrenze (Ausgleichs-abrechnungen, Umlagemeldungen) Pflegebudget Pflegeuntergrenzen/Personalvorgaben Strukturprüfungen OPs Haftungsrecht
Additive Bürokratiethemen:		
<ul style="list-style-type: none"> Budgetverhandlungen Mindestmengen Ambulante Notfallabrechnung Datenschutzrichtlinien Risikomanagement, Compliance, Antikorruptionsgesetz 	<ul style="list-style-type: none"> Brandschutz/TÜV, Medizinproduktegesetz Energiewirtschaft Coronaverordnungen/Impfpflicht Registermeldungen (Tumor, Implantate, Transplantation, DIVI, Gesundheitsamt) Arbeitszeitgesetz/tarifliche Besonderheiten 	<ul style="list-style-type: none"> Statistikdaten (Krankenhausstatistik, Landesämter, InEK, DEMIS, Jahresabschlüsse) Hygiene Sektorengrenzen/KV-Bedarfsplanung Antrags- und Nachweispflichten KHZG
Neue Bürokratiethemen:	Zukünftige 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 Krankenhausfälle Budgetverhandlung (neues Fristen- und Prüfreigime mit Präklusion) Erörterungsverfahren im Rahmen der Prüfverfahrenvereinbarung Tagesbehandlung im DRG-System 	<ul style="list-style-type: none"> Hybrid-DRG Krankenhausreformvorschlag: Strukturenprüfung der Levelvoraussetzungen; weiter bestehende Fallpauschalen -> Prüfreigime wird um weitere Komponente verschärft PPR 2.0 Sektorenübergreifende Vergütung 	

Abb. 2



Quelle: auf Grundlage der „Bürokratie und Deregulierung im Gesundheitswesen“-Studie des Gesundheitswirtschaft Rhein-Main e. V.

lings auch Ärzte, Pflegekräfte, der Sozialdienst und das Patientenmanagement beteiligt sind. Trotzdem bleibt es selbst nach Begutachtung der abrechnungsrelevanten Operationen- und Prozedurenschlüssel sowie Erhalt eines positiven Bescheids weiterhin nötig, Strukturmerkmale regelmäßig zu überprüfen. Denn Krankenhäuser, die eines oder mehrere der nachgewiesenen Strukturmerkmale mehr als einen Monat nicht mehr einhalten, müssen dies den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie dem Medizinischen Dienst mitteilen. Insbesondere hochdetailliert nachzuweisende Komplexbehandlungs-codes werden von einer großen Anzahl an Krankenhäusern kodiert. Sie stellen einen erheblichen Teil des Budgetvolumens des Krankenhauses. Somit sind die Erfüllung und der Nachweis der Strukturmerkmale mit dem entsprechend hohen administrativen Aufwand von existenzieller Bedeutung. Eine Minderung des administrativen Aufwands schlägt sich allerdings nicht – wie mit dem MDK-Reformgesetz angedacht – in einer Reduzierung der Einzelfallprüfungen nieder. Mit den Vorgaben der Prüfverfahrensverordnung, den detaillierten Vorgaben der Übermittlung von Daten im Leistungserbringportal und besonders intensiv zu überwachenden Fristenregelungen, ähnelt die moderne Medizincontrolling-Abteilung damit eher einer gut eingerichteten Anwaltskanzlei.

Die Kassen erhalten derzeit von den Krankenhäusern pro Jahr etwa 16,7 Millionen Anträge auf Kostenerstattung für stationäre Aufenthalte mit einem Kostenvolumen von insgesamt etwa 75 Milliarden Euro – pro Kasse sind teil-

weise mehrere Hundert Mitarbeiter regelmäßig damit beschäftigt. Hinzu kommt der Personalaufwand beim Medizinischen Dienst. Ein verschlankter Prozess würde also auf beiden Seiten, Krankenhaus wie Krankenkasse, zu einem Freiwerden von Ressourcen führen und gigantische Kosten einsparen.

plexer und die Folgen einer Nichteinhaltung immer schwerwiegender, der dadurch erzeugte hohe Bürokratieaufwand steht nicht im Verhältnis zu den Kosten fehlerhafter Rechnungen. Es darf nicht sein, dass tatsächlich erbrachte Leistungen zu Strafzahlungen führen. Bereits die cursorische Prüfung der

Seit Jahren steigt der staatliche Eingriff in die Leistungserbringung von Gesundheitseinrichtungen.

Reformen verfehlen oft ihr Ziel

Trotz mehrfacher Anläufe, die Bürokratie im Gesundheitswesen abzubauen, verkehren die verschiedenen Reformen ihr Ziel immer wieder in ihr Gegenteil. Sowohl Aufwand als auch Kosten für bürokratische Prozesse steigen in den Kliniken. Dazu zählen beispielsweise auch Strafzahlungen, mit denen Krankenhäuser belegt werden, wenn der Medizinische Dienst nach Überprüfung der Rechnung eines Krankenhauses diese kürzt. Dies führt zu einem besonderen Bürokratieaufwand der Kliniken, um den Prüfungsanforderungen in jeder Hinsicht und in vollem Umfang gerecht zu werden. Ein enormer Druck für Kliniken, da selbst kleinste Fehler zu Rechnungskürzungen und Sanktionen führen können. Die Anforderungen an die korrekte Rechnungsstellung werden immer kom-

plexer und die Folgen einer Nichteinhaltung immer schwerwiegender, der dadurch erzeugte hohe Bürokratieaufwand steht nicht im Verhältnis zu den Kosten fehlerhafter Rechnungen. Es darf nicht sein, dass tatsächlich erbrachte Leistungen zu Strafzahlungen führen. Bereits die cursorische Prüfung der

Ausgangssituation zeigt, dass zu den bestehenden Dokumentations- und Nachweispflichten immer neue Regulatorien geschaffen werden, welche bei einer Nichteinhaltung Sanktionen oder Präklusionen finanzieller Art nach sich ziehen. Dabei wird deutlich, dass diese Regelungen nahezu einseitig die Krankenseite benachteiligen.

Auffällig bei sämtlichen Studien ist auch, dass es bislang an einer Gesamtschau sämtlicher bürokratieassoziierten Verwaltungskosten (Krankenhäuser, Krankenkassen, Medizinischer Dienst, GBA, IQTIK, sonstige Verwaltungsbehörde) fehlt. Es stellt sich die Frage, ob der tatsächlich betriebene Aufwand den Nutzen kompensiert.

Prof. Dr. Erika Raab
Vorstandsvorsitzende
Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM)
E-Mail: erika.raab@medizincontroller.de