



Entbürokratisierung im Kontext des geplanten Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)

Am 6.12.2022 wurde die 3. Stellungnahme der von Minister Lauterbach eingesetzten Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung veröffentlicht. Die Notwendigkeit einer Krankenhausreform leitet sich aus der dort beschriebenen Problemlage ab. Beispiele sind der ökonomische Anreiz des DRG-Systems, nicht ausreichende Investitionsförderung der Länder, fehlende Verzahnung der Sektoren, eine Überversorgung im stationären Bereich und einer Überbürokratisierung.

Bereits im Januar 2023 begannen intensive Diskussionen mit den für die Krankenhausplanung zuständigen Ländern. Die Folgen der konkreten Umsetzung der 3. Empfehlung der Regierungskommission wurden zunächst nicht abgeschätzt. Erst eine von der DKG in Auftrag gegebene Folgenabschätzung ließ einige Vorschläge als unrealistisch erscheinen. In vielen Sitzungen wurde am 10.7.2023 schließlich der Durchbruch erreicht: Man veröffentlichte ein gemeinsames Eckpunkte-Papier, das die Grundlage eines Referentenentwurfs für ein Reformgesetz von Bund und Ländern unter Federführung des BMG darstellt.

In diesem Artikel soll es ausschließlich um die beschriebene Problemlage der Überbürokratisierung gehen und um die Bewertung, inwieweit es mit dem Gesetzentwurf gelingt, Bürokratie abzubauen.

Entbürokratisierung im Eckpunktepapier vom 10.7.2023

Bereits in der Präambel des Eckpunk-

tepapiers werden die drei zentralen Ziele der Krankenhausreform benannt: Die Gewährleistung von Versorgungssicherheit (Daseinsfürsorge), Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität sowie Entbürokratisierung. Ein wesentlicher Bestandteil der Bürokratie sind die vielfältigen, teils redundanten und sich teils überschneidenden Berichtsanforderungen zu Strukturen, Qualität und Personal-ausstattung.

Unter Punkt 2.8. Leistungsgruppen und Vorhaltefinanzierung des gemeinsamen Papiers hat ein Krankenhaus grundsätzlich einen Anspruch auf das leistungsgruppenbezogene Vorhaltebudget, wenn ihm vom Land die entsprechende Leistungsgruppe zugewiesen wurde und die Qualitätskriterien der Leistungsgruppe erfüllt sind. Die Prüfung der Qualitätskriterien wird unter 3.5 beschrieben: „Die Prüfungen der Einhaltung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen übernimmt der Medizinische Dienst (MD) im Auftrag von Bund und Ländern. Die Frequenz der Prüfungen ist im weiteren Verfahren zu klären.“ Und weiter: „Dabei soll nach Möglichkeit kein zusätzlicher bürokratischer Aufwand für die Krankenhäuser entstehen. Mit der Einführung der verbindlichen Prüfung der Qualitätskriterien soll mit dem Ziel der Entbürokratisierung geprüft werden, inwieweit die aktuellen Prüfungen des MD zu stationären Strukturen integriert werden und spezifische Prüfung entfallen können.“ Die Abschwächung „kein zusätzlicher Aufwand“ entspricht nicht der Intention einer Reduktion des bürokratischen Aufwandes.

Erste Umsetzung im Arbeitsentwurf des BMG Zusammenlegung einiger Paragraphen im SGB V

Die Umsetzung der Punkte 2.8 und 3.5 aus dem Eckpunktepapier wurde in einem bestehenden Paragraphen mit anderen Qualitätsprüfungen zusammengefasst. Hier finden sich nun die bisherigen, mit dem MDK-Reformgesetz eingeführten Strukturprüfungen (StrOPS), alle Qualitätskontrollen, die die Tatbestände der G-BA MD-Qualitätskontroll-RL erfüllen, die eQS und die Prüfung der neu hinzugekommenen Qualitätskriterien der Leistungsgruppen, außerdem Qualitätsanforderungen der Länder.

Bewertung

Die Zusammenlegung und Bündelung der prüfungsbezogenen Paragraphen erscheinen im ersten Augenblick sinnvoll zu sein. Leider ist es aber so, dass die Prüfgegenstände Leistungsgruppen, StrOPS, G-BA-RL, G-BA-MD-QK, eQS nun nebeneinanderstehen und auf keine Prüfung verzichtet werden soll. Dabei würde es sich anbieten, immer dann, wenn eine Leistungsgruppe eine erhebliche Überschneidung mit einer OPS-Strukturprüfung oder einer GBA-Richtlinie aufweist, eine einzelne Gesamtprüfung zu entwickeln. Prädestiniert hierfür wären bspw. die Geriatrie mit der frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung oder die minimal-invasive Implantation von Herzklappen.

Prüfungen sollen aufwandsarm gestaltet werden

„Die Prüfungen sind aufwandsarm zu gestalten. Sie erfolgen i.d.R. im schriftlichen Verfahren auf Basis vorliegen-

der Daten und Auskünfte der Krankenhäuser oder angemeldet vor Ort, soweit eine Inaugenscheinnahme der Gegebenheiten vor Ort für die Prüfung erforderlich ist.“

Bewertung

Es ist dringend geboten, den Begriff „aufwandsarm“ für alle am Prüfprozess Beteiligten gleichermaßen als Ziel anzunehmen. Es ist für den MD aufwandsarm, wenn er in digitaler Form alle Unterlagen, die er für die Prüfung benötigt, in redundanter Form für jeden einzelnen OPS-Kode, für jede Leistungsgruppe und für jede Organisationseinheit als gesondertes Datenpaket über einen elektronischen Weg erhält. Für das geprüfte Krankenhaus bedeutet dies aber, alle Dienstpläne und Qualifikationsnachweise mehrfach zu kopieren und zu übermitteln. Aus Sicht des Krankenhauses verursacht das Zusammenstellen der Unterlagen, das Kopieren, Scannen, digitale Verwalten erforderlicher Dokumente bereits bei der Erfüllung der MD-Richtlinie StrOPS (Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB V) einen immensen Aufwand. Qualifikationsnachweise für die Pädiatrie sind bspw. bis zu zehn Mal in identischer oder ähnlicher Form zu übermitteln. Ähnlich, jedoch vom Datenumfang weit aus umfangreicher, gestaltet sich die Prüfung der Intensivmedizin, wo die gleichen Nachweise für OPS-Kodes und GBA-Richtlinien und zukünftig auch Leistungsgruppen immer wieder aufs Neue vorzulegen sind. Für eine wirklich aufwandsarme Prüfung wäre es wünschenswert, dass es eine einzige Prüfung für die Intensivmedizin gibt und das Ergebnis dieser einen Prüfung für alle weiteren Fragestellungen genutzt wird. Gleiches gilt für alle anderen Fachabteilungen und Institute eines Krankenhauses.

Auch bei der Verfahrensweise divergiert der Aufwand je nach Verfahren für Prüfer und Geprüften. Terminkoordination, Reisetätigkeit mit mehreren MD-Mitarbeitern und die Zeit vor Ort sind bei einer Prüfung nach Aktenlage überflüssig. Eine solche Prüfung kann ohne Diskussion durchgeführt werden und spart dadurch zunächst Zeit, die dann aber bei komplexen Prüfungen mehrfach aufgewendet werden muss, um Fehlbeurteilungen zu korrigieren. Durch Vor-Ort-Prüfungen wird dieser Aufwand deutlich reduziert. Zudem ist es Vor-Ort möglich, Erklärungen, Erläuterungen und Diskussionen zu führen, die Missverständnissen vorbeugen und Nachfragen vermeiden lassen. Daher ist i.d.R. die Vor-Ort-

Prüfung immer einer Prüfung nach Aktenlage vorzuziehen.

Auch der Prüfturnus sollte auf den Prüfstand gehoben werden: Derzeit sind StrOPS-Prüfungen, von denen große Budgetanteile abhängen, von einem jährlichen Turnus betroffen, andere alle zwei Jahre. Angesichts von Regelungen, nicht erfüllte Qualitätskriterien, die über einen Monat andauern, melden zu müssen, würde auch ein Turnus von drei bis fünf Jahren genügen, um das Prüfgeschehen für alle Beteiligten zu entzerren.

Führen einer Datenbank

Perspektivisch soll der MD eine Datenbank für jeden Klinikstandort aufbauen, die über Prüfergebnisse und Informationen zur Einhaltung oder Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen Auskunft gibt. Das Füllen der Datenbanken ist aber nur durch elektronische Übermittlung von Dokumenten möglich. Eine Vermeidung des Erhebens von redundanten Informationen wird im Gesetzentwurf nicht gefordert.

Bewertung

Grundsätzlich ist das Vorhalten einer krankenhausesbezogenen Datenbank zu befürworten. Sie berücksichtigt zum jetzigen Zeitpunkt jedoch nicht das Vorkommen gleichartiger Informationen und Dokumente zu unterschiedlichen Prüfungen. Beispielsweise sind Facharzturkunden und Qualifikationsnachweise von identischen Personen bei verschiedenen Prüfungen notwendig, die dann mehrfach übermittelt werden müssten. Hier wäre es empfehlenswert, sich prinzipiell mit redundanten Informationen im Vorfeld in einem erweiterten Kreis (nicht nur der MD) zu beschäftigen, um durch Verlinkungen der Dokumente redundante Arbeit zu ersparen.

Entbürokratisierung – Kosten

Abschließend sei noch ein weiterer Aspekt erwähnt: Die Bürokratie in jüngster Zeit ist auch mit Kosten verbunden; abgesehen davon, dass fast alle Fristversäumnisse, Fehler oder Nicht-Meldungen mit erheblichen Sanktionen verbunden sind, entstehen für die regelhafte Übermittlung von Daten Investitions-, Personal und Infrastrukturkosten:

- Elektronische Meldung der Mindestmengen
- Datenlieferung im Rahmen QSFFx-RL G-BA
- Anbindung KIS-Archivierungssystem an das LE-Portal zur Abbildung eines digitalen Prozesses

- Erweiterung KIS zur Übermittlung der Kodierung zu seltenen Erkrankungen
- Software zum Management der StrOPS inklusive Personal
- Jedes QS-Modul, welches neu hinzukommt muss kostenpflichtig beauftragt werden

Keines dieser Produkte ist vom KHZG oder sonstigen Budgets gedeckt, somit müssen die Umsetzungskosten – Softwareanpassungen und personelle Aufwände – zulasten der Patientenversorgung von den Krankenhäusern aufgebracht werden.

Fazit

Die im Arbeitsentwurf genannten Ansätze zur Entbürokratisierung sind derzeit noch enttäuschend. Alle qualitätsrelevanten Prüfungen stehen nebeneinander, es wird auf nichts verzichtet. Die Chance eines echten Bürokratieabbaus wird nicht ergriffen. Die Überprüfung der noch zu bestimmenden Qualitätskriterien der Leistungsgruppen sind Teil der neuen Systematik und damit sicher nicht verzichtbar. Da jede neu eingeführte Prüfung erneut dem System wertvolle Fachkräfte entzieht, ist es daher notwendig, die Regelkreise des G-BA und der StrOPS gemeinsam zu betrachten und Redundanzen abzubauen. Zudem sollten die Prüfzeiträume merklich verlängert werden, um bei einer Vielzahl von Prüfungen die Krankenhäuser und den MD von bürokratischen Exzessen zu entlasten. ■



Dr. med. Bettina Beinhauer
Vorstand
Deutsche Gesellschaft für
Medizincontrolling e.V.