



# „Alles ist Gift, ausschlaggebend ist nur die Menge“

## Ist die toxische Dosis an Bürokratie im Gesundheitswesen erreicht?

Von Dr. med. Dirk Laufer

**W**esentlicher Bestandteil der modernen Medizin ist die wirksame und sichere, indikations- und zulassungsgerechte Pharmakotherapie. Einen mitentscheidenden Erfolgsfaktor dabei spielt die Dosierung: Zu wenig hilft nicht, zu viel schadet. Zudem muss der zeitliche Zusammenhang berücksichtigt werden, also Häufigkeit und Dauer der Einnahme oder prophylaktische Gabe vor einer Erkrankung bzw. als Therapie in einer akuten Erkrankungsphase.

Bürokratie wiederum ist eine der wesentlichen Grundlagen moderner Staaten: Alle müssen sich an gesetzliche Regeln halten, Gutdünken wird zurückgedrängt und Bürokratie selbst bedarf einer gesetzlichen Grundlage. Die negative umgangssprachliche Assoziation des Begriffes Bürokratie zeigt jedoch, dass es auch von dieser im Prinzip nützlichen Organisationsform ein Zuviel gibt, das als intransparenter Selbstzweck oder gar Schikane empfunden wird.

Das Gesundheitswesen ist und muss eine hoch bürokratisierte Organisationsform sein, um seinen Zweck, nämlich Erhaltung bzw. Wiederherstellung von Gesundheit, erfüllen zu können. So ist es nur folgerichtig, dass es z.B. für die Erlaubnis, andere Menschen medizinisch zu behandeln, oder Medikamente in den Ver-

kehr zu bringen, hohe formale Hürden gibt, die es sicherzustellen gilt. Das verursacht selbstredend viel Aufwand und Mühe - vielleicht erinnert sich die eine oder der andere noch an die vielen Stunden, sich z.B. das für das für ein Examen notwendige (Pharma-)Wissen anzueignen...

Ist dieser grundlegende Aspekt von Bürokratie noch weitgehend international, leistet sich Deutschland ziemlich exklusiv einen Bürokratie-schwerpunkt, der eng mit den historisch gewachsenen Strukturen auf der einen und dem seit nun fast 20 Jahren leidenschaftlich datengestützt perfektioniertem DRG-Abrechnungssystem verbunden ist. Sowohl Krankenhäuser als auch Krankenversicherungen haben zum Teil eine stolze Tradition, die weit über die Gründungsjahre der Bundesrepublik Deutschland hinausgeht, und beide sind keine staatlichen Einrichtungen (das Gesundheitswesen des anderen deutschen Nachkriegsstaats hat kaum Spuren hinterlassen). Ihr Dasein ist somit am ehesten historisch zu verstehen, denn eine staatlich durchgängig stringente Planung hat es weder für die einen noch die anderen gegeben. Sie sind eben beide da und beide in der sozial-marktwirtschaftlichen Gegenwart insofern angekommen, als dass das wirtschaftliche Überleben beider in einem Kontext

endlicher Mittel gesichert werden muss. Wettbewerbsmöglichkeiten in einem stark regulierten System bietet vor allem das deutsche DRG-System: Leistungen möglichst kostengünstig zu erbringen und teuer zu verkaufen auf der einen und möglichst billig einzukaufen auf der anderen Seite. Folglich stiegen die Abrechnungstreitigkeiten jährlich so stark an, sodass der Gesetzgeber sich zum Eingreifen gezwungen sah. Das MDK-Reformgesetz sollte Abhilfe schaffen. Stattdessen kam jedoch eine Pandemie, die das Land in Lockdowns führte und im Gesundheitswesen leere Betten als Reserve statt Leistungen finanzierte - die Umsetzung des Reformgesetzes musste warten.

Als dann im Jahr 2021 mit den verfügbaren Impfstoffen alles wieder wie vorher zu werden versprochen wurde, machte man sich an die Umsetzung, ohne die vergangene Zeit für Nachbesserungen aufgewendet zu haben. Die OPS-Komplexcodes enthielten nun zwar eine durchgängige Unterteilung von Struktur- und Mindestmerkmalen, die an diese Neuerung angepasste Strukturprüfungsrichtlinie des MDK wurde fristgerecht zur Genehmigung vorgelegt und wurde dort über fast drei Monate geprüft. Hatten viele noch diesen Zeitraum als klares Indiz gewertet, dass die Umsetzung verschoben werde und mit einer deutlichen Überarbeitung

zu rechnen sei, wurde die „StrOPS“ Realität: In sechs Wochen (mit einer späteren Verlängerung um weitere sechs Wochen) sollten die Krankenhäuser mehr oder weniger genau bezeichnete Unterlagen in großer Anzahl liefern, die die Medizinischen Dienste innerhalb von sechs Mona-

ten trotzdem nachweisen müsse, wurde zu einem vieldiskutierten Spezialwissen.

Ich habe mir tatsächlich vorgestellt, wie es vielleicht hätte gewesen sein können: Hier bereitete das erschöpfte Personal einer Intensivstation

**„Ist dieser grundlegende Aspekt von Bürokratie noch weitgehend international, leistet sich Deutschland ziemlich exklusiv einen Bürokratieschwerpunkt, der eng mit den historisch gewachsenen Strukturen auf der einen und dem seit nun fast 20 Jahren leidenschaftlich datengestützt perfektioniertem DRG-Abrechnungssystem verbunden ist.“**

ten bewerten und bescheiden sollten. Um wenigstens etwas definitiven Grund in den Sumpf der OPS-Begriffe zu bekommen, veröffentlichte der MD mehrmals Updates seines Begutachtungsleitfadens - hatte aber dieser generelle Gültigkeit für alle?

Die Medizincontrollerinnen und -controller also gingen an die Arbeit und machten Kliniker und Verwaltungen mit den Forderungen bekannt. Dadurch alarmiert wendeten sich u.a. Vertreter medizinischer Fachgesellschaften an das BMG, sodass einige Auslegungen des MD relativiert und das Strukturmerkmal „in der Intensivmedizin erfahren“ ganz gestrichen wurde - und zwar gleich rückwirkend. Viele angeregte Gespräche und viele schlaflose Stunden hätten in Kliniken allein an dieser Stelle erspart werden können, wenn vor dem Inkrafttreten der StrOPS bzw. der Überprüfung von inhaltlich nicht eindeutig definierten Strukturmerkmalen ein nachhaltiges Begriffsclearing stattgefunden hätte.

Stattdessen lief die Prüfung weiter - sogar dann noch, als aus Kapazitätsmangel Intensivpatienten mit Flugzeugen der Bundeswehr in andere Bundesländer verlegt werden mussten. Die mehrmalige, zeitlich befristete Aussetzung etlicher Merkmale brachte nicht unbedingt mehr Licht ins Dunkel, denn die Frage, wann welche Kriterien überhaupt noch galten und wie und ob man diese

eine Verlegung eines Patienten vor, während an einer anderen Stelle der Intensivstation eine Begehung im Rahmen der StrOPS durchgeführt und die Möglichkeit der Durchführung einer Hirndruckmessung diskutiert wurde. Wie mag diese Begehung auf die klinisch Tätigen der Station gewirkt haben? Auch wenn es sich sicher niemals nirgendwo so zugetragen hat: Ist diese Dosis an Bürokratie noch im therapeutischen Zielbereich oder schon eine giftige Überdosierung? Und wenn es eine Überdosierung sein sollte: Welche Konsequenzen ergeben sich daraus? Wird noch mehr klinisch tätiges Personal in die Verwaltungen von Krankenhäusern und Krankenkassen abwandern, um dann im Erörterungsverfahren der neuen PrüfvV die Exegese der medizinischen Behandlungsunterlagen zu wiederholen? Wie wird diese Beurteilung im Reklamationsverfahren oder der Externen Qualitätssicherung ausfallen hinsichtlich einer Dokumentation, die in Zeiten extremer Beanspruchung des klinischen Personals entstanden ist?

Ist eine vielseitige Elektronische-Vorgangsübermittlungs-Vereinbarung tatsächlich geeignet, um allein die Unterlagenübermittlung bei der Abrechnungsprüfung zu regeln und Sozialgerichte dadurch zu entlasten? Sind die Leistungen der Bürokratie im Gesundheitswesen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich und überschreiten sie das Maß des Notwendigen nicht? Könn-

te eine Entgiftungstherapie daran ansetzen, dass Krankenhausrechnungsprüfungen nicht mehr das eigentliche Wettbewerbsfeld von Kostenträgern darstellen, sondern dass die in gemeinsamen Prüfungen erzielten Abschläge z.B. dem Gesundheitsfond zugeführt werden? Vereinfacht die Finanzierung von Vorhaltestrukturen oder der Wegfall der unteren Grenzverweildauer bei ausgeweitetem Katalog für ambulante Leistungen die Erstellung einer korrekten und nicht zu beanstandenden Krankenhausrechnung? Hoffen wir das Beste! Die Mitglieder der DGfM werden sich auch weiter gerne konstruktiv mit ihrem Wissen und ihren Erfahrungen einbringen, damit das deutsche Gesundheitswesen noch viele Herausforderungen gut überstehen kann.

Abschließend möchte ich mich bei allen bedanken, die in den vergangenen schwierigen Zeiten in der Krankenversorgung soviel geleistet haben! ■

**Dr. med. Dirk Laufer**

Vorsitzender des Regionalverbands West der DGfM



Dr. med. Dirk Laufer