

Dr. Lisa Brandl

# Bürokratismus im deutschen Gesundheitswesen

Ein zu hohes Maß an Bürokratie wird regelmäßig als einer der zentralen Faktoren für berufliche Unzufriedenheit und Kostensteigerungen im Gesundheitswesen genannt.<sup>1, 2)</sup> Unterdessen bezeichnet die Politik einen Abbau unnötiger Vorgaben immer wieder als zentrales Anliegen.<sup>3)</sup> Warum kommt es vor diesem Hintergrund nicht endlich zu Entlastungen?

## Begriffsbestimmung „Bürokratie“ und Abgrenzung zum Bürokratismus

Schon vor rund 5 300 Jahren hielten Menschen Akte ihrer Verwaltungsarbeit fest.<sup>4)</sup> Ging es damals vor allem um die Verwaltung von Ernteerträgen, Viehhaltung und Einteilung von Arbeitskräften, wurden die Verwaltungssysteme in den nächsten Jahrtausenden zunehmend komplex. Der Begriff der Bürokratie wurde schließlich im 18. Jahrhundert vom französischen Wirtschaftswissenschaftler Vincent de Gournay geprägt und kurz danach ins Deutsche übernommen. Wörtlich übersetzt bedeutet er „Herrschaft der Verwaltung“. Durch klare Vorschriften und Regeln soll garantiert werden, dass Entscheidungen transparent umgesetzt werden, Rechtssicherheit gewährleistet bleibt und der Einzelne vor Willkür geschützt ist. Das ist eigentlich eine große Errungenschaft. Dass die Bürokratie dennoch oft negativ belegt ist, liegt daran, dass sie im Alltag oft synonym für ihre übersteigerte Form, den sogenannten Bürokratismus steht. Im Bürokratismus wird die Vorschrift wichtiger als der Mensch, dem sie dient, und verkommt so zum Selbstzweck. Kosten- und Zeitaufwand für die Verwaltung eines Prozesses werden unverhältnismäßig. Das eigentliche Übel sind somit nicht die Regulierungen und Verfahren an sich, sondern ihr normatives und administratives Übermaß. Unklare und sich überschneidende Zuständigkeiten sowie eine wachsende Anzahl an Sonderregeln tun ein Übriges. Am Ende steht ein historisch gewachsenes und undurchsichtiges Geflecht von Vorschriften und umständlichen Nachweispflichten. Eine hohe Einzelfallgerechtigkeit führt zu einer neuen Ungerechtigkeit zwischen denen, die sich im System auskennen (oder sich entsprechende Expertise leisten können) und allen anderen.<sup>5), 6)</sup>

## Komplexität gesetzlicher Regulierung im Gesundheitswesen am Beispiel der Krankenhausfinanzierung

Auch im Gesundheitswesen haben Prozesse auf diese Weise über die Jahre hinweg zunehmend an Komplexität gewonnen, beispielsweise im Bereich der Krankenhausfinanzierung: Diese wird in Deutschland dual getragen, das heißt die Bundesländer zeichnen für die Bereitstellung der Investitionskosten, die Krankenkassen für die Bereitstellung der Betriebskosten verantwortlich – so bestimmt es das Krankenhausfinanzierungsgesetz

(KHG). Bereits die Unterscheidung zwischen diesen beiden Kostenarten ist jedoch nicht immer trivial. Die Abgrenzungsverordnung (AbgrV) definiert daher näher, welche Kosten für Wirtschaftsgüter im Pflegesatz zu berücksichtigen sind (und damit über die Krankenversicherungsbeiträge getragen werden) und wann es sich demgegenüber um Investitionskosten handelt. Anschließend gibt es in beiden Finanzierungssäulen zahlreiche weitere, nachgeordnete Regulierungen. Bei der Investitionskostenfinanzierung wird zum einen weiter zwischen Pauschal- und Einzelförderung unterschieden, zum anderen müssen die in den Bundesgesetzen festgelegten Bestimmungen ins jeweilige Landeskrankenhausrecht übertragen und in ihren Modalitäten an die Gegebenheiten vor Ort angepasst werden. Bezüglich der Betriebskosten muss zunächst zwischen verschiedenen Behandlungsarten unterschieden werden, nämlich Vor- und Nachstationär nach §115a SGB V (und den daraus abgeleiteten Vereinbarungen auf Landesebene), Ambulantem Operieren nach §115b SGB V (und dem daraus abgeleiteten AOP-Vertrag zwischen GKV-Spitzenverband, Deutscher Krankenhausgesellschaft und Kassenärztlicher Bundesvereinigung), Tagesstationär nach §115e SGB V, Spezieller Sektorengleicher Vergütung nach §115f SGB V (und der daraus abgeleiteten Hybrid-DRG-Verordnung), Ambulanter Behandlung durch Krankenhäuser aufgrund von Unterversorgung im Planungsbereich nach §116a SGB V sowie der Voll- und Teilstationären Behandlung nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG). Das KHEntG regelt damit die Abrechnung eines Großteils der im Krankenhaus erbrachten Leistungen und hat dazu 2003 ein Fallpauschalensystem eingeführt. Anhand bestimmter Merkmale, wie gestellter Diagnose, durchgeführter Prozedur und patientenbezogenem Gesamtschweregrad (PCCL), wird jeder Fall in eine Diagnosis Related Group (DRG) eingruppiert. Jeder dieser DRGs ist eine Norm-Bewertungsrelation attached, die den Kostenaufwand für die DRG ins Verhältnis zum Kostenaufwand der übrigen DRGs setzt. Die Bewertungsrelation kann fallindividuellen Zuschlägen und Abschlägen unterliegen, zum Beispiel für Lang- bzw. Kurzlieger oder Verlegungen, wodurch sich schlussendlich die effektive Bewertungsrelation pro Fall ergibt. Die zweite wichtige Komponente ist der Landesbasisfallwert, der von den Vertragsparteien auf Landesebene jährlich prospektiv vereinbart wird. Aus der Multiplikation von effektiver

Bewertungsrelation und Landesbasisfallwert ergibt sich schließlich ein pauschaler Fallwert unabhängig von den tatsächlich entstandenen Kosten. Darüber hinaus kennt das KHEntgG noch weitere mögliche Erlösbestandteile wie Zusatzentgelte nach dem Entgeltkatalog, Zusatzentgelte für Neue Untersuchungsmethoden, diverse Zu- und Abschläge, wie beispielsweise den Sicherstellungszuschlag, den Zuschlag für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, den Fixkostendegressionsabschlag und den Beatmungssanktionsabschlag, bestimmte Wahlleistungen und das Pflegebudget, das 2020 aus den DRGs ausgegliedert wurde. Zu den genannten Komponenten gibt es unterhalb des KHEntgG zahlreiche weitere Verordnungen, Vereinbarungen, Kataloge und Empfehlungen, in denen die jeweils zuständigen Kräfte der Bundes- und Landesgesetzgebung, teilweise aber auch der Selbstverwaltung das nähere Vorgehen definieren. Diese müssen regelmäßig aktualisiert und an die aktuellen Erfordernisse angepasst werden, was im Nachgang regelmäßige Anpassungen auch bei der verwendeten Krankenhaus-Software und dem Nach-Schulungsbedarf bei den Mitarbeitern generiert. Seit seiner Einführung hat der Komplexitätsgrad des DRG-Systems dadurch immer weiter zugenommen. Beispielsweise stieg die Anzahl der Basis-DRGs von ursprünglich 664 über die Jahre kontinuierlich an, und hat sich mit 1 292 Einträgen im Jahr 2023 inzwischen annähernd verdoppelt.

Davon unabhängig unterliegen Psychiatrische und Psychosomatische Krankenhäuser im Rahmen des Pauschalierenden Entgeltsystems in der Psychiatrie/Psychosomatik (PEPP) nach Bundespflegesatzvereinbarung (BPflV) eigenen Abrechnungsregeln, von denen die Vergütung für bestimmte Behandlungsarten, wie die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach §115d SGB V, erneut abgegrenzt wird.

Aus den vorgenannten Bestimmungen ergibt sich eine unübersichtliche Ansammlung von Regeln und Nachweispflichten, denen die Krankenhäuser im Rahmen ihrer Abrechnungen unterworfen sind. Beispielsweise genannt seien Nachweispflichten über die zweckentsprechende Mittelverwendung der zusätzlichen Mittel für Tarifierhöhungen von Pflegepersonal (die nicht im Pflegebudget enthalten sind) nach §9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG und §3 Absatz 4 BPflV i. V. m. §11 Absatz 1 Satz 5 BPflV und für das Erlösvolumen für Kinder und Jugendliche nach §4a KHEntgG, die Nachweispflicht, dass die Voraussetzungen für eine Übergangspflege im Krankenhaus gemäß §39e SGB V KHG erfüllt sind, sowie die Nachweispflichten über das Entwöhnpotenzial beatmeter Patienten im Rahmen der B-BEP-Abschlagsvereinbarung.

Die zugrunde liegenden Ziele dieser Detailverliebtheit sind in Teilen durchaus nachvollziehbar: So sind die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel aus öffentlicher Hand und aus den Beiträgen der Krankenversicherung ihrem Wesen nach begrenzt und sollen deshalb sinnvoll eingesetzt werden. Auch eine teilweise Regulierung der Vorschriften im Landesrecht ist nicht nur im föderalen Grundverständnis des Staates angelegt, sondern sinnvoll, um unterschiedlichen Rahmenbedingungen vor Ort

Rechnung zu tragen. Ähnliches gilt für die Vereinbarungen, die zwischen den Partnern der Selbstverwaltung verhandelt werden und so im besten Falle die Perspektive und Expertise der Beteiligten in die Gesetzgebung einfließen lassen. Nicht zuletzt entspricht eine gewisse Anzahl an Sonderregelungen dem Facettenreichtum, der für das Wesen der modernen Medizin kennzeichnend ist und nicht beliebig vereinfacht werden kann. Andererseits ist so inzwischen ein System entstanden, das sowohl in den Krankenhäusern als auch bei den Krankenkassen zahlreiche Mitarbeiter beschäftigt und so erhebliche eigene Kosten verursacht. Nicht nur in der eigentlichen Verwaltung, sondern auch bei den patientennahen Berufsgruppen der Ärzte- und Pflegschaft, die ihre Leistungen kleinteilig dokumentieren müssen, da durch eine Verletzung der Nachweispflichten sonst Leistungskürzungen drohen. Laut einer Studie aus 2015 dokumentierten Ärzte schon damals durchschnittlich vier Stunden bzw. 44 % ihrer Arbeitszeit. Mehr als 90 % der Befragten gaben zudem an, dass Detailgrad und Volumen des Dokumentationsaufwands in den vorausgegangenen zehn Jahren zugenommen hätten.<sup>7)</sup>

### Ein aufgeblasenes Kontrollsystem

Schon seit Einführung des Fallpauschalen-Systems werfen sich Leistungserbringer und Kostenträger immer wieder gegenseitig vor, die komplizierten Abrechnungsregeln für ihre jeweiligen Zwecke zu missbrauchen und sich einen wirtschaftlichen Vorteil zu erschleichen. Ausgehend von den Regulierungen nach §275 SGB V sind die Krankenhäuser dazu verpflichtet, „bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen“. Da die Entscheidung, was als Auffälligkeit zu werten ist, aber einem Ermessensspielraum unterliegt, entstand so über die Jahre ein immer monströseres Prüfwesen mit immer weiter ansteigenden Prüfquoten. Beispielsweise wurde 2018 ein Anteil von 18 bis 25 % aller Krankenhausrechnungen geprüft.<sup>8)</sup> Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) fordert die Politik daher seit Jahren immer wieder dazu auf, das System der Krankenhausabrechnungen zu vereinfachen und auf die wirklich notwendigen Regulierungen zu fokussieren.<sup>9)</sup> Ähnlich äußerten sich in der Vergangenheit Vertreter des MDK.<sup>10)</sup> Sogar das Bundesverfassungsgericht hat 2018 darauf hingewiesen, dass es auf Grund der Komplexität (des Fallpauschalensystems) unstrittig in erheblichem Maße zu Fehlkodierungen der für die Abrechnung maßgeblichen Diagnosen und Prozeduren komme.<sup>11)</sup>

Zu einer Vereinfachung der Abrechnungsregeln kam es indes nicht. Stattdessen wurden 2020 im Zuge des MDK-Reformgesetzes die Regeln für das Prüfsystem grundlegend überarbeitet. So wurden die medizinischen Dienste der Krankenkassen (seither nur mehr Medizinische Dienste – kurz MD), die bislang als Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen tätig waren, als eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts neu strukturiert, um sie unabhängiger von den Krankenkassen zu organisieren. Zudem wurde eine variable quartalsbezogene Prüfquote von maximal 15 % aller Abrechnungen für die somatischen

Krankenhäuser eingeführt, mit geringeren Prüfquoten von 10 % bzw. 5 % für Krankenhäuser mit nur wenigen beanstandeten Rechnungen (basierend auf den Ergebnissen des jeweils vorletzten Quartals). Gleichzeitig wurden neue Abschlüsse für Krankenhausrechnungen eingeführt, wenn diese durch den MD beanstandet wurden.

Das so geschaffene Anreizsystem konterkariert damit jedoch den bereits genannten Grundgedanken, dass es sich bei dem Dissens im Umfeld der Abrechnungsprüfung in aller Regel nicht um bewusste Täuschungen durch die Krankenhäuser, sondern um systemimmanente Fehler handelt. Dieser Eindruck wird verstärkt, wenn man die Zahl der beanstandeten Krankenhausrechnungen vor und nach der Reformierung betrachtet: 2018 wurden vom MDK 2,58 Mio. Gutachten zu Krankenhausabrechnungen erstellt, davon wurden 52,4 % als unkorrekt bewertet.<sup>12)</sup> 2022 wurden 1,45 Mio. Krankenhausabrechnungen geprüft, von denen 51,6 % als nicht korrekt bewertet wurden.<sup>13)</sup> Damit konnte die Reformgesetzgebung eine weitere Ausdehnung der Prüfquote zwar erfolgreich bekämpfen, das eigentliche Grundziel, nämlich für möglichst „korrekte“, das heißt konsensuale Abrechnungen zwischen den Vertragspartnern zu sorgen, wurde aber verfehlt. Darüber hinaus ergibt sich durch die detaillierten Prüfvorgaben auch eigener bürokratischer Aufwand, beispielsweise im Rahmen der variablen Prüfquoten-ermittlung.

### Weitere Bürokratismen – Mehraufwände in der Qualitätssicherung

Komplexe gesetzliche Regulierungen inklusive komplexer Kontrollregime zeigen sich neben dem Abrechnungssystem auch in weiteren Bereichen des Gesundheitswesens, so etwa in der Qualitätssicherung. Weil der eigentliche Zielparameter – die Qualität des Behandlungsergebnisses – aufgrund diverser miteinzubeziehender Kontextfaktoren oft kaum abbildbar ist, zielt diese vor allem auf leichter überprüfbare Strukturmerkmale ab, etwa das Personal oder Equipment, das nachgewiesen werden muss, um bestimmte Leistungen anbieten zu dürfen. Strukturmerkmale müssen indes nicht nur oft sehr kleinteilig erfasst werden, es existieren zusätzlich verschiedene Prüfungssysteme mit eigenen Regelungen und Kontrollen, wie etwa die Qualitätssicherungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und die StrOPS-Richtlinie mit den jeweiligen Prüfregimen nach § 275a SGB V bzw. § 275d SGB V.

Als Beispiel sei der Nachweis von Personalvorgaben in Psychiatrie und Psychosomatik genannt. Für die Erfüllung des Strukturmerkmals 9-60, „Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen“ gemäß OPS-Version 2023, ist die Behandlungsleitung durch einen entsprechend qualifizierten Facharzt (für Psychiatrie o. ä.) sowie das Vorhandensein weiterer Berufsgruppen wie nichtärztlicher Psychotherapeuten oder Psychologen, Spezialtherapeuten und Pflegefachpersonen nachzuweisen. Dafür müssen nach Antrag auf Prüfung beim Medizinischen Dienst Selbstauskünfte in Form von Qualifikations-

nachweisen, Arbeitsverträgen, Dienstplänen und ähnlichem mehr bereitgehalten werden. Am Ende wird eine Bescheinigung ausgestellt, die in der Regel eine Gültigkeit von zwei Jahren hat. Laut der G-BA-Richtlinie für Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) wiederum sind die Krankenhäuser u. a. verpflichtet, die quartals- und einrichtungsbezogen ermittelten Mindestvorgaben anhand standardisierter Nachweisformulare zu dokumentieren und einmal jährlich an das IQTIG sowie in Teilen auch an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen zu übermitteln. Ab 2026 sollen zudem auch monats- und stationsbezogene Lieferpflichten, zum Beispiel über die tatsächliche Personalausstattung, hinzukommen – schon seit 2023 müssen diese von einer kleinen Stichprobenkohorte der Krankenhäuser regelhaft geliefert werden. Kommt es zu einer Nichterfüllung der Mindestvorgaben, ist dies zusätzlich unverzüglich anzuzeigen. Dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) wiederum müssen nach §18 Absatz 2 S. 3 BpflV sowohl die vom G-BA festgelegten Vorgaben zur Personalausstattung wie auch eine darüber hinausgehende, im Gesamtbetrag nach §3 BpflV vereinbarte Besetzung mit therapeutischem Personal und ein Nachweis zur zweckentsprechenden Mittelverwendung vorgelegt werden.

### Mehraufwand durch unterschiedliche Erfordernisse bei der Datenaufbereitung

Dabei liegt die Problematik nicht nur in der Anzahl von Adressaten, sondern vielmehr darin, dass die Daten je nach zugrundeliegender Vorgabe zunächst unterschiedlich aufbereitet werden müssen, um sie in standardisierte Tabellen und Formulare mit verschiedenen Detailanforderungen einzupflegen. Beispielsweise erfolgt gemäß der Qualitätssicherungsrichtlinie für die Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL) des G-BA der Dokumentationsnachweis von ausreichend Pflegepersonal im Dreischicht-System und Patientenbezogen, wobei auch das Gewicht des Kindes eine Rolle spielt. Im Rahmen der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) Intensivmedizin und pädiatrische Intensivmedizin ist der Nachweis dagegen für eine Tag- und Nachtschicht zu erbringen, das Gewicht spielt dabei keine Rolle.

### Mehraufwand durch fehlende Automatisierung von Prozessen

Die Uneinheitlichkeit in der Datenaufbereitung birgt zudem erhebliche Hindernisse in der Automatisierung von Prozessen. In Deutschland gibt es etwa 80 verschiedene Krankenhausinformationssysteme (KIS), die uneinheitlich aus Modulen aufgesetzt sind und wiederum mit den jeweiligen Abrechnungssystemen und weiteren Anwendungen kommunizieren müssen. Will man die Ausleitung von Daten automatisieren, muss das für jede Aufbereitungsform und jede Kombination von digitalen Systemen separat erfolgen – mit allen dabei zu beachtenden Zwischenschritten, wie etwa einem suffizienten Datenschutz. Die Kosten einer solchen digitalen Anpassung für die Programmierung, Einrichtung, und Wartung von Schnittstellen müssen



dabei überwiegend vom Krankenhaus selbst getragen werden. Beispielsweise ist die Kodierung der notwendigen IT-Prozesse für die Krankenhausinformationssysteme oft auch nachhaltig mit Aufwand verbunden: So bedeutet etwa die vermeintlich triviale Integration von zusätzlichen ORPHAcodes in Abhängigkeit von Diagnosen, dass jede Änderung von ICD-Kodierungen in allen beteiligten Systemen nicht nur nachgehalten, sondern ständig auch auf Konsistenz mit den etwaigen ORPHAcodes geprüft werden muss. Ein einzelnes Feld, das in der Abrechnung zusätzlich übermittelt wird, zieht so eine Vielzahl an Kommunikations- und Kontrollalgorithmen nach sich. Das ist teuer. Bisweilen ist eine Automatisierung zudem selbst bei ausreichenden finanziellen Mitteln nicht umsetzbar, da Vorgänge mit Rechtsunsicherheiten versehen sind und Hersteller oder IT-Betreiber folglich Haftungsrisiken für vollautomatische Lösungen eingehen würden.

Resultat ist, dass viele Nachweispflichten weiterhin händisch durch das Krankenhauspersonal aufbereitet und an die jeweils zuständige Stelle übertragen werden müssen. Dies ist umso wahrscheinlicher, je komplexer die Vorgaben werden, je höher die Sanktionen sind und je verschränkter Daten in unterschiedlichen Berichtspflichten abgefragt werden. Doch selbst bei Daten, die bereits in einer Form vorliegen, die eine vergleichsweise einfache Ausleitung und Nutzbarmachung für Nachweispflichten ermöglicht, wird dieses Potenzial oft nicht ausreichend genutzt. Ein besonders eindrückliches Beispiel sind etwa die Corona-Meldepflichten im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes während der Pandemie: Statt vorhandene, tagesaktuelle Daten über Corona-Inzidenzen auszukoppeln, die ohnehin täglich an die Krankenversicherungen geschickt wurden (wie seiner Zeit von der DKG im Einvernehmen mit der Industrie vorgeschlagen), mussten im gesamten Pandemiezeitraum händisch Formulare ausgefüllt und an die Gesundheitsämter gefaxt werden.

#### Mehraufwand durch fehlende Bündelung von Arbeitskraft

Aufwand entsteht immer wieder auch dort, wo Abläufe, die zentral organisiert werden könnten, stattdessen auf nachgeordnete Ebenen übertragen und dort vielfach parallel ausgeführt werden müssen. Beispiele hierfür sind die jährlichen Verhandlungen für sogenannte Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die jedes Krankenhaus separat beantragen muss, um die genannten Leistungen abrechnen zu können. Warum die Zulassung nicht gebündelt erfolgt, sobald ein Antrag bewilligt wurde, bleibt unklar. Von solchen Mehraufwänden sind indes nicht nur die Krankenhäuser selbst betroffen – so werden etwa die Unterlagen für die Schlüsselfortschreibung, die benötigt werden, um die Krankenhausinformationssysteme an die jährlichen Änderungen beispielsweise bei den DRGs anzupassen, nicht in entsprechend strukturierter Form und teilweise sogar mit Schreibschutz auf den entsprechenden Dokumenten veröffentlicht. Jeder Softwarehersteller muss die Daten daher zunächst gesondert und händisch aufbereiten, bevor die aktualisierten Daten eingepflegt werden können. ►

## Die Pflege im Fokus Top-Themen 2024

Die **PFLEGE PLUS 2024** in Stuttgart bietet **Pflegeprofis** neue Impulse, wichtige Fortbildungsinhalte und ein breites Ausstellungsportfolio für **Management und Fachpersonal**.

Informieren Sie sich unter anderem zu den Themen:

- > **Personalbemessung**
- > **Expertenstandards**
- > **Digitalisierung**
- > **Nachhaltigkeit**
- > **Palliative Pflege**
- > **Umgang mit Demenz**

Die attraktive **Kombination aus Fachmesse und Kongress** bietet Ihnen die optimale Gelegenheit für Austausch und Weiterbildung!

[www.pflegeplus-messe.de](http://www.pflegeplus-messe.de)

# 14.–16. MAI 2024

# MESSE STUTTGART

## Antworten im Rahmen der Krankenhausreform?

Umfangreiche Entbürokratisierungsmaßnahmen wurden im Bugwasser der geplanten Krankenhausreform immer wieder angekündigt. So werden sie beispielsweise im Eckpunktepapier von Bund und Ländern aus dem Juli letzten Jahres als eines von drei zentralen Zielen benannt und auch die Siebente Stellungnahme der Regierungskommission zum Thema Qualitätssicherung wurde unter dem Schlagwort „Mehr Qualität – weniger Bürokratie“ veröffentlicht.<sup>14)</sup> Gerade für letztgenannten Bereich wird dabei eingestanden, dass durch teilweise missverständliche Vorschriften in verschiedenen Richtlinien eine unübersehbare Menge an Regelungen entstanden ist. Empfohlen wird, diese zu entschlacken, besser zu vernetzen, übersichtlicher zu gestalten und die erforderlichen Daten möglichst nicht mehr gesondert zu dokumentieren, sondern verstärkt auf ohnehin vorhandene Daten, wie Abrechnungs- oder Sozialdaten zurückzugreifen.

Diese Signale sind zunächst einmal begrüßenswert. Allein – an konkreten Umsetzungsbestimmungen fehlt es derzeit zumeist noch.

Der von Bundesgesundheitsminister Lauterbach noch vor Weihnachten 2023 angekündigte Entwurf eines Entbürokratisierungsgesetzes für das Gesundheitswesen liegt weiterhin nicht vor. Schlimmer ist jedoch, dass dort, wo Entwürfe bereits vorliegen und konkretere Pläne bekannt geworden sind, diese absehbar zu einer weiteren Ausweitung bürokratischer Pflichten statt zu einem konsequenten Abbau führen werden:

Da ist zum Beispiel das Krankenhaustransparenzgesetz, das ein zusätzliches Informationsportal zur besseren Transparenz von Krankenhäusern schaffen soll. Dazu sollen neue Datenlieferungspflichten entstehen, etwa über die ärztliche Personalbesetzung. Dabei wird ignoriert, dass es bereits diverse Portale mit ähnlichem Zweck gibt, etwa das deutsche Krankenhausverzeichnis oder die Krankenhaussuche der Weißen Liste, die in der Vergangenheit teilweise sogar über das Bundesgesundheitsministerium mitfinanziert wurden. Diese Angebote basieren auf den Daten der umfangreichen Qualitätsberichte, zu deren Erstellung die Krankenhäuser gemäß §136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V und den zugehörigen Ausführungen des G-BA bereits seit 2013 verpflichtet sind. Eine Transparenz ist in diesem Bereich also bereits seit Langem vorhanden. Anstatt dieses weiterzuentwickeln oder zumindest abzuschaffen, werden erneut unnötige Doppelstrukturen aufgebaut. Das Krankenhaustransparenzgesetz in seiner jetzigen Form wurde im Oktober 2023 im Bundestag angenommen, ist im Bundesrat im November aber vorerst gescheitert. Vorschläge, wie es weitergeht, soll nun der Vermittlungsausschuss unterbreiten.

Ein ähnliches Problem betrifft die Pflegepersonalbemessungsverordnung nach § 137k SGB V, die voraussichtlich in der ersten Jahreshälfte 2024 in Kraft treten wird. Mit der PPR 2.0/Kinder-PPR 2.0 soll ein Personalbemessungsinstrument in die Kliniken eingeführt werden, dass sich im Gegensatz zu den aktuell gültigen Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche nach §137i SGB V und zugehöriger Pflegepersonalun-

tergrenzenverordnung am tatsächlich bestehenden Pflegeaufwand orientiert. An der Entwicklung war mit Deutscher Krankenhausgesellschaft, Deutschem Pflegerat (DPR) und ver.di außerdem ein breites Bündnis beteiligt. Allerdings wird im aktuellen Referentenentwurf zur Verordnung kein Wort darüber verloren, was nach Einführung mit den Pflegepersonaluntergrenzen passieren soll. Auch hier ist somit absehbar, dass zumindest für eine gewisse Zeit doppelte Nachweispflichten entstehen werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat sich deshalb für ein zeitnahes Außerkrafttreten der PpUGV parallel zur Einführung der PPR 2.0 eingesetzt, leider ohne dass dies bisher umgesetzt wurde.

Die Krankenhaus-Finanzierung soll im Rahmen der Reform zumindest in Teilen neu gestaltet werden und zu diesem Zweck eine Vorhaltevergütung als Ergänzung zu den bestehenden Finanzierungsregeln eingeführt werden. Der Gesetzgeber erhofft sich hiervon, Mengenanreize zu reduzieren und so zu einer Entlastung des Systems beizutragen. Das für die Finanzierung zur Verfügung stehende Erlösvolumen soll allerdings nicht erhöht, sondern lediglich neu verteilt werden. Ob das ausreicht, um eine tatsächliche Verbesserung der finanziellen Situation in den Krankenhäusern herbeizuführen, ist deshalb fraglich. Die wirtschaftliche Lage der meisten Häuser wird zuletzt immer wieder als düster eingestuft.<sup>15)</sup> Anstatt das Abrechnungssystem endlich zu vereinfachen, steht durch die umfassenden und kleinteiligen Vorgaben zudem zu befürchten, dass der Komplexitätsgrad erneut zunimmt und es dadurch noch teuer und unverständlicher in seiner Umsetzung wird.

## Fazit

Die bisher bekannt gewordenen Pläne der Krankenhausreform führen nicht weit genug und werden zum Teil zu einem weiteren Anstieg der bürokratischen Belastungen beitragen. Ein ernstgemeinter Abbau des Bürokratismus im deutschen Gesundheitswesen setzt Veränderungen an zentralen Stellschrauben des Systems voraus. Dazu gehört eine deutliche Vereinfachung des Finanzierungssystems ebenso wie eine kritische Überarbeitung des aktuellen Kontrollsystems. Die besten Anreize laufen ins Leere, wenn schon die ursprünglichen Regeln nicht sicher umsetzbar sind.

Ankündigungen über eine Überarbeitung der Qualitätssicherung dürfen keine leeren Versprechen bleiben. Sämtliche Regularien gemäß §275a und §275d SGB V und den daraus abgeleiteten Verordnungen müssen kritisch auf ihre Kosten/Nutzen-Relation und mögliche Überschneidungen überprüft werden.

Dass Daten für denselben Zielparameter aufgrund uneinheitlicher Nachweispflichten mehrfach händisch aufbereitet werden müssen, ist ein Unding und hat keinen Mehrwert für die eigentliche Patientenversorgung. Die Datenaufbereitung muss daher dringend vereinheitlicht werden, auch um perspektivisch eine Automatisierung zu bezahlbaren Preisen zu ermöglichen. Wo immer möglich sollte hierfür auf Sozial- und Routinedaten zurückgegriffen werden, die bereits automatisiert aus den KIS-Systemen ausgeleitet werden können.

Die digitale Umsetzbarkeit neuer Vorschriften muss von Beginn an mitgedacht werden. Experten sollten sowohl zur technischen Umsetzbarkeit wie auch zu den realistisch zu erwartenden Kosten geplanter Maßnahmen befragt werden. Wichtig ist vor diesem Hintergrund auch ein Datenschutz mit Augenmaß und eine bessere finanzielle Unterstützung der Krankenhäuser für die Implementierung. Ein weiterer Aufbau von Doppelstrukturen muss unbedingt vermieden werden.

Wo immer möglich, sollten Arbeitsschritte zentral ausgeführt werden und erst dann an die untergeordneten Ebenen weitergegeben werden. Neue Nachweispflichten sollten kritisch dahingehend überprüft werden, ob der generierte Mehrwert die zusätzliche Belastung des Personals wirklich rechtfertigt.

Im besten Fall sollte es ein Zeitkonto für neue Regulierungen geben, so dass wann immer neue zeitliche Aufwände für die Mitarbeiter bestehen, im selben Umfang Aufwände aus alten Pflichten abgebaut werden müssen. Auch eine Rückbesinnung auf Stichproben und eine Verlängerung der Prüfintervalle können hier einen Beitrag leisten.

Zu guter Letzt drängt sich aktuell noch zu oft der Eindruck auf, dass die Mitarbeiter im Gesundheitswesen nicht genügend Gehör finden, wenn sie auf konkrete Belastungen in ihrem Arbeitsalltag aufmerksam machen. Es wäre daher dringend erforderlich, dass die Politik wieder stärker ins Gespräch mit allen Beteiligten tritt, um Probleme, die einen bestmöglichen Ressourceneinsatz aktuell erschweren, sicher zu identifizieren und ihnen entgegenzuwirken.

Welche Erfahrungen haben Sie an Ihrer Klinik mit überbordender Bürokratie? Welche bürokratischen Pflichten belasten Sie in Ihrem Arbeitsalltag am stärksten? Teilen Sie Ihre Erfahrungen mit der Redaktion (katrin.rueter@kohlhammer.de) oder mit der Autorin (L.Brandl@dkgev.de).

## Anmerkungen

- 1) <https://www.marburger-bund.de/bundesverband/pressemitteilung/zuwenig-personal-zu-viel-buerokratie-unzulaengliche-digitalisierung>
- 2) <https://www.kma-online.de/aktuelles/panorama/detail/hohe-buerokratiekosten-im-gesundheitswesen-a-23621>
- 3) [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier\\_Krankenhausreform\\_final.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform_final.pdf)
- 4) [https://5300jahreschrift.materiale-textkultu-ren.de/sauer\\_archaische\\_keilschriftlisten/](https://5300jahreschrift.materiale-textkultu-ren.de/sauer_archaische_keilschriftlisten/) (Uni Heidelberg).
- 5) <https://www.juraforum.de/lexikon/buerokratie>, aufgerufen am 29.12.2023
- 6) [https://www.dbb.de/fileadmin/user\\_upload/globale\\_elemente/pdfs/2011/broschuere\\_buerokratieabbau.pdf](https://www.dbb.de/fileadmin/user_upload/globale_elemente/pdfs/2011/broschuere_buerokratieabbau.pdf)
- 7) <https://www.dragon-speaking.de/download/HIMSS-Europe-Studie.pdf>
- 8) Herbstumfrage 2018 – Krankenhausrechnungsprüfung – Bestandsaufnahme 2017 - Trend 2018 (medinforweb.de).
- 9) <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/abrechnungssystem-muss-einfach-werden/>
- 10) <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/102367/Zahl-der-MDK-Pruefungen-zu-Krankenhausabrechnungen-steigt-weiter-an>
- 11) [https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2018/11/rk20181126\\_1bvr031817.html](https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2018/11/rk20181126_1bvr031817.html)
- 12) [https://md-bund.de/uploads/media/downloads/19\\_04\\_11\\_Faktenblatt\\_02.pdf](https://md-bund.de/uploads/media/downloads/19_04_11_Faktenblatt_02.pdf)
- 13) [https://www.medizinischerdienst.de/fileadmin/MD-zentraler-Ordner/Downloads/16\\_Zahlen\\_Daten\\_Fakten/ZDF-Broschuere\\_MD\\_2022.pdf](https://www.medizinischerdienst.de/fileadmin/MD-zentraler-Ordner/Downloads/16_Zahlen_Daten_Fakten/ZDF-Broschuere_MD_2022.pdf)
- 14) [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG\\_Stellungnahme\\_7\\_Qualitaets-sicherung\\_QM\\_kRM\\_Transparenz\\_und\\_Entbuerokratisierung.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Stellungnahme_7_Qualitaets-sicherung_QM_kRM_Transparenz_und_Entbuerokratisierung.pdf)
- 15) [https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1\\_DKG/1.7\\_Presse/1.7.1\\_Pressemitteilungen/2023/2023-12-27\\_PM\\_Anlage\\_DKI-Krankenhaus-Barometer\\_2023.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2023/2023-12-27_PM_Anlage_DKI-Krankenhaus-Barometer_2023.pdf)

## Anschrift der Verfasserin

Dr. med. Lisa Brandl, DKG e. V., Wegelystraße 3, 10623 Berlin ■

## Bücher

**Robert Buchalik, Dr. Jasper Stahlshmidt, Dr. Nicolas Krämer, Andreas Weißelberg (Hrsg.): Operative und bilanzielle Sanierung von Krankenhäusern unter Insolvenzschutz. 1. Auflage, November 2023, 120 Seiten, gebunden, 19,90 €, ISBN 9-783947-456147. Buchbestellung unter [presse@bbr-law.de](mailto:presse@bbr-law.de).**

Zur Buchbestellung senden Sie bitte eine Email an [presse@bbr-law.de](mailto:presse@bbr-law.de) Berichte über die Insolvenz von Krankenhäusern häufen sich. Vorgaben durch die Politik, eine mangelnde Finanzierung der Investitionskosten durch die Bundesländer, massive Steigerungen der Personal- und Energiekosten, aber auch die Kosten für Medizinprodukte, Arzneimittel, Pflegekräftemangel sowie rückläufige Fallzahlen setzen die Krankenhäuser zunehmend unter Druck.

Inzwischen werden mehr als 50 % aller Krankenhausinsolvenzen als Eigenverwaltungsverfahren durchgeführt. Wie kann eine operative und bilanzielle Sanierung von Krankenhäusern unter Insolvenzschutz gelingen? Die Publikation zeigt die Möglichkeiten und Vorteile einer operativen und bilanziellen Sanierung von Krankenhäusern im Wege eines Eigenverwaltungsverfahrens bzw. Schutzschirmverfahrens auf und gibt dem Klinikmanagement wertvolle Praxistipps. ■

