



Bürokratie

Gründlich entrümpeln

Irgendwann sind Gesetze nicht mehr zeitgemäß: weil sie durch technische oder gesellschaftliche Entwicklungen überholt sind oder weil schlicht die Grundlage entfallen ist, deretwegen sie seinerzeit eingeführt wurden. Für unseren Autor ist klar: Das Gesundheitswesen braucht ein Bürokratienentrümpelungsgesetz.

Von Reinhardt Schaffert

Stellen wir uns einmal vor, das Gesundheitswesen wäre das Haus, in dem wir wohnen, und die gesundheitspolitischen Gesetze, Regelungen und Vereinbarungen sind die Möbel und Gegenstände, die wir im Laufe der Zeit angeschafft haben. Fast immer wurden neue dazugestellt, ohne dass alte dafür entfernt wurden. Könnten wir uns in diesem

Haus überhaupt noch bewegen, könnten wir darin noch leben?

Seit Jahrzehnten schafft die Politik immer neue gesundheitspolitische Gesetze und Regelungen, die neue Aufgaben und Verpflichtungen bringen, meist ohne dass sie dafür alte abschafft. Jeder, der längere Zeit in einem Haus oder einer Wohnung wohnt, weiß, dass die alte Sitz-

ecke raus muss, wenn eine neue gekauft wird. Leider scheint dieses Erkenntnis in der gesundheitspolitischen Gesetzgebung nicht angekommen zu sein.

Zwar ist im Koalitionsvertrag der Ampelregierung die „Überprüfung des SGB V und weiterer Normen hinsichtlich durch technischen Fortschritt überholter Dokumentationspflichten ...“ sowie ein

Bürokratieabbaupaket zum Abbau von „Hürden für eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten“ vereinbart, jedoch gibt es bisher keinerlei Anzeichen für eine politische Aktivität in dieser Hinsicht. Stattdessen sollen neue Möbelstücke beispielsweise in Form der Tagesbehandlung angeschafft werden.

Irgendwann sind auch Gesetze nicht mehr zeitgemäß. Nicht nur dass manche Regelungen durch die technische oder gesellschaftliche Entwicklung überholt worden sind und heute wesentlich einfacher umzusetzen wären als im Gesetz festgelegt. Für viele Regelungen sind die Grundlage und der Anlass entfallen, derwegen sie seinerzeit eingeführt wurden.

Vor allem wird es jedoch demografiebedingt zukünftig immer weniger ärztliche, pflegerische und sonstige klinische Fachkräften geben. Diese müssen wieder mehr Zeit für ihre Aufgaben in der Versorgung haben und dürfen nicht mit Erfüllung bürokratischer Anforderungen davon abgehalten oder – wie Umfragen bestätigen – zum Aussteigen aus dem Beruf veranlasst werden.

Leistungsausweitungen sind kaum mehr möglich

Viele der in den letzten Jahrzehnten eingeführten Regelungen beruhen auf der Befürchtung einer angebotsinduzierten Leistungsausweitung. Das Überangebot an Ärztinnen und Ärzten und anderem medizinischen Personal führe aufgrund des wirtschaftlichen Interesses der Leistungserbringer dazu, ihre Kapazitäten auszulasten, zu einer unkontrollierten und nichtmedizinisch, sondern wirtschaftlich getriebenen Leistungssteigerung, so die Befürchtung.

Deshalb wurden unter anderem sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich Budgets eingeführt, bei deren Überschreitung die Leistungen nicht mehr im vollen Umfang finanziert werden. Im stationären Bereich sollten über prospektive Budgetverhandlungen die Krankenkassen Einfluss auf die Leistungsmenge erhalten.

Heute und vor allem in Zukunft ist es für die Leistungserbringer aber nicht mehr ohne Weiteres möglich, durch Leistungssteigerungen Anreize auszunutzen, um dem Kostendruck entgegenzuwirken oder

Überschüsse zu erzielen – im Gegenteil. Bei Personalmangel und gleichzeitig festgelegten und steigenden Personal- und Strukturvorgaben für die Erbringung von Leistungen ist – zumindest systemweit – eine unkontrollierte Leistungsausweitung daher nicht mehr möglich.

Schafft dies ein Krankenhaus oder eine Praxis dennoch, so geht das auf Kosten anderer Leistungserbringer und zeigt, dass die jeweilige Einrichtung in der Lage ist, Personal zu gewinnen und zu binden. Dies sollte eher belohnt als bestraft werden.

Stattdessen wird an den Regelungen zur Leistungsbegrenzung nicht nur festgehalten, sie werden sogar ausgebaut, beispielsweise durch den unsinnig aufwendigen Versuch im Krankenhauspflegeentlastungsgesetz, die Prospektivität bei den Budgetverhandlungen der Krankenhäuser wiederherzustellen. Statt der Einführung immer weiterer personal- und ressourcenfressender Bestimmungen sind vielmehr alle gesetzlichen Regelungen infrage zu stellen, die mit der Begründung einer Leistungsbegrenzung eingeführt wurden.

Dazu gehören beispielsweise die (prospektiven) Budgetverhandlungen im DRG-Bereich und der Fixkostendegressionsabschlag. Sie können ersatzlos abgeschafft werden, da aufgrund des beschriebenen Mangels der personellen Möglichkeiten eine unbegrenzte Leistungsausweitung nicht zu befürchten ist. Die zweifache Verhandlung über ein Budget – einmal „prospektiv“ und einmal nach Ablauf des Budgetjahres zur Vereinbarung der Ausgleiche – ist in einem Preissystem wie den G-DRG überflüssig, wenn es nur noch um die Vergütung der IST-Leistungen geht. Selbst das Pflegebudget könnte nach erstmaliger Verhandlung pauschal fortgeschrieben und nach Ablauf des Budgetjahres anhand der testierten Kosten ausgeglichen werden. Die Steuerung der Leistungen kann systemweit über Struktur- und Qualitätsvorgaben und gegebenenfalls über die Landesplanung nach Leistungsgruppen erfolgen.

Alte Regeln verursachen hohen Aufwand

Wie beschrieben, bleiben Struktur- und Qualitätsvorgaben wichtige Steuerelemente. Dennoch ist auch in diesem Be-

reich ein Ausmisten erforderlich, insbesondere weil hier viele Regelungen Aufwand für das klinische Personal bedeuten. So muss infrage gestellt werden, ob die Erhebung von Behandlungsdaten durch das klinische Personal ausschließlich zum Zweck der Qualitätssicherung heute noch notwendig und sinnvoll ist oder durch Qualitätssicherung aus Routinedaten beziehungsweise automatisiert zu erhebende Daten ersetzt werden kann.

Strukturvorgaben als Voraussetzung zur Leistungserbringung sind aktuell auf verschiedene Normen verteilt, beispielsweise zum einen in den Komplexkodes des OPS und zum anderen als Strukturvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), zum Beispiel Mindestmengen, Neonatologie, Aortenaneurysma. Als Qualitätsnormen gehören sie rechtssystematisch in den Zuständigkeitsbereich des G-BA und nicht in den OPS. Es wäre systemkonformer und deutlich weniger aufwendig, die mit Komplex-OPS verbundene Funktion über eine Kombination aus Strukturvorgabe des G-BA und Codierung der einzelnen Leistungsbestandteile abzubilden.

Unabhängig von der Quelle der Strukturvorgaben sind entsprechende Regelungen klar und eindeutig zu formulieren. Die unterschiedliche Auslegung unbestimmter Rechtsbegriffe in den Vorgaben durch die jeweils Betroffenen (Krankenhaus, Krankenkassen/MD) und der daraus resultierende Konflikt verursachen erheblichen personellen und zeitlichen sowie finanziellen Aufwand bei allen Beteiligten, führt zu gegenseitigem Misstrauen und schadet damit dem gemeinsamen Ziel einer partnerschaftlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten beziehungsweise Versicherten.

Das gilt auch für die Abrechnungsprüfungen. Es gab im Vorfeld des MDK-Reformgesetzes verschiedene Vorschläge (beispielsweise von der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling DGfM), die massenhafte Prüfung einzelner Abrechnungen durch Stichprobenprüfungen oder kriterienbasierte Prüfungsanlässe zu vereinfachen und dabei dennoch die mit der Prüfung verbundenen Ziele und Interessen zu erhalten. Wir können uns den personellen Aufwand, der mit dem derzeitigen Ver-

Bürokratiemonster: Rechnungsabweisungen per DTA

Problem

Krankenkassen weisen Rechnungen ohne MD-Prüfung ab. Berechtigt sind Krankenkassen dazu, wenn die übermittelten Diagnosen ein ambulantes Potenzial suggerieren. Die Möglichkeit der Abweisung per Datenträgeraustauschverfahren (DTA) wird ausgeweitet auf die Anzweifelung der Verweildauer (Straffung der Behandlung, Unterschreitung der uGVD) etc. Medizinische Begründungen werden angefordert. Der Schriftverkehr per DTA geht mehrfach hin und her, die Abrechnungen bleiben trotzdem abgewiesen.

Lösungsidee

Rechnungen werden grundsätzlich nicht abgewiesen. Es gilt ein Zahlungsziel innerhalb 14 Tagen. Bei Zweifeln steht der „Falldialog“ mit direktem Gespräch zur Verfügung und damit eine dokumentierte Entscheidung für beide Seiten.

Katharina Lentge
Leiterin Patientenverwaltung
Asklepios Klinikum Uckermark Schwedt

fahren der Abrechnungsprüfung verbunden ist, schlicht nicht mehr leisten, zumal auf beiden Seiten klinisches beziehungsweise klinisch qualifiziertes Personal betroffen ist.

Unabhängig von der Art der Prüfung ist auch die Zuständigkeit für das Verfahren unnötig komplex. Da der MD in zwischen flächendeckend eine rechtsfähige Körperschaft öffentlichen Rechts ist, könnte eine eventuelle Auseinandersetzung über die Gutachten des MD auch zwischen Krankenhaus und MD direkt geführt werden. Dass Widersprüche gegen Gutachten des MD heute über die Krankenkasse geltend gemacht werden müssen, ist ein aufwendiger Umweg und kann entfallen. Das gesamte Verfahren wäre erheblich einfacher, wenn die leistungsrechtliche und juristische Zuständigkeit der Krankenkasse erst einsetzt, wenn das Gutachten inhaltlich einvernehmlich oder juristisch gesichert ist.

Anreize statt Sanktionen

Vorgaben zur personellen Besetzung sind ein wichtiges Instrument für die Qualität, aber auch für die Begrenzung der Leistungen. Der von Politik und G-BA verfolgte Ansatz, letztlich einen Anspruch für jede einzelne Patientin und jeden einzelnen Patienten auf einen ausreichenden Personalschlüssel zu definieren, ist je-

doch zu kleinteilig, zu unflexibel und zudem unwirtschaftlich und unrealistisch. Abgesehen davon, dass die in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) verwendeten Kriterien Station und Fachabteilung für die Ermittlung des Pflege- und Personalbedarfs ungeeignet sind, verschieben sich im klinischen Alltag oft die Versorgungsprioritäten, und auch bei den einzelnen Patienten gibt es Schwankungen im Versorgungsbedarf. Darauf müssen die Personalverantwortlichen im Krankenhaus schnell und flexibel reagieren können.

Dass grundsätzlich ausreichend Personal für die erbrachten Leistungen vorhanden sein muss, steht außer Frage. Dies ließe sich jedoch mit deutlich weniger Aufwand und pauschaler festlegen, ohne dass die Versorgungsqualität wesentlich darunter leiden würde. Bei den derzeitigen Regelungen PpUGV und Psychiatrie-Personalrichtlinie (PPP-RL) stehen der Aufwand für die kleinteiligen Regelungen und Nachweise in keinem Verhältnis zum Zusatznutzen.

Sanktionen dienen dazu, unerwünschte Entwicklungen zu vermeiden oder Fehlverhalten zu bestrafen. Die Vermeidung unerwünschter Entwicklungen bedeutet im Umkehrschluss jedoch nicht, dass alle anderen möglichen Entwicklungen und Verhaltensweisen dem gewünschten Ziel dienen.

Personalverantwortliche, Motivations-trainer und Verhaltenspsychologen wissen, dass gewünschte Verhaltensweisen und Ziele eher mit Anreizen als mit Strafen zu erreichen sind. Hinzu kommt, dass Sanktionen und Strafen deutlich aufwendiger umzusetzen sind, da sie unter anderem zu Vermeidungsstrategien und juristischen Auseinandersetzungen führen. Die Ablösung der inflationären Einführung von Sanktionen durch zielorientierte Anreize würde die notwendigen Veränderungen in der Gesundheitsversorgung mit weniger Aufwand deutlich schneller vorantreiben.

Reinhard Schaffert
Geschäftsführer
Klinikverbund Hessen e. V.
E-Mail: r.schaffert@klinikverbund-hessen.de