

Maßnahmen zur Entbürokratisierung in der ambulanten und stationären Versorgung

- Vorschläge aus Niedersachsen -

In Zusammenarbeit von:

Ärztekammer Niedersachsen

Niedersächsischer Pflegerat

Niedersächsische Krankenhausgesellschaft e.V.

Hannover, den 07. Juli 2023

Vorwort

Der Gesetzgeber hat den Mitarbeitenden in der ambulanten und der stationären Versorgung in den vergangenen Jahren eine nahezu unüberschaubare Flut von Dokumentations- und Nachweispflichten auferlegt, was zu einer Verlagerung der personellen Ressourcen von der unmittelbaren Versorgung hin zur Bürokratie nach sich zieht.

Allein seit dem 1. Januar 2020 zählt die Literatur 238 relevante Gesetzes-, Richtlinien- und Rechtsverordnungen und Erlasse.¹ Die Bürokratiebelastung hat infolgedessen ein Ausmaß angenommen, das für die Mitarbeitenden in der ambulanten und stationären Versorgung kaum noch zu bewältigen ist und dessen Sinnhaftigkeit von einer immer größer werdenden Anzahl von Berufsgruppen infrage gestellt wird.

Zahlreiche Studien unterschiedlicher Institutionen belegen mittlerweile die steigende Belastung der Mitarbeitenden.^{2,3,4,5,6,7} Die zeitliche Bindung der Mitarbeitenden in der Versorgung von bis zu vier Stunden täglich für rein bürokratische Zwecke führt dazu, dass diese letztlich für die eigentliche Versorgung und Pflege der Patientinnen und Patienten fehlen. Neben der Verschärfung des Fachkräftemangels und aufgrund der demographischen Entwicklung führt dieser Arzt- und Pflegezeitmangel zu einer dramatischen Verschärfung der Versorgungssituation. In Studien wird bereits ersichtlich, dass für Pflegefachkräfte u. a. „Mehr Zeit für menschliche Zuwendung“ und „Vereinfachte Dokumentation“ zu den wichtigsten Arbeitsbedingungen gehören, zurück in den Beruf zu kommen oder eine Stundenerhöhung vorzunehmen.⁸ Besonders demotivierend für Ärztinnen und Ärzte sowie für Pflegekräfte ist, dass sie einerseits dazu genötigt

¹ Prof. Dr. Erika Raab (2023): Aufwand hoch, Nutzen zu gering. f&w 4/2023, S. 325

² HIMSS Europe (2015): Auf den Spuren der Zeitdiebe im Krankenhaus: Die wahre Belastung durch Dokumentation an deutschen Akutkrankenhäusern wird unterschätzt, S. 2.

³ Niedersächsische Krankenhausgesellschaft e.V. (2023): NKG-Indikator 2022.

⁴ Niedersächsische Krankenhausgesellschaft e.V. (2023): NKG-Indikator 2022.

⁵ Asklepios (2019): Statt Misstrauenskultur: Klinikärzte wollen weniger Verwaltung und mehr Zeit am Krankenhausbett. Online verfügbar unter: <https://www.asklepios.com/presse/presse-mitteilungen/konzernmeldungen/201906/2019-06-13-statt-misstrauens-ultur-klinikaerzte-wollen-weniger-verwaltung-und-mehr-zeit-am-krankensbett-~ref=eb4b30af-4bd6-4365-9b67-31baebfb4962~> [zuletzt abgerufen am 17.05.2023].

⁶ Kassenärztliche Bundesvereinigung: Bürokratieindex 2016-202. Online abrufbar unter: <https://www.kbv.de/html/bix.php> [zuletzt abgerufen am 23.06.2023]

⁷ Marburger Bund: MB-Monitor 2022. Online abrufbar unter: <https://www.marburger-bund.de/bundesverband/themen/marburger-bund-umfragen/mb-monitor-2022-zu-wenig-personal-zu-viel-buerokratie> [zuletzt abgerufen am 23.06.2023]

⁸ J. Auffenberg, D. Becka, M. Evans, N. Kokott, S. Schleicher & E. Braun (2022): Ich pflege wieder, wenn... . Online abrufbar unter: https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Rente_Gesundheit_Pflege/Bundesweite_Studie_Ich_pflege_wieder_wenn_Kurzfassung.pdf [zuletzt abgerufen am 28.06.2023].

werden, immer mehr ihrer begrenzt zur Verfügung stehenden Zeit für ausufernde Dokumentation aufzuwenden, ihnen andererseits aber zusätzlich unterstellt wird, ihre Dokumentationen seien fehlerhaft oder sogar manipuliert. Diese ausgeprägte und unbegründete Misstrauenskultur führt bei Beschäftigten mittlerweile zu einer beruflichen Abkehr aus der Versorgung und ist zu korrigieren. Es ist unabdingbar, hier schnellstmöglich zu einem ausgewogenen Verhältnis zwischen der Patientinnen- und Patientenbehandlung und dem notwendigen Umfang der damit verbundenen Dokumentation zurückzukehren.

Der Gesetzgeber hat die Notwendigkeit des Bürokratieabbaus erkannt und verpflichtet in § 220 Abs. 4 SGB V das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bis zum 30. September 2023 Empfehlungen zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen vorzulegen. Bereits Ende vergangenen Jahres hat die ehemalige niedersächsische Sozialministerin Frau Behrens mehrfach öffentlich sowie direkt gegenüber Bundesgesundheitsminister Lauterbach den Vorschlag unterbreitet, in Niedersachsen ein Pilotprojekt zum Thema Bürokratieabbau in Krankenhäusern zu initiieren. Herr Prof. Lauterbach hat diesen Vorstoß ausdrücklich begrüßt.

Auch standen aktuelle Herausforderungen in der medizinischen Versorgung im Mittelpunkt des diesjährigen Jahresauftaktgesprächs der Ärztekammer Niedersachsen und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen mit Frau Behrens. Vereinbart wurden vor diesem Hintergrund unter anderem gemeinsame Anstrengungen, um Ärztinnen und Ärzte von überbordenden bürokratischen Aufgaben zu entlasten, damit sie diese gewonnene Zeit künftig wieder verstärkt in die Versorgung der Patientinnen und Patienten einbringen können. Zum gemeinsamen Ziel aller Beteiligten, Bürokatierregeln zu hinterfragen und zu reduzieren, sagte Ministerin Behrens damals: „Ich freue mich dazu auf praxisorientierte Vorschläge aus der Selbstverwaltung. Die Landesregierung wird jede Chance auf Landesebene nutzen, um die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten in der Medizin und der Pflege zu verbessern.“⁹

Auch der neue Sozialminister Herr Dr. Philippi hat sich diesem für alle an der Patientinnen- und Patientenversorgung beteiligten Akteuren wichtigem Thema angenommen. Zur Umsetzung dieses Ziels und dem Interesse, einen Beitrag für den Auftrag des BMG zu leisten, hat das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung (MS) gemeinsam mit der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN), dem Niedersächsischen Pflegerat (NPR) und der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft (NKG) das Projekt „Bürokratieabbau“ ini-

⁹ Ärztekammer Niedersachsen (2023): Presseinformation „Gemeinsamer Weg zu weniger Bürokratie und mehr Unterstützung für die Mitarbeitenden im Gesundheitswesen“, Online verfügbar unter: <https://www.aekn.de/detail/gemeinsamer-weg> [zuletzt abgerufen am 23.06.2023]

tiert. Ziel dieses Projektes ist die Erarbeitung konkreter Vorschläge zur Reduktion der Bürokratie in der ambulanten und stationären Versorgung. Die in diesem Papier aufgeführten Vorschläge sind das Ergebnis eines intensiven berufsgruppenübergreifenden und fachlichen Prozesses unter der engen Einbindung von Mitarbeitenden in der ambulanten und stationären Versorgung.

Die Projektgruppe hat eine Vielzahl von Themenbereichen ausgearbeitet, die bereits in ihren Einzelatbeständen aufgrund der hochkomplexen ambulanten und stationären Vergütungssysteme zu einer umfangreichen Dokumentation führen, letztendlich aber auch tiefgreifend miteinander verknüpft sind:

- die forensische/haftungsrelevante Dokumentation,
- die abrechnungsrelevante Dokumentation,
- die Dokumentation der Struktur (-qualität),
- die Dokumentation für die Qualitätssicherung,
- die Dokumentation aufgrund der bestehenden Misstrauenskultur
- und die sonstige Datenübermittlung.

Hierbei besteht sowohl zwischen den Mitgliedern der Projektgruppe als auch dem in der Versorgung tätigen Personal breiter Konsens, dass die forensische Dokumentation im Sinne des Patientinnen- und Patientenschutzes und einer bestmöglichen Behandlung unabdingbar ist. Ebenfalls ist es unstrittig, dass für die Abrechnung eine begründete Dokumentation notwendig ist, die aber auf ein Minimum reduziert sein muss.

In einem allgemeinen Teil werden in dieser Ausarbeitung zunächst grundsätzliche Forderungen zum Bürokratieabbau gestellt, welche darauf folgend in einem speziellen Teil durch konkrete Beispiele und Vorschläge der ÄKN, der NKG und dem NPR gestützt und erweitert werden. Sämtliche hier genannten Vorschläge werden durch alle Mitglieder der Projektgruppe auf Leistungserbringerseite und deren zuständigen Gremien vollumfänglich mitgetragen.

Allgemeiner Teil

Aufgrund der hohen Komplexität, der vielfältigen Verflechtungen im deutschen Gesundheitswesen, sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor, und dem fortschreitenden Fachkräftemangel bedarf es eines grundlegenden Umdenkens der Gesetzes- und Richtlinienregelungen. Bestehende und geplante Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen müssen grundsätzlich kritisch hinterfragt und auf das notwendige Mindestmaß reduziert werden. Die Sicherheit der Patientinnen und Patienten ist hierbei selbstverständlich als höchstes Gut zu werten. Deshalb ist der verfügbaren Arbeitszeit der mit der Versorgung dieser Patientinnen und Patienten betrauten Menschen ein sehr hoher Stellenwert beizumessen. Der demographische Wandel verpflichtet dazu, auf jegliche unnötige Arbeitsbelastung durch patientenferne Dokumentationen zu verzichten.

Der verpflichtende durch den Gesetzgeber anzuführende Bürokratieaufwand neuer Gesetze (-svorhaben) ist gegenüber der bisherigen Vorgehensweise realistischer und anhand der tatsächlichen Gegebenheiten zu bemessen. Wir fordern daher, dass unter deren Berücksichtigung eine Bürokratieaufwandsprüfung/Bürokratiefolgenabschätzung vor jedem neuen Gesetz, jeder neuen Verordnung und jeder neuen Richtlinie durchgeführt werden muss. Wenn möglich, sollte hierfür primär auf bereits bestehende und verfügbare (Routine-) Daten zurückgegriffen werden, da eine Neuerhebung wiederum zu weiterer, redundanter Bürokratie führen würde.

Ferner ist eine Vorgabe einzuführen, die verlangt, dass jede neue Regelung bzw. jede Gesetzesänderung, die einen administrativen Aufwand verursacht, bürokratieärmer als dessen Vorgänger zu sein hat und die in der vorherigen Forderung enthaltenen realistischen Bürokratieauswirkungen dargestellt sind. Sofern auch diese Forderungen nicht zu einem spürbaren Abbau der Bürokratie beitragen, ist ultimativ bei Einführung einer/s neuen Vorgabe / Richtlinie / Gesetzes zu bereits bestehenden Regelungstatbeständen mindestens ein/e Vorgabe / Richtlinie / Gesetz zur Vermeidung von Doppelstrukturen gänzlich zu streichen.

Den (gesundheits-) politischen Debatten ist einvernehmlich zu entnehmen, dass der bundesweit eingetretene Arbeits- und Fachkräftemangel ein unumkehrbares Ausmaß angenommen hat. Einer Vielzahl deutscher Krankenhäuser ist es bspw. nicht mehr möglich, die vorhandenen Betten mit Patientinnen und Patienten zu belegen, da personelle Vorgaben aufgrund des erheblichen Mangels nicht mehr einzuhalten sind und darüber hinaus ihnen Sanktionen drohen, sofern sie diese bei Nichteinhaltung von normativen Personalvorgaben belegen. Dies veranlasst zu der

Forderung, dass sämtliche Richtlinien und Gesetze, die eine Fachkraftquote definieren, auf deren Umsetzbarkeit zu überprüfen und unter Gewährleistung der Behandlungsqualität und des Patientinnen- und Patientenschutzes zu überarbeiten sind.

Darüber hinaus fordern wir die Verankerung einer generellen Überprüfung von Vorgaben, inwieweit die definierten Ziele durch die Maßnahme erreicht wurde. Hierbei muss ein Nachweis für einen direkten Nutzen für Patientinnen und Patienten (oder für die beteiligten Berufsgruppen) erbracht werden. Sollte dieser Nachweis nicht erbracht werden können, muss die Maßnahme zurückgenommen werden.

Die in diesem Dokument dargestellten Forderungen zum Abbau der Bürokratie dürfen nicht dazu führen, dass Maßnahmen durch zusätzlichen Aufwand für alle Beteiligten erneut evaluiert werden. Über nahezu alle bestehenden Maßnahmen liegen ausreichend Daten vor, die eine umfassende Bewertung ermöglichen.

Selbstkritisch müssen auch landeseigene Gesetze, Verordnungen und Richtlinien hinsichtlich redundanter und überflüssiger Dokumentations- und Meldepflichten überprüft werden. Dies gilt insbesondere auch für das Niedersächsische Krankenhausgesetz und die darin zusätzlich enthaltenen Melde- und Berichtspflichten der Krankenhäuser.

Unsere Forderungen:

- kritische Überprüfung aller bestehenden und geplanten Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen,
- Bürokratieaufwandsprüfung/Bürokratiefolgenabschätzung vor jedem neuen Gesetz, jeder neuen Verordnung und jeder neuen Richtlinie,
- Nutzung bestehender und verfügbarer (Routine-) Daten,
- keine zusätzlichen bürokratischen Vorgaben ohne Abbau bestehender Vorgaben.

Spezieller Teil

Externe Qualitätssicherung:

- Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)

Gemäß § 136 Abs. 1 SGB V sind die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringerinnen und -erbringer zur Teilnahme an der externen Qualitätssicherung verpflichtet. Zum aktuellen Stand werden anhand von 15 Qualitätssicherungsverfahren unter Betrachtung von 28 Leistungsbereichen Daten erhoben und durch externe Stellen ausgewertet. Dieses Verfahren geht aus der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)“ hervor. Die DeQS-RL umfasst sowohl sektorenübergreifende als auch sektorenspezifische Verfahren der ambulanten und stationären Qualitätssicherung. Ferner ist geregelt, dass zum Zwecke der Qualitätssicherung auch Daten der Krankenkassen oder Ergebnisse aus Patientinnen- und Patientenbefragungen berücksichtigt werden. Dies verfolge mittels einer längsschnittlichen Betrachtung der Behandlung eine hohe Qualitätssicherung.

Die anhand der Qualitätssicherungsverfahren erhobenen Daten werden regelmäßig analysiert. Bei dem Verdacht, dass sich Hinweise auf Mängel in der Versorgungsqualität ergeben, werden mit den Leistungserbringerinnen und -erbringern Stellungnahmeverfahren geführt. Hieraus abgeleitete Verbesserungsmaßnahmen werden wiederum überprüft. Insgesamt verpflichtet die Richtlinie des G-BA zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zur Erfassung von über 3,5 Millionen Datensätzen anhand von etwa 300 Qualitätsindikatoren.

Dennoch fehlen bis heute belastbare Ergebnisse und Nachweise, ob, wie und in welchem Umfang die sektorenübergreifende Qualitätssicherung tatsächlich zu einer Verbesserung der Versorgung beiträgt und aus der Vielzahl an Daten überhaupt eklatante Qualitätsdefizite erkennbar sind. Wie bereits das Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018 zeigt, besteht eine Unverhältnismäßigkeit von Aufwand und Nut-

zen. Dies wird aus der Auswertung von rund 2,5 Millionen Datensätzen der 1.544 teilnehmenden Krankenhäuser zu 24 Qualitätssicherungsverfahren deutlich. Die Auswertung zeigt, dass nur 0,6 Prozent der Ergebnisse rechnerisch auffällig sind.¹⁰

Beispiel:

Es existieren Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf, die seit Jahren immer wieder als solche identifiziert werden. Dies gilt beispielsweise für die Versorgung ambulant erworbener Pneumonien, bei denen die Bestimmung der Atemfrequenz bei der Aufnahme und die vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung nicht ausreichend berücksichtigt werden. Das QS-Verfahren ambulant erworbene Pneumonie betrachtet damit die rechtzeitige und kontinuierliche Durchführung von notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und gehört seit 2005 zu den dokumentationspflichtigen Leistungen im Rahmen der externen gesetzlichen Qualitätssicherung. Zurzeit erfasst das QS-Verfahren ambulant erworbene Pneumonie bundesweit ca. 255.000 Fälle pro Jahr.¹¹ Die Auswertungen der Daten aus dem Jahr 2020 zeigen allerdings keine aussagekräftigen Unterschiede im Vergleich zu den Vorjahren. Damit ist festzustellen, dass die Maßnahmen in den Verfahren offensichtlich nicht greifen oder die Indikatoren nicht treffsicher sind. Die Verfahren der externen Qualitätssicherung sind für diese Bereiche offensichtlich suboptimal, haben aber dennoch keine substanzielle Optimierung erfahren.

Unsere Forderung:

Qualitätssicherungsverfahren, die nachweislich gänzlich keinen oder keinen zusätzlichen Nutzen generieren, müssen vollständig abgeschafft werden. Der Ersatz dieser Vollerhebung durch Stichproben stellt keine effektive Alternative dar, da dies lediglich Entlastungen im Rahmen des Exports von Daten und der Prüfung bedeuten würden, der Umfang der Dokumentation aber unverändert gleichbliebe. Darüber hinaus wird vorgeschlagen, dass bei Qualitätssicherungsverfahren mit nachgewiesenem Nutzen eine jährliche Datenerhebung zu pausieren und durch die Einführung von geeigneten Intervallen zur Datenerhebung und -abgabe ersetzt wird. Langfristig ist hier eine intelligente EDV-Lösung (z.B. Schnittstellen, Plausibilitätsprüfungen) anzustreben, die zukünftig die einmalige Erfassung von Daten ermöglicht, aber eine mehrfache Nutzung generiert.

¹⁰ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung – Gutachten 2018, S. 202-203

¹¹ IQTIG Qualitätsreport 2020, Seite 31

Dokumentation von Personalbesetzung in der Somatik:

➤ Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)

Seit Inkrafttreten der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) am 6. Oktober 2018 sind Krankenhäuser dazu verpflichtet, für die sogenannten pflegesensitiven Bereiche Personaluntergrenzen einzuhalten. Die Krankenhäuser stellen die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen anhand monatsbezogener Durchschnittswerte fest. Die Krankenhäuser teilen den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) einmal je Quartal, aufgeschlüsselt nach Monaten und nach Art der Schicht, die Anzahl der Schichten mit, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen nicht eingehalten worden sind. Sie sind in § 6 der PpUGV geregelt und differenziert zwischen Tag- und Nacht- bzw. Wochenend- und Feiertagsschichten. Die Pflegepersonaluntergrenzen sind mittlerweile für nahezu alle medizinischen Fachabteilungen festgelegt.

Halten die Krankenhäuser die Vorgaben in den pflegesensitiven Bereichen nicht ein oder kommen ihrer Mitwirkungs-/Meldepflicht nicht nach, drohen erhebliche Sanktionen in Form von Vergütungsabschlägen oder Fallzahlreduzierungen.

Zielsetzung dieser Verordnung ist, dass in den pflegesensitiven Bereichen genügend Fachkräfte in der Pflege beschäftigt sind, um die Patientinnen und Patienten ausreichend gut behandeln zu können. Die Festlegung erfolgt hier allerdings empirisch und nicht am eigentlichen Bedarf orientiert.

Mit der anstehenden Einführung des Pflegepersonalbemessungsinstrumentes PPR 2.0 wird der Personalbedarf hingegen zukünftig konkret an den Bedarfen der Patientinnen und Patienten ermittelt. Der Personalbedarf wird bestimmt, indem Patientinnen und Patienten täglich in je vier Grund- und Spezialpflege-Leistungsstufen eingeteilt werden. Jeder Stufe ist ein Minutenwert zugeordnet. Hinzu kommen Grund- und Fallwerte als Basis. In der Summe ergibt sich so ein Zeitwert pro Patient/in, der den Pflegepersonalbedarf konkret abbildet. Der zusammengefasste Wert aller Patientinnen und Patienten ergibt den Pflegepersonalbedarf des Hauses. Die zugrunde gelegten Minutenwerte berücksichtigen pflegewissenschaftliche Erkenntnisse und Weiterentwicklungen im Pflegemanagement der letzten Jahrzehnte. Damit kann das Pflegepersonal zielgerichtet eingesetzt und eine hohe Qualität in der pflegerischen Versorgung sichergestellt werden.

Mit Einführung der PPR 2.0 erübrigen sich die Vorgaben der Pflegepersonaluntergrenzen sowie deren aufwendigen Nachweise, da der Personaleinsatz zielgenau und an den Bedarfen der Patientinnen und Patienten erfolgt. Der additive Einsatz beider Instrumente ist aufgrund des hohen Aufwandes unbedingt zu verhindern, zumal sich kein Mehrwert für die Versorgung der Patientengruppen ergibt.

Beispiel:

Besonders deutlich wird die Problematik in der Versorgung der Früh- und Reifgeborenen. Hier treffen zum einen die Vorgaben der PpUGV zur pädiatrischen Intensivmedizin, die Qualitätsrichtlinie des G-BA für die Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL) und zukünftig das Personalbemessungsinstrument Kinder-PPR 2.0 aufeinander und führen dazu, dass zum einen unterschiedliche Maßstäbe angesetzt und zum anderen identische Nachweise in unterschiedlicher Aufbereitung und Detailtiefe zu erbringen sind.

Nach der PpUGV ist für die pädiatrische Intensivmedizin die Dokumentation einer Personalbesetzung in der Tagschicht von einer Pflegekraft auf zwei Kinder und in der Nachtschicht von einer Pflegekraft auf drei Kinder erforderlich. Die Dokumentation ist täglich jeweils um 12:00 Uhr für die Tagschicht und um 0:00 Uhr für die Nachtschicht zu erbringen. Nach der Qualitätsrichtlinie des G-BA für die Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL) ergeben sich folgende, nicht mit der PpUGV korrespondierenden Personalvorgaben: je intensivtherapiepflichtigen Neugeborenen <1.500 g: eine Pflegekraft, für zwei intensivüberwachungspflichtige Neugeborene <1.500 g: eine Pflegekraft, für alle weitere Patienten: "in ausreichender Form". Die Dokumentation erfolgt hierbei im Drei-Schicht-System patientenbezogen.

Zu der Behandlung Frühgeborener gibt es sowohl eine veröffentlichungspflichtige Strukturabfrage (perinatalzentren.org) als auch ein Qualitätssicherungsmodul in der datengestützten Qualitätssicherung, überwiegend zur Ergebnisqualität, dessen Ergebnisse sowohl auf perinatalzentren.org als auch im bundesweiten deutschen Krankenhausverzeichnis (www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de) und weiteren Portalen sowie in den gesetzlichen Qualitätsberichten veröffentlicht werden. Dies führt zu einer umfassenden und sich doppelnden Berichterstattung.

Damit würden bei fortbestehender Verpflichtung zur Erfüllung der PpUGV und der Verpflichtung der Erfüllung der Vorgaben der QFR-RL für die Krankenhäuser mit Einführung der Kinder-PPR 2.0 parallele Systeme installiert, deren Personalvorgaben zu erfüllen und nachzuweisen sind. Alle Systeme verfolgen das gleiche Ziel, die qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten mit genügend Pflegepersonal sicherzustellen.

Unsere Forderung:

Zur Vermeidung dieser doppelten Strukturen und der mehrfachen Datenerfassung und Überlieferung unterschiedlicher Berufsgruppen wird an dieser Stelle gefordert, die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) mit Scharfschaltung der PPR 2.0 und der Kinder-PPR 2.0 aufzuheben und die Krankenhäuser von dieser Nachweispflicht zu entbinden.

Dokumentation von Personalbesetzung in der Psychiatrie:

➤ Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Abs. 2 Satz 1 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie/PPP-RL) gilt seit 2020 für alle psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken. Die Richtlinie legt Mindestvorgaben (Minutenwerte) für die Personalausstattung der Kliniken differenziert nach den Berufsgruppen Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen, Bewegungstherapeutinnen/Bewegungstherapeuten, Spezialtherapeutinnen/Spezialtherapeuten und Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter fest. Bei der Überführung der aus dem Jahr 1986 stammenden Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) in die PPP-RL wurde weder eine evidenzbasierte Anpassung noch eine Überarbeitung anhand neu etablierter Therapiekonzepte vorgenommen. Es wurden lediglich die Minutenwerte an wenigen Stellen angepasst. Die sich aus der sehr komplexen Berechnung ergebenden Mindestvorgaben an therapeutischer Personalausstattung darf, bis auf wenige Ausnahmen, in keiner Berufsgruppe im Quartal unterschritten werden, ansonsten drohen den Kliniken monetäre Sanktionen (Strafzahlungen) und letztendlich ein Behandlungsverbot. Die Richtlinie ist seit Einführung umstritten, nicht zuletzt aufgrund ihrer Komplexität, der äußerst detailreichen Nachweisführung und den bei Nichterfüllung drohenden Sanktionen.

Beispiel:

Die Therapiekonzepte in der modernen Psychiatrie und Psychosomatik haben sich in den letzten Jahren erheblich verändert. Die Aufgaben haben sich zum Teil geändert, etablierte Berufsgruppen haben von anderen Berufsgruppen Aufgaben übernommen, wiederum sind neue Berufsgruppen dazu gekommen und haben Regelaufgaben übernommen und die über die PPP-RL definierten Berufsgruppen z.T. entlastet oder unterstützt. Damit stimmt die Zuordnung der Regelaufgaben zu den einzelnen Berufsgruppen nicht mehr und bildet die Versorgungsrealität nicht ab. Ein Teil der Aufgabenverschiebung kann zwar über aufwendige Anrechnungen auf andere Berufsgruppen der PPP-RL „aufgefangen“ werden. Dies bedeutet aber einen enormen bürokratischen Aufwand in der Dokumentation und der Nachweisführung. Die Nachweisführung ist insofern differenziert, weil für jede angerechnete Berufsgruppe u. a. erläutert werden muss, welche Regelaufgabe der anderen Berufsgruppe übernommen wurde.

Ausgewählte Einrichtungen müssen neben dem quartalsweisen Nachweis einen monats- und stationsbezogenen Nachweis über den Erfüllungsgrad der Mindestvorgaben je Berufsgruppe führen. Diese Nachweise stellen einerseits einen enormen Aufwand dar und bilden nach den derzeitigen Erfahrungen die Versorgungsrealität nicht ab. Wird der geforderte Erfüllungsgrad nicht erreicht, drohen einschneidende Sanktionen bzw. legt die Richtlinie in der Endfassung ein Behandlungsverbot fest.

Unsere Forderung:

Die Umsetzung der folgenden Vorschläge zur Anpassung der Dokumentationsvorgaben zur PPP-RL würde zu einem deutlichen Bürokratieabbau in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung führen:

1. Grundsätzliche Vereinfachung der Richtlinie:
 - 1.1. Ermittlung des Erfüllungsgrades über alle Berufsgruppen oder über „zusammengefasste Berufsgruppen“
 - 1.2. Entfall der Erläuterungen hinsichtlich der übernommenen Regelaufgaben bei Anrechnungen auf Berufsgruppen im Servicedokument
 - 1.3. Entfall der Qualifikationsnachweise im Tabellenblatt A8 des Servicedokumentes zur PPP-RL
2. Ersatzlose Streichung des stations- und monatsbezogenen Nachweises der PPP-RL

Qualitätskontrollen in der stationären Versorgung:

- Richtlinie zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes (MD-QK-RL)/OPS-Strukturprüfung

Mit Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSKG) hat der Gesetzgeber die Möglichkeit von Qualitätskontrollen in zugelassenen Krankenhäusern geschaffen. Diese Kontrollen werden vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MD) durchgeführt. Grundsätzliches Ziel dieser Kontrollen ist es, die Einhaltung von Qualitätsanforderungen, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien und Beschlüssen erlässt, mit den tatsächlichen Gegebenheiten vor Ort abzugleichen. Ergebnis dessen ist die im Jahr 2017 in Kraft getretene „Richtlinie zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes“ (MD-QK-RL) des G-BA nach § 275a SGB V, welche u. a. den Umfang, Art und das Verfahren der Kontrollen festlegt und den weiteren Umgang der Ergebnisse beschreibt.

Parallel hierzu müssen Krankenhäuser seit dem Jahr 2021 beim zuständigen MD eine OPS-Strukturprüfung beantragen, sofern sie bestimmte Leistungen anbieten. Hierbei wird retrospektiv geprüft, ob Krankenhäuser für bestimmte Leistungen die Strukturmerkmale erfüllen. Festgelegt sind die zu prüfenden Strukturmerkmale in Kodes des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) nach § 301 Abs. 2 SGB V des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Die erfolgreiche Bescheinigung des MD nach der Prüfung stellt die Voraussetzung für das Krankenhaus bzw. den Standort dar, die dem OPS-Kode zugrundeliegende Leistung bei den Krankenkassen abrechnen zu dürfen. Die Grundlage der Begutachtung ist die vom Medizinischen Dienst Bund jährlich zu aktualisierende Richtlinie „Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V“ unter Genehmigungsvorbehalt des Bundesministeriums für Gesundheit.

Beispiel:

Die MD-QK-RL und die OPS-Strukturprüfung stellen zwei im Klinikalltag nebeneinanderlaufende Kontrollmechanismen dar und verursachen einen enormen Umfang an Dokumentation unterschiedlichster Berufsgruppen. Die Prüfrichtlinien sind stark überbordend, zusätzlich wird das Prüfverfahren unverhältnismäßig kleinsteilig durchgeführt und maximal ausgeweitet. Bei beiden Prüfungen/Kontrollen geht es um die Einhaltung von Mindestmerkmalen, getrennt in Strukturmerkmalen aufgrund von OPS-Kodes einerseits und von G-BA-Richtlinien andererseits. Zusätzlich werden ca. 5 bis 15 Prozent aller Krankenhausfälle einer Einzelfallprüfung

durch den Medizinischen Dienst unterzogen, häufig im schriftlichen Verfahren.¹² Darüber hinaus ist es fraglich, warum die Einhaltung der strukturellen Vorgaben jährlich überprüft werden müssen, wenn gleichzeitig eine Verpflichtung zur Meldung beim Verstoß dieser Vorgaben besteht.

Den aktuellen Diskussionen zur Reform der Krankenhausvergütung ist die Einführung von bundesweit einheitlichen Leistungsgruppen als gesichert zu entnehmen. An jede dieser Leistungsgruppen sollen strukturelle Vorgaben zur Leistungserbringung geknüpft sein. Somit wird die Überprüfung dieser leistungsgruppenspezifischen Vorgaben vor der Zuteilung der Leistungsgruppen durch die Landesplanungsbehörde erfolgen und ist somit festgestellt.

Unsere Forderung:

Die Projektgruppe fordert an dieser Stelle, mit Umsetzung der Reform die regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes und die MD-Qualitätskontroll-Richtlinie aufgrund der vorherigen Feststellung der strukturellen Vorgaben abzulösen oder diese mindestens zusammenzuführen und dessen Umfang deutlich zu reduzieren. Da die Landesplanungsbehörde die Erfüllung der strukturellen Vorgaben sichergestellt hat, ist nicht ersichtlich, warum unterjährige redundante Prüfungen weiterhin notwendig sind. Sofern es die Gesetzgebung verlangt, die Einhaltung der Strukturmerkmale zu überprüfen, sind hierfür sowohl Stichproben als auch zu definierende Intervalle als geeignet anzusehen.

Die bereits etablierte Vorgabe für Krankenhäuser der Anzeigepflicht bei Nichteinhaltung notwendiger Strukturvorgaben erübrigt grundsätzlich weitere Prüfungen und würde eine Loslösung des wichtigen Personals von bürokratischen Verfahren sowohl auf Leistungserbringer- als auch auf Kostenträgerseite bedeuten. Dieses Personal könnte dann wieder in der Patientinnen- und Patientenversorgung eingesetzt werden.

¹² Medizinischer Dienst Bund – Prüfquoten Abrechnungsprüfung, online abrufbar unter: <https://md-bund.de/themen/krankenhaus/pruefquoten-abrechnungspruefung.html> [zuletzt abgerufen am 30.06.2023]

Digitalisierung

Sowohl im ambulanten und stationären Sektor wie auch in der sektorenübergreifenden Versorgung hat die Bürokratie in den vergangenen Jahren stark zugenommen. Tausende von Datensätzen werden dabei allerdings unnötig generiert, da diese häufig manuell und in redundanter Form von unterschiedlichen Leistungserbringerinnen und -erbringern erzeugt werden müssen.

Beispiel:

Die Kommunikation im Gesundheitswesen, insbesondere die Überwindung der Sektorengrenzen, zwischen Patientinnen und Patienten, Leistungserbringern und Kostenträgern erfolgt bisher oft analog und papierbasiert. Die Patienteninformationen liegen häufig nur in der praxiseigenen EDV vor und sind damit nicht in einer elektronischen Patientenakte (ePA), die für alle Behandlerinnen und Behandler zugänglich ist, einsehbar. Auch besteht aktuell ohne weiteres nicht die Möglichkeit, Informationen, wie zum Beispiel Laborwerte, vom Krankenhaus zu empfangen oder zu versenden. Ebenso ist es nur eingeschränkt möglich, die Laborwerte aus dem Krankenhaus in die digitale Patientenakte der jeweiligen Praxis-EDV zu integrieren. Dadurch kommt es zwischen den einzelnen Akteuren im Gesundheitswesen weiterhin zu Redundanzen bei der Dokumentation von medizinischen Behandlungsdaten wie beispielsweise Befunden, Diagnosen und Medikationsplänen.

In einer ePA könnten die Informationen zu Patientinnen und Patienten hingegen zusammengeführt werden und dem für die im Rahmen der Behandlung Zuständigen zugänglich gemacht werden, ohne dass es einer Doppeldokumentation bedarf. Dies würde nicht nur zu einer Zeiterparnis im Praxisalltag führen, sondern auch unnötige Doppeluntersuchungen oder mögliche Risiken der Fehldokumentation durch Übertragungsfehler vermeiden.

Unsere Forderung:

Es muss eine diskriminierungsfreie Einbindung aller Komponenten und Dienste gewährleistet werden mit dem Ziel der Entbürokratisierung durch verpflichtende Standards in Krankenhausinformationssystemen, Praxisverwaltungssystemen, Qualitätssicherung und Registern. Digitalisierung braucht offene und durchlässige Systeme über die Sektoren hinweg. Bei der Nutzung von Krankenhausinformations- und Praxisverwaltungssystemen sollten digitale Automatisierungen von Abläufen so gestaltet sein, dass innerhalb des Systems Daten ohne erneute Eingabe ausgetauscht werden können. Dafür ist ein Austausch von Informationen über verfügbare und funktionierende Schnittstellen notwendig und gleichzeitig als zu erfüllende Maßnahme vom Hersteller zu sehen.

Digitale Lösungen müssen immer (bereits ab der ersten Umsetzung) eine spürbare Arbeitserleichterung bei den Anwenderinnen und Anwendern erzielen, welche zugleich nicht die Aufgabe als Beta-User neuer Software übernehmen sowie nicht mit Sanktionen behaftet werden dürfen, wenn die technische Umsetzbarkeit nicht gewährleistet ist. Probleme, wie bspw. bei den DEMIS-Meldungen, dürfen sich nicht wiederholen. Es muss klare Regelungen der Zuständigkeiten für die Unterstützung und Umsetzung zur Fehlerbehebung bspw. in der TI bzw. Anwender-IT geben. Die Kosten für die Einführung neuer Software, die Schulungen der Anwenderinnen und Anwender sowie der Wartung und Betreuung muss seitens der Kostenträger erstattet werden.

Anforderung gutachterlicher Äußerungen

Die Anforderungen an gutachterliche Äußerungen stellen einen sehr aufwändigen bürokratischen Vorgang in vielen medizinischen Einrichtungen dar. Hierzu zählen neben Anforderungen von unterschiedlichen Behörden (u. a. Landesbehörden, Agentur für Arbeit) auch Anfragen von Krankenkassen oder Betreuungsgerichten. Sie umfassen verschiedene medizinische Gründe (u. a. Arbeitsunfähigkeitszeiten, Reha- oder Kuranträge etc.) und fußen auf unterschiedlichen Rechtsgrundlagen (u. a. Sozialgesetzbuch Neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen; Versorgungsmedizin-Verordnung – VersMedV - Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes; etc.). Häufig müssen diese Anforderungen vollständig papierbasiert abgewickelt werden und sind kaum kompatibel mit modernen Verwaltungsabläufen.

Beispiel:

Für die Feststellung einer Schwerbehinderung werden beispielsweise aktuelle Atteste und Berichte von Ärzten, Kliniken, ärztliche Gutachten, Pflegegutachten, Laborbefunde, Röntgenbilder und Entlassungsberichte seitens des Niedersächsischen Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie (ehemals Versorgungsamt) eingefordert. Hilfreich sei auch hier eine Stellungnahme des Hausarztes bzw. der Hausärztin zum Gesundheitszustand der Antragstellenden. Dies alles bedeutet einen großen bürokratischen und zeitlichen Aufwand im bereits eng getakteten Praxisalltag, zumal die Befunde und damit einhergehende Dokumente oftmals papierbasiert und ohne eine klar definierte Struktur eingereicht werden müssen. Dieses Vorgehen erfordert vielfach einen gesonderten Ausdruck umfassender Berichte, dessen Zusammenstellung einen enormen Arbeitsaufwand neben dem eigentlichen Praxisbetrieb bedeutet.

Unsere Forderung:

Der Anspruch der Patientinnen und Patienten auf entsprechende Dokumentation und den Erhalt von Gutachten darf ausdrücklich nicht beschränkt werden, jedoch muss gleichzeitig der Prozess der Anforderungen durch die Behörden und die damit verbundenen Vorgaben hinsichtlich Aufwands und zusätzlicher Dokumentation dringend überprüft und nach Möglichkeit in einheitliche digitale Prozesse überführt werden.

Schlusswort

Der höchst verantwortungsvolle Umgang der Beschäftigten in der ambulanten und der stationären Versorgung mit den ihnen anvertrauten Menschen hat nicht zuletzt in der Corona-Pandemie gezeigt, dass weniger Bürokratie und mehr Vertrauen gerechtfertigt ist. Während der Pandemie wurden Dokumentationspflichten ausgesetzt oder reduziert, damit das Personal ausreichend Zeit für die Versorgung meist schwerstkranker Patientinnen und Patienten hat. Zu einer geringeren Qualität in der Versorgung hat es hierdurch nicht geführt. Diese sinnvolle Entscheidung der politisch Verantwortlichen hat belegt, dass überbordende bürokratische Vorgaben entbehrlich sind und Vertrauen in die Mitarbeitenden und deren Arbeit möglich ist. Dokumentationspflichten müssen folglich kritisch überprüft und dringend auf ein notwendiges Maß zurückgeführt werden, das Qualität effizient sichert, aber nicht zum Selbstzweck degeneriert. Ausufernde Strukturprüfungen und immer schwerer zu durchschauende Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) führen zu Rechts- und Versorgungsunsicherheit, welches wiederum die Gefahr der Reduzierung des Versorgungsangebotes birgt. Dies gilt ebenso für alle neu geplanten Maßnahmen des Gesetzgebers, auch und besonders in Anbetracht der Reform der Krankenhausvergütung und der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Bürokratische Vorgaben dürfen nur dann eingeführt werden, wenn bisherige reduziert oder bestenfalls aufgehoben werden. Ziel muss insgesamt deutlich weniger Bürokratie sein.

Genau hier knüpfen die in diesem Papier aufgezeigten Vorschläge zum Bürokratieabbau an und bilden sinnvolle und umsetzbare Maßnahmen zur langfristigen Sicherung einer qualitativ hochwertigen und umsetzbaren Versorgung der Bürgerinnen und Bürger in Deutschland. Das Engagement und die hohe Kompetenz der Mitarbeitenden sind anzuerkennen und zu stärken. Die unbegründete Misstrauenskultur gegenüber den Leistungserbringenden in der ambulanten und stationären Versorgung ist zu beenden und durch eine von Vertrauen geprägte Kultur zu ersetzen. Die wertvolle und knappe Ressource Personal ist nicht weiterhin für die Erfüllung von nicht zielgerichteten bürokratischen Anforderungen zu verschwenden, denn letztendlich ist für Patientinnen und Patienten die Zeit für Zuwendungen und Behandlungen entscheidend.