

# Bürokratie und Deregulierung im Gesundheitswesen



**gesundheitswirtschaft  
rhein-main e.v.**

Qualität und Wachstum für die Region



**Bank  
für Sozialwirtschaft**



## Ampeln auf Grün!

Überall, wo Menschen miteinander leben und arbeiten, gibt es Regeln. Gäbe es diese nicht, würde das Chaos ausbrechen. Vorschriften und Gesetze sind also notwendig und sinnvoll, denn sie geben uns Orientierung. Nehmen wir zum Beispiel den Straßenverkehr: Ampeln sind an Kreuzungen eine vernünftige Einrichtung. Sie sagen dem Autofahrer, wann er stehen bleiben muss und wann er fahren darf. Ampeln sind aber nicht immer sinnvoll. Zum Beispiel nachts, wenn die meisten Menschen schlafen. Warum soll man dann auf einer Landstraße vor einer roten Ampel warten, wenn weit und breit kein Auto in Sicht ist? Man könnte die Ampel ja auch ausschalten.

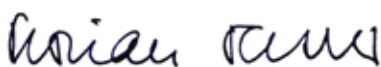
Gesetze und Verordnungen regeln auch das Gesundheitswesen. Das ist gut so. Doch mehren sich die Stimmen, die davor warnen, dass der Gesetzgeber inzwischen weit über das Ziel hinauschießt. Der kleinteilige Regulierungswille der Politik zeige sich besonders ausgeprägt bei der Diskussion über Qualität, Personal und Kontrollen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Die Flut von Vorschriften müsse ein Ende haben, heißt es allenthalben in den Arztpraxen, Rehakliniken und Krankenhäusern.

Die anhaltende Diskussion über Kontrollen, Sanktionen und Mengenbegrenzungen war der Auslöser für diese Studie. Wir, die Initiative Gesundheitswirtschaft rhein-main und unser Partner, die Bank für Sozialwirtschaft, wollten wissen, ob das Gesundheitswesen in Deutschland tatsächlich überreguliert ist, welche Auswirkungen die derzeitigen Regelwerke haben und an welchen Stellen dereguliert werden kann oder sogar muss.

Ein Team um den erfahrenen Gesundheitsökonom Professor Boris Augurzky wertete im Sommer und Herbst 2017 zahlreiche Dokumente aus, wälzte Gesetzesbücher und befragte rund zwei Dutzend leitende Ärzte und Gesundheitsmanager aus Praxen, Rehakliniken, Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern der Rhein-Main-Region und aus anderen Teilen Deutschlands.

Die Ergebnisse waren eindeutig. Die Zahl der Vorschriften und Regeln haben aus Sicht der Befragten in den vergangenen Jahren spürbar zugenommen. Als Irrweg bezeichnen viele der Befragten die Absicht, Qualität durch eine Flut von Kontrollen, Sanktionen, Mengenbegrenzungen und Vergütungsabschlägen erzielen zu wollen. Damit fördere die Politik anstelle der gewünschten besseren Qualität und Spezialisierung eher Gleichmacherei und Mittelmaß. Das sei auch nicht im Sinne der Patienten. Gute Leistung werde auf diese Weise bestraft. Nicht Sanktionen, sondern Transparenz und Handlungsfreiräume führten zu einem funktionierenden Qualitätswettbewerb, so die einhellige Aussage.

Wir danken allen, die zu dieser Studie beigetragen haben und wir hoffen, dass deren Ergebnisse auf fruchtbaren Boden fallen. Eine neue Bundesregierung hat es nun in der Hand. Sie kann die Ampeln auf Grün stellen oder den Stau im Gesundheitswesen durch weitere rote Ampeln verschärfen.



Florian Gerster

Staatsminister a.D., Vorsitzender

Initiative Gesundheitswirtschaft rhein-main e.v.



Detlef Hans Franke

Geschäftsführendes Vorstandsmitglied

Initiative Gesundheitswirtschaft rhein-main e.v.

## Ressourcen effizient einsetzen

In Folge der Finanzmarktkrise wurde in den vergangenen Jahren eine massive Regulierungswelle für den Finanzmarkt angeschoben. Die damit verbundenen von der Europäischen Zentralbank und der Europäischen Bankenaufsicht gesetzten Rahmenbedingungen beschäftigen uns als mittelgroße Fachbank mit zunehmender Intensität. Die Umsetzung der aufsichtsrechtlichen Vorschriften bindet erhebliche Kapazitäten und macht weitere Investitionen notwendig. Im Kern verfolgen diese Regulierungsbestrebungen das Ziel der Erfüllung einer dauerhaft effizienten Allokation finanzieller Mittel und Risiken und die Bereitstellung einer leistungsfähigen Finanzinfrastruktur.

Umso besser können wir unsere Kunden, die Unternehmen im Sozial- und Gesundheitswesen, verstehen. Sie können sich genau wie wir Banken nicht dem Spannungsfeld entziehen, das sich zwischen notwendigen Dokumentationspflichten und dem operativen Geschäftsbetrieb aufbaut. Das berechtigte Informationsbedürfnis der Kunden, Eigentümer, Investoren und Öffentlichkeit ist zu befriedigen. Transparenz ist notwendig, um eine gewisse Qualitätskontrolle zu ermöglichen. Nicht zuletzt, weil das Gesundheitswesen hohe Ausgaben generiert, und die Beitragszahler ein Recht darauf haben, dass das Geld möglichst effizient und zu ihrem Wohl eingesetzt wird.

Kritisch wird es aber, wenn überbordende Bürokratie den Blick auf das eigene Geschäft verstellt. Der originäre Auftrag unserer Kunden, der Dienst am Menschen, sollte stets im Vordergrund stehen. Deshalb möchten wir sie dabei unterstützen, diesen Auftrag erfüllen zu können, der in Zeiten eines demografischen Wandels und des zunehmenden Fachkräftemangels ohnehin vor immer größeren Herausforderungen steht. All diese Umwälzungen schaffen die Notwendigkeit, darüber nachzudenken, wie man die vorhandenen Ressourcen so sinnvoll wie möglich einsetzt.

Die vorliegende Studie leistet vor diesem Hintergrund einen wertvollen Beitrag zum Diskurs, indem sie die bürokratischen Anforderungen an Leistungserbringer im Gesundheitssektor danach hinterfragt, was notwendig und unverzichtbar ist und wo man wiederum Ärzte und Pflegekräfte entlasten kann und handlungsfähige Organstrukturen fördert. Sie trägt die wesentlichen Voraussetzungen zusammen, damit notwendige Entscheidungen auf politischer Ebene rechtzeitig getroffen und umgesetzt werden können.

Den Lesern der Studie wünschen wir eine erkenntnisreiche und nutzenstiftende Lektüre.



Prof. Dr. Harald Schmitz

Vorstandsvorsitzender

Bank für Sozialwirtschaft AG

Die Bank für Sozialwirtschaft AG (BFS) ist bundesweit das einzige Kreditinstitut, das ausschließlich auf die Sozial- und Gesundheitswirtschaft spezialisiert ist. Zu ihren Kunden gehören Krankenhäuser, Reha- und Suchthilfeeinrichtungen, MVZ, Krankenkassen, ambulante und stationäre Einrichtungen der Altenhilfe, der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe sowie andere institutionelle Akteure im Sozial- und Gesundheitswesen.

Als Spezialkreditinstitut verfolgt die BFS die Entwicklung der Finanzierungsbedingungen im Sozial- und Gesundheitswesen intensiv und setzt dies in ihrer Beratung und ihren Produkten um.

Ihre Kreditvergabe verbindet die Bank für Sozialwirtschaft mit differenzierten Analysen zur Einschätzung der wirtschaftlichen Zukunftsfähigkeit des Kunden. Neben den klassischen Kreditvarianten bietet die BFS Factoring, Leasing und Mezzanine-Kapital an.

# Bürokratie und Deregulierung im Gesundheitswesen

Stand: Jan. 2018

## Inhaltsverzeichnis

	Executive Summary .....	6
<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>Bürokratie im Gesundheitswesen</b> .....	<b>12</b>
<b>3</b>	<b>Aussagen der Interviews</b> .....	<b>16</b>
3.1	Medizinischer Dienst der Krankenkassen .....	19
3.2	Entlassmanagement .....	19
3.3	Geringer Grad an Digitalisierung .....	21
3.4	Strenger Datenschutz .....	22
3.5	Personalvorgaben .....	22
3.6	Qualitätsvorgaben .....	24
3.7	Sektorengrenze .....	24
3.8	Investitionsfördermittel .....	25
3.9	Dokumentationsverpflichtungen .....	27
<b>4</b>	<b>Handlungsempfehlungen</b> .....	<b>28</b>
4.1	Stimmungsbild der Interviewten und erste Einschätzung .....	28
4.2	Handlungsempfehlungen der Autoren .....	28
4.2.1	Stopp weiterer Bürokratie und Einsetzen einer Task-Force Entbürokratisierung .....	29
4.2.2	Schaffung einer einheitlichen Telematik-Infrastruktur, sektorenübergreifender Kommunikationskanäle und eines effizienten Datenschutzes .....	29
4.2.3	Schaffung effizienterer Prüfverfahren und Gewährleistung der Unabhängigkeit der Prüfer des MDK .....	30
4.2.4	Outcome- statt Input-Orientierung .....	31
4.2.5	Schaffung von Qualitätstransparenz – idealerweise mit bestehenden Daten oder auf Basis der ePA .....	32
4.2.6	Reduktion der regionalen Vielfalt in der Regulierung und mehr Beständigkeit von Vorgaben .....	33
4.2.7	Preise der stationären Pflege freigeben und auf Preiswettbewerb setzen .....	33
4.2.8	Pauschalierte Investitionsfördermittel statt komplexe Förderanträge .....	33
4.2.9	Schaffung von juristischer Sicherheit und Reduktion von Haftungsrisiken .....	34
4.2.10	Entbürokratisierung an der Schnittstelle ambulant-stationär .....	34
4.2.11	Empfehlungen an Leistungserbringer .....	34
<b>5</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>36</b>

## Executive Summary

In den vergangenen Jahren ist festzustellen, dass die Politik in zunehmendem Maße wirtschaftliche Aktivitäten reguliert und unternehmerische Freiheiten einschränkt. Die Anforderungen an Unternehmen hinsichtlich der Einhaltung von Vorschriften, mithin die Bürokratie, nehmen zu. Damit verbunden sind Kosten, um die Vorschriften einzuhalten, zu dokumentieren und zu kontrollieren; teures Personal kann sich weniger um die eigentliche Leistungserbringung kümmern. Dies gilt auch und besonders im Gesundheitswesen, das allerdings immer schon stärker reguliert war als andere Branchen. Der Gesetzgeber wird damit selbst mehr und mehr zum Unternehmer, der für sich in Anspruch nimmt, besser zu wissen, wie knappe Ressourcen optimal einzusetzen sind, als das Unternehmen vor Ort.

Neben den direkten Kosten der Bürokratie erschweren zusätzliche Regeln eine effiziente Leistungserbringung. Jede neue Regel ist eine Nebenbedingung, die bei innerbetrieblichen Optimierungen hinsichtlich Effizienz eingehalten werden muss. Im Ergebnis fällt das erzielbare Optimum schlechter aus als ohne die Nebenbedingung. Vor dem Hintergrund eines zunehmenden Fachkräftemangels in den kommenden Jahren ist diese Entwicklung besorgniserregend. Denn erstens werden die weniger werdenden Fachkräfte voraussichtlich immer mehr in leistungsfernen Bereichen eingesetzt werden und zweitens werden sie vermutlich hochregulierte Branchen zu vermeiden versuchen. Im Laufe der Zeit könnte es so zu einer Umverteilung der besten Köpfe von den hoch regulierten in die weniger regulierten Branchen kommen. Eine hohe Regulierungsdichte vermindert darüber hinaus die Innovationskraft einer Branche. Wenn es beispielsweise strikte Vorgaben zum Personaleinsatz gibt, laufen arbeitssparende Innovationen ins Leere.

Dabei wird eine Regulierung normalerweise nicht um ihrer selbst willen erlassen, sondern verfolgt einen Zweck. Im Gesundheitswesen gibt es sehr gute Gründe für Regulierung. Zu nennen sind hier die Informationsasymmetrie zwischen Anbieter und Nachfrager nach Gesundheitsleistungen, der Wunsch, allen Bürgen unabhängig vom Einkommen und Wohnort eine bedarfsnotwendige Versorgung zur Verfügung zu stellen, sowie die Gewährleistung eines Wettbewerbs zwischen Krankenkassen. Dem Nutzen von Bürokratie stehen jedoch Kosten zur Umsetzung und Kontrolle der Regeln gegenüber. Ein Interviewpartner aus dieser Studie schätzt, dass ein Krankenhaus pro Jahr etwa 100 Anfragen erreichen, die mit Regulierung zu tun haben. Umfragen unter Ärzten zeigen, dass ein Großteil mindestens zwei Stunden am Tag für administrative Aufgaben verwendet.

Letztendlich sind die Kosten der Bürokratie ihrem Nutzen gegenüberzustellen – ganz ähnlich wie dies bei der Einführung neuer Arzneimittel geschieht. Auch wenn konkrete empirische Untersuchungen dazu fehlen, ist davon auszugehen, dass der Nutzen bei steigenden Bürokratiekosten unterproportional wächst. Ab einem gewissen Punkt dürfte er kaum noch zunehmen, sodass ein Mehr an Bürokratie nicht mehr zu rechtfertigen ist. An welcher Stelle sich das Gesundheitswesen befindet, lässt sich nicht empirisch festmachen. Die Zahl der Gesetze und die damit in Zusammenhang stehenden Regulierungsvorschriften nehmen jedoch regelmäßig zu. Es ist daher zu erwarten, dass ihr Grenznutzen abnimmt. In diesem Gutachten wurden neben eigenen Recherchen der Autoren zwanzig Leistungserbringer in Form von Interviews befragt.

Als Verursacher von Bürokratie wurden zahlreiche Institutionen genannt. Aufgrund dessen fällt auch das Themenspektrum rund um Bürokratie sehr breit aus. An erster Stelle ist der Medizinische Dienst der Krankenkassen aufzuführen, gefolgt von dem seit Oktober 2017 durchzuführenden Entlassmanagement. Der geringe Grad an Digitalisierung ist für viele Leistungserbringer ein Bürokratietreiber, weil dies dazu führt, dass Prozesse händisch bzw. in Papierform abgewickelt werden müssen. Damit zusammenhängend folgt die Nennung des Datenschutzes. Personalvorgaben werden als weitere Quelle von Bürokratie gesehen, ebenso Qualitätsvorgaben. Die ambulante-stationäre Sektorengrenze und die KV-Bedarfsplanung waren weitere Themen, die häufig

angesprochen wurden. Das Thema Investitionsfördermittel spielte überdies eine Rolle, weil die Antragsstellung auf Einzelförderung ein sehr aufwändiges und langwieriges Verfahren darstellt. Schließlich wurden allgemeine Dokumentationsverpflichtungen jeglicher Art immer wieder angeführt.

Inzwischen würden 15 bis 20 Prozent aller Krankenhausfälle einer Prüfung durch den MDK unterzogen, das heißt etwa drei Millionen Prüfungen pro Jahr. In vielen Fällen handele es sich um Einzelfallprüfungen im schriftlichen Verfahren, die ein hohes Maß an Schreibearbeit nach sich ziehen. Der damit zusammenhängende Bürokratieaufwand ist auf beiden Seiten immens. Krankenhäuser halten eigenständige Abteilungen zur Bearbeitung und Begleitung der MDK-Prüfungen vor. Hinzu komme, dass der MDK keine neutrale Prüfung der Abrechnungen vornehme, sondern mit der Intention prüfe, ein möglichst großes Kürzungsvolumen bei Rechnungen zu identifizieren. Dies sei vergleichbar mit einer Verkehrsüberwachung, die nicht alleine dazu diene, Verkehrssicherheit zu erzielen, sondern auch dazu, Einnahmen aus Strafzetteln für die Kommune zu generieren.

Häufig genannt wurde das neu eingeführte Entlassmanagement von Krankenhäusern. Damit soll die nahtlose Versorgung der Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt sichergestellt werden. Viele Interviewpartner bemängeln die damit einhergehenden steigenden Dokumentationspflichten, die sich zum Beispiel darin äußerten, dass je Patient dreimal zehn Dokumente anfielen. Ohne eine funktionierende elektronische Patientenakte erzeuge das Entlassmanagement hohen bürokratischen Aufwand. Generell wurde der geringe Grad an Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen moniert. Ein Interviewpartner wies darauf hin, dass Datenmengen, die erhoben werden sollen, händisch kaum noch zu erfassen, dass aber digitale Dokumentationen noch nicht stark genug ausgebaut seien. Einer effizienten Digitalisierungsstrategie läuft allerdings häufig der strenge deutsche Datenschutz zuwider, der für sich genommen eine Bürokratiequelle und außerdem noch länderspezifisch unterschiedlich ausgestaltet sei.

Eine neue Bürokratiewelle wird mit der Vorgabe von Personalanhaltszahlen erwartet, die ab 2019 gelten sollen. Krankenhäuser müssen dann Informationen über die Einhaltung der Vorgaben an die Behörden der Krankenhausplanung melden und in den Qualitätsberichten veröffentlichen. Einzelne Landespersonalverordnungen könnten diese Situation noch zusätzlich verschärfen. Sehr intensiv wurde in den Interviews auf alle Themen rund um Qualitätsmanagement, Qualitätsmessung und Zertifizierungen eingegangen. Neben dem internen dokumentationsreichen Qualitätsmanagement spielen die externe Qualitätsmessung sowie Zertifizierungen zum Nachweis von Qualität eine immer wichtigere Rolle. Da die Aufgabe der Gesundheitsversorgung die Erzielung einer hohen Versorgungsqualität ist, ist der Nutzen von Qualitätsmessung unmittelbar einsichtig – anders als bei der Regulierung des Personaleinsatzes. Nichtsdestoweniger erfordern die Maßnahmen zur Qualitätsmessung ein hohes Maß an Dokumentation, die zum Teil nicht in digitaler Form erfolgt. Auch würden sich die Anforderungen und nötigen Nachweise häufig ändern.

Die Sektorengrenze wurde ferner als eine Ursache von Bürokratie gesehen. Die ambulant-stationäre Schnittstelle sowie wiederum eine mangelnde Digitalisierung erschwere die intersektorale Kommunikation. Dies mache ein hohes Maß an bürokratischer Abstimmung nötig. Gerade die äußerst umfangreiche Antragsstellung zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV) hat die Motivation zur Teilnahme stark ausgebremst. Viele Interviewpartner bemängelten schließlich den generell hohen Grad an Informationsverpflichtungen, der nicht ausschließlich einem Thema zugeordnet werden kann. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Dokumentation in vielen Bereichen (z.B. Einweisungen, Medizinprodukte, Implantatpass, Entlassmanagement, bundeseinheitlicher Medikationsplan) mehr geworden sei, was Patienten und Ärzte überfordere. Besonders juristische Unsicherheiten führten zu einer Mehrdokumentation, um für alle Rechtsstreitigkeiten gewappnet zu sein. Es kehre ein Sicherheitsdenken ein, das effizientes Arbeiten ersticke. Im Be-



reich der Altenpflege wurde die aufwändige Dokumentation der Medikation sowie für die Pflegenoten beanstandet. Gerade bei den Pflegenoten, die inzwischen als nutzlos bezeichnet werden können, liege ein äußerst ungünstiges Verhältnis von Kosten und Nutzen vor.

Das erhobene Stimmungsbild verdeutlicht die allgemeine Unzufriedenheit durch ein stetig wachsendes Maß an bürokratischen Tätigkeiten. Sie erschweren eine effiziente Erbringung der Gesundheitsleistungen. Vor dem Hintergrund der anstehenden Herausforderungen im Gesundheitswesen kommt jedoch der Effizienz eine Schlüsselrolle zu. Sinnvoller wäre es, den Leistungserbringern Ziele vorzugeben und diese zu kontrollieren. Wie die Versorgungsziele im Einzelnen erreicht werden, ist Aufgabe der Leistungserbringer, nicht der Kontrolleure. Erst mit unternehmerischer Freiheit können die unbedingt nötigen effizienzsteigernden Innovationen in die Versorgung gelangen. Der Leitgedanke müsste sein: „Zielvorgaben statt Detailregelungen“. Außerdem sollte mit jeder Einführung einer neuen Vorschrift zwingend eine bestehende aufgegeben werden, sodass die Menge aller Vorschriften nicht stetig wächst. Dies mündet in die zentrale Forderung dieser Studie: „Stopp weiterer Bürokratie!“ Insgesamt leiten die Autoren zehn Handlungsempfehlungen an die Politik ab, die darauf abzielen, Bürokratie abzubauen, und gleichzeitig darüber hinaus noch weitere Probleme in der Gesundheitsversorgung zu adressieren. Im Einzelnen sind das:

1. **Stopp weiterer Bürokratie** und Einsetzung einer **Task-Force Entbürokratisierung** durch den Bundestag zur Identifikation und zum Monitoring bestehender Regelungen und Gesetze. Sie sollte sich detaillierte Kenntnis über das derzeitige Ausmaß bürokratischer Tätigkeiten der Leistungserbringer sowie der Krankenkassen verschaffen. Neue Regelungen sind daraufhin zu überprüfen, ob sie zusätzliche Bürokratie für die Marktteilnehmer schaffen. Sollte dies der Fall sein, sind sie entweder abzulehnen oder alternativ andere bürokratieintensive Regelungen aufzuheben.
2. Schaffung einer einheitlichen **Telematik-Infrastruktur**, sektorenübergreifender Kommunikationskanäle und eines **effizienten Datenschutzes**: (i) Datenschutzerfordernisse sind zu harmonisieren, (ii) Patienten müssen autorisiert werden, Eigentümer ihrer Daten zu sein und (iii) eine lebenslange Patienten-ID ist einzuführen, um Abläufe zu vereinfachen und eine sektorenübergreifende klare Zuordnung der Patientendaten zu ermöglichen.
3. Schaffung **effizienterer Prüfverfahren** des MDK und Gewährleistung der Unabhängigkeit der Prüfer. Die Prüfungen selbst müssen einem Kosten-Nutzen-Kalkül unterliegen. Statt Einzelfallprüfungen sollten statistische Stichprobenprüfungen und Prüfungen gebündelt durchgeführt werden. Des Weiteren ist zu eruieren, ob der MDK eine größere Unabhängigkeit benötigt, um eine interessensgeleitete Rechnungsprüfung zu vermeiden.
4. **Outcome- statt Input-Orientierung**. Die betriebsinterne Allokation der vorhandenen Ressourcen muss Aufgabe des Leistungserbringers sein. Denn aufgrund seiner Detailkenntnisse über die eigenen Prozesse und Strukturen vor Ort kann die Einrichtung selbst am besten beurteilen, wie Patientennutzen wirtschaftlich erbracht werden kann. Aufgabe der Politik muss dagegen sein, erwünschte Versorgungsergebnisse vorzugeben und zu prüfen. Es gilt daher, die Qualitätstransparenz voranzutreiben. Dabei sollte auch die Qualität der „Pflege am Bett“ Berücksichtigung finden.
5. Schaffung von **Qualitätstransparenz** – idealerweise **mit bestehenden Daten** oder auf Basis der (künftigen) elektronischen Patientenakte (ePA) erfolgen.
6. Reduktion der regionalen Vielfalt in der Regulierung durch **Harmonisierung von länder-spezifischen Vorgaben** und mehr Beständigkeit von Vorgaben.



7. **Preise der stationären Pflege freigeben** und auf Preiswettbewerb setzen. Da Heimbewohner, deren Angehörige oder die Sozialhilfe eine hohe preisabhängige Eigenbeteiligung an den Pflegekosten tragen, besteht ein klarer Anreiz seitens der Nachfrager, günstige Preise und hohe Qualität zu erzielen. Voraussetzung ist, dass freier Marktzugang besteht und ausreichend viele Anbieter in Konkurrenz zueinander stehen, sodass Wartelisten vermieden werden. Eine weitgehende Preisregulierung ist daher nicht erforderlich. Stattdessen würden Regelungen wie auf dem Mietmarkt ausreichen.
  8. **Pauschalierte Investitionsfördermittel** statt komplexer und aufwändiger Förderanträge.
  9. Schaffung von **juristischer Sicherheit** und Reduktion von Haftungsrisiken. Ergänzend sind sektorenübergreifende Standards zur Dokumentation und Datennutzung notwendig, sodass ein branchenweit einheitliches Verständnis aufgebaut wird, welche Dokumente im Schadensfall üblicherweise zur Verfügung stehen sollen.
- 10. Entbürokratisierung an der Schnittstelle ambulant-stationär.**  
Aber auch die Leistungserbringer selbst sollten bürokratische Aufwände eigenständig reduzieren:
- 10.1. Konsequentes Durchforsten und **Verschanken der eigenen Prozesse** als permanente Führungsaufgabe.
  - 10.2. **Investitionen in digitale Technologien**, die dazu geeignet sind, bürokratische Tätigkeiten zu automatisieren und Redundanzen zu vermeiden.
  - 10.3. Einsatz von **Dokumentationsassistenten** in der Pflege und im Ärztlichen Dienst.
  - 10.4. **Ausbau sektorenübergreifender Versorgungsangebote** im Rahmen der derzeitigen gesetzlichen Möglichkeiten.
  - 10.5. Harmonisierung sowohl der **EDV-Systeme** in Arztpraxen als auch der Krankenhausinformationssysteme, wozu die Zusammenarbeit mit den Herstellern zu suchen ist.

eHealth-Kongress 2017  
mit Hessens Sozialminister Stefan Grüttner

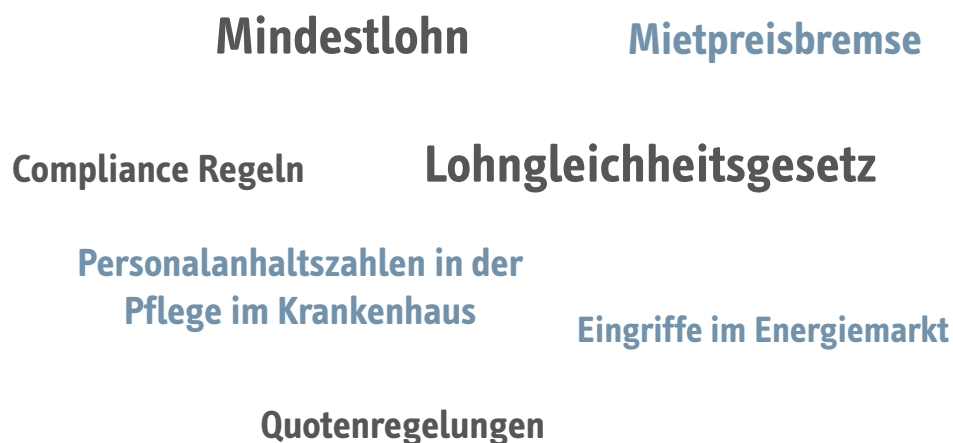


# 1 Einleitung

In den vergangenen Jahren, insbesondere seit der Finanzkrise im Jahr 2008, ist festzustellen, dass die Politik in zunehmendem Maße wirtschaftliche Aktivitäten reguliert und unternehmerische Freiheiten einschränkt. Die Anforderungen an Unternehmen hinsichtlich der Einhaltung von Vorschriften nehmen zu. Beispiele solcher Regulierungen sind der Mindestlohn, die Mietpreisbremse, das Lohngleichheitsgesetz, Eingriffe im Energiemarkt und Compliance Regeln (Abbildung 1). Damit verbunden sind Kosten, um die Vorschriften einzuhalten, zu dokumentieren und zu kontrollieren. Bürokratie bindet also knappe Ressourcen. Es werden Personalressourcen sowohl beim Kontrolleur als auch beim Kontrollierten gebunden. Teures Personal kann sich damit weniger um die eigentliche Leistungserbringung kümmern. Regulierung kann aber neben dem Bedarf an personellen Ressourcen auch den Investitionsbedarf erhöhen. Als Beispiel seien Brandschutzbestimmungen genannt.

**Abbildung 1:**  
Beispiele für zusätzliche Regulierung

Quelle: Eigene Darstellung



Das Gesundheitswesen besaß schon immer ein höheres Maß an Regulierung als andere Branchen. Dennoch hat auch im Gesundheitswesen die Neigung, staatlicherseits direkt in die Leistungserbringung einzugreifen, zugenommen. So sollen zum Beispiel im Bereich der Krankenhauspflege in pflegesensitiven Bereichen konkrete Personaluntergrenzen bis Mitte des Jahres 2018 festgelegt werden<sup>1</sup>. Der Gesetzgeber wird damit selbst immer mehr zum Unternehmer, der für sich in Anspruch nimmt, besser zu wissen, wie knappe Ressourcen optimal einzusetzen sind, als das Krankenhausmanagement vor Ort. Des Weiteren müssen Untergrenzen kontrolliert werden, was zu einem neuen Bürokratieaufwand führt, der sich einreicht in zahlreiche bereits bestehende Bürokratieaufwendungen im Gesundheitswesen.

Neben diesen direkten Kosten der Bürokratie erschweren zusätzliche Regeln eine effiziente Leistungserbringung. Jede neue Regel ist eine zusätzliche Nebenbedingung, die bei innerbetrieblichen Optimierungen eingehalten werden muss. Im Ergebnis fällt das erzielbare Optimum schlechter aus als ohne die Nebenbedingung. Im äußersten Fall kann es sogar dazu führen, dass so viele Nebenbedingungen beachtet werden müssen, dass das Optimum – mathematisch ge-

<sup>1</sup> Bundestag am 2.6.2017 auf Basis der Empfehlungen der Expertenkommission Pflege

sprochen – die leere Menge ist. Mit anderen Worten würde es in diesem Fall gar keine Leistungserbringung mehr geben, weil es schlichtweg unmöglich ist, alle Regeln simultan einzuhalten.

Ein plastisches Beispiel soll diesen Gedankengang verdeutlichen. Will man beispielsweise den höchsten Berg identifizieren, so liegt er im Sonnensystem auf dem Mars. Olympus Mons erstreckt sich 22 km über das mittlere Planetenniveau des Planeten. Schränkt man die Suche auf die Erde ein, d.h. fügt eine zusätzliche Nebenbedingung ein, landet man auf dem Mount Everest mit einer Höhe von 8.848 m über dem Meeresspiegel. Wird die Suche auf die Alpen eingeschränkt – eine weitere Nebenbedingung, wird man beim Mont Blanc mit 4.810 m Höhe fündig. Sucht man schließlich in seinem Vorgarten, ergibt sich vielleicht noch ein kleiner Hügel von einigen Zentimetern. Je mehr Restriktionen man einbaut, desto schwieriger fällt der Optimierungsprozess bzw. desto schlechter fällt das erzielbare Optimum aus. In hochregulierten sozialistischen Staaten ist dieses Phänomen regelmäßig zu beobachten, wenn zum Beispiel Regale in Supermärkten leer bleiben, weil sich die Leistungserbringung durch sehr restriktive Vorgaben schlichtweg nicht rechnet. Eine solche Vorgabe könnte sein, dass staatlich regulierte Preise unter den Herstellungskosten angesetzt werden. Diese extreme Gefahr besteht in Deutschland zwar nicht. In Nuancen scheint die Entwicklung jedoch in diese Richtung zu gehen. Die unternehmerischen Freiheiten werden immer stärker eingeschränkt und die Anzahl der Menschen, die nur damit beschäftigt ist, entweder sich um die Einhaltung der Regeln zu kümmern oder die Regeln zu kontrollieren und bei Nicht-Einhaltung zu sanktionieren, steigt.

Vor dem Hintergrund eines zunehmenden Fachkräftemangels in den kommenden Jahren und Jahrzehnten ist diese Entwicklung besorgniserregend. Denn erstens werden die weniger werden Fachkräfte voraussichtlich immer mehr in leistungsfernen Bereichen eingesetzt werden und zweitens werden sie vermutlich hochregulierte Branchen zu vermeiden versuchen – zu Gunsten weniger stark regulierter Branchen. Oder sie meiden im internationalen Fachkräftewettbewerb gleich ganze Volkswirtschaften. Eine hohe Regulierungsdichte macht eine Branche unattraktiv für den Nachwuchs. Kreative und leistungsstarke Nachwuchskräfte suchen eher Branchen, in denen sie sich frei von vielen Vorschriften entfalten können. In Zeiten von Fachkräftemangel kommt es dann im Laufe der Zeit zu einer Umverteilung der besten Köpfe von den hoch regulierten in die weniger regulierten Branchen. Das gleiche gilt für den Einsatz von Investitionskapital.

Eine hohe Regulierungsdichte vermindert darüber hinaus die Innovationskraft einer Branche. Wenn es beispielsweise strikte Vorgaben zum Personaleinsatz gibt, laufen arbeitssparende Innovationen ins Leere. Sollte zum Beispiel in Zukunft intelligente Sensorik in Patientenzimmern die Überwachung von Unregelmäßigkeiten übernehmen können, sodass Personal bei der Überwachung entlastet würde und nur noch im Notfall aktiv werden muss, könnte wertvolle Arbeitszeit eingespart werden. Solch eine Einsparung ließe sich bei strikten Vorgaben zum Personaleinsatz jedoch nicht realisieren. Infolgedessen unterbliebe eine Innovation, die den anstehenden Fachkräftemangel abmildern könnte.

Dieses Gutachten untersucht die derzeitige Situation hinsichtlich der Bürokratie in Krankenhäusern, Pflegeheimen und Arztpraxen. Dazu wurden Interviews mit Leistungserbringern durchgeführt. Das folgende Kapitel 2 beschäftigt sich mit dem Thema Bürokratie im Gesundheitswesen. Kapitel 3 stellt Aussagen der interviewten Personen dar und Kapitel 4 leitet Handlungsempfehlungen aus Sicht der Autoren ab.

## 2 Bürokratie im Gesundheitswesen

Bürokratie sei in diesem Gutachten verstanden als Tätigkeiten, die in Zusammenhang mit der Einhaltung von Regulierungsvorschriften sowie mit der Sammlung von Daten zur Schaffung von inner- und außerbetrieblicher Transparenz stehen. Regulierung kann staatlicherseits auf der Ebene aller Gebietskörperschaften und Behörden sowie über die Selbstverwaltungsorgane des Gesundheitswesens erfolgen. Aber auch Unternehmen selbst können sich interne Regeln setzen, die Bürokratie nach sich ziehen. Eine Regulierung wird in der Regel nicht um ihrer selbst willen erlassen, sondern verfolgt einen Zweck. Mithin soll sie also für jemanden oder für eine Organisation einen Nutzen stiften. Demgegenüber erzeugt sie Kosten zur Einhaltung der Regeln. Im Folgenden sei stets Regulierung in Bezug auf das Gesundheitswesen verstanden.

Gerade im Gesundheitswesen fällt die Regulierungsdichte aus verschiedenen Gründen höher aus als in anderen Branchen. Erstens liegt im Gesundheitswesen ein hohes Maß an Informationsasymmetrie vor. Das heißt, dass der Anbieter von Gesundheitsleistungen typischerweise deutlich mehr Informationen über das Gesundheitssystem und die Medizin besitzt als der Nachfrager nach Leistungen. Dies kann dazu führen, dass der Anbieter den Nachfrager übervorteilt. Zum Schutz des Nachfragers sind daher Regeln nötig, insbesondere ein reguliertes Preissystem und zum Teil eine Regulierung über das zur Verfügung zu stellende Angebot. Zum Beispiel im Notfall könnte sonst der Anbieter überhöhte Preise vom Patienten verlangen, weil der Patient in diesem Moment keine Alternativoptionen prüfen und wahrnehmen kann. Zweitens soll im deutschen Gesundheitswesen jeder Bürger unabhängig von seinem Einkommen bedarfsnotwendige Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen können. Dies erfordert eine Einkommensumverteilung zu Gunsten der einkommensschwachen Bürger, was ebenfalls mit Regulierung einhergeht.

Drittens fällt die Gesundheitsversorgung unter die allgemeine Daseinsvorsorge des Staates. Jeder Bürger soll unabhängig von seinem Wohnort bedarfsnotwendige Gesundheitsleistungen zeitnah in Anspruch nehmen können. Sollte ein Angebot an einem Ort jedoch nicht wirtschaftlich zu erbringen sein, so kann dies zu einer lokalen Versorgungslücke führen. Vor diesem Hintergrund ist eine Regulierung des lokalen Mindestangebots nötig. Viertens soll zwischen gesetzlichen Krankenversicherungen ein Wettbewerb herrschen. Um diesen Wettbewerb um Versicherte unabhängig vom Krankheitsrisiko des Versicherten zu gestalten, bedarf es einer Wettbewerbsregulierung, die sich derzeit im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich niederschlägt.

Im Gesundheitswesen gibt es also gute Gründe für Regulierungen, die notwendigerweise Bürokratie nach sich ziehen. Hinzu kommen bürokratische Tätigkeiten zur Sammlung von Informationen über die Leistungserbringung. Sie dienen dazu, Transparenz im Unternehmen zu schaffen, um es besser steuern, aber auch um die erbrachten Leistungen im gegebenen Vergütungssystem abrechnen zu können. Darüber hinaus dienen sie dem Unternehmen zur Qualitätsmessung, um im Wettbewerb mit anderen Leistungserbringern Vergleiche zu ermöglichen. Neben dem unternehmensinternen Nutzen stiften Informationen auch einen Nutzen für Externe. So dienen sie der amtlichen Statistik zu Planungs- und Forschungszwecken sowie Zulieferern, Kreditgebern oder Kooperationspartnern, die sich so ein Bild von dem Unternehmen im Vergleich zum Wettbewerb machen können. Außerdem bildet gerade eine standardisierte Qualitätsmessung die Grundlage für einen Qualitätswettbewerb zwischen Leistungsanbietern.

Regulierung und Bürokratie schaffen also durchaus Nutzen in vielerlei Hinsicht. Dem steht jedoch der Aufwand zur Einhaltung und Kontrolle der Regulierungsvorschriften und zum Erzeugen von relevanten Daten gegenüber. In erster Linie entstehen Personalkosten. Es müssen eigens passende Fachkräfte eingestellt werden, womit der Verwaltungsbereich wächst, oder Arbeitszeit der medizinischen Dienste wird für bürokratische Tätigkeiten statt für die Patientenversorgung verwendet. Eine Umfrage des Marburger Bunds (MB-Monitor 2017) zeigt, dass 26 Prozent der Ärzte mehr als drei Stunden am Tag für administrative Aufgaben benötigen und 29 Prozent zwei

bis drei Stunden. Das Deutsche Krankenhausinstitut kam im Jahr 2003 im Rahmen einer Umfrage zu dem Ergebnis, dass Ärzte für die Dokumentation täglich etwa drei Stunden Arbeit aufwenden (Blum und Müller 2003). Auch wenn sich die Tätigkeiten im Laufe der Zeit verändert haben dürften, gibt dieser Wert einen ungefähren Anhaltspunkt. Ein Interviewpartner in dieser Studie gab an, dass ungefähr 0,3 Vollkräfte Dokumentationsassistenten pro KV-Sitz nötig seien.

Im Ergebnis führt dies dazu, dass entweder mehr Personal eingestellt werden muss oder weniger Zeit für die Patienten zur Verfügung steht. Da das Preissystem für Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte reguliert ist, können die Kosten für den bürokratisch bedingten Mehrbedarf an Personal nicht auf die Preise umgewälzt werden. Bürokratie erzeugt aber auch zusätzliche Sachkosten, wenn beispielsweise ein Dokumentationssystem angeschafft werden muss, und Investitionskosten, wenn zum Beispiel Brandschutzauflagen zu erfüllen sind.

Letztendlich sind die Kosten der Bürokratie ihrem Nutzen gegenüberzustellen – ganz ähnlich wie dies bei der Einführung neuer Arzneimittel passiert. Auch wenn konkrete empirische Untersuchungen dazu fehlen, ist davon auszugehen, dass der Nutzen bei steigenden Bürokratiekosten unterproportional wächst (Abbildung 2). Ab einem gewissen Punkt dürfte der Zusatznutzen von zusätzlicher Bürokratie kaum noch wachsen, sodass ein Mehr an Bürokratie nicht mehr zu rechtfertigen ist. An welcher Stelle sich das Gesundheitswesen befindet, lässt sich nicht empirisch festmachen. Dazu ist der Nutzen der vielen regulatorischen Maßnahmen viel zu heterogen und sind die Kosten nicht exakt messbar.

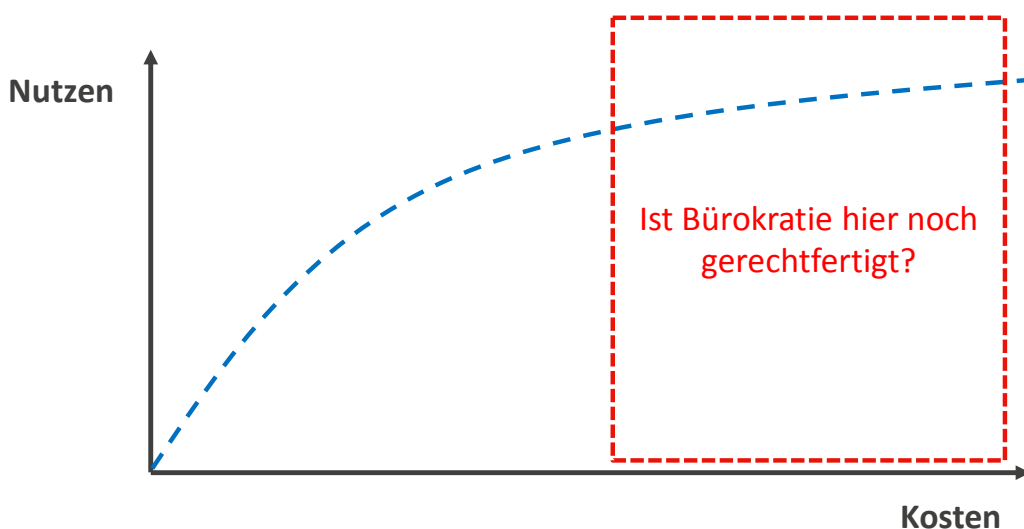


Abbildung 2:  
Theoretischer Zusammenhang zwischen Kosten und Nutzen von Bürokratie

Quelle: Eigene Darstellung

Nichtsdestoweniger scheinen wir uns seit vielen Jahren auf der Kurve in Abbildung 2 nach rechts zu bewegen. Die Zahl der Gesetze und die damit in Zusammenhang stehenden Regulierungsvorschriften nehmen regelmäßig zu. Abbildung 3 zeigt eine Übersicht über die Gesundheitsgesetzgebung seit dem Jahr 2000. Dabei hat besonders das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) zahlreiche neue Regulierungen eingeführt. Genannt seien das Entlassmanagement, die Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung und die Detailregelungen zum Fixkostendegressions-

<sup>2</sup> Im Bereich der Pflegeheime kann der Mehrbedarf grundsätzlich über Preisverhandlungen mit den Kostenträgern geltend gemacht werden.

abschlag. Einige Interviewpartner schätzen, dass ein Krankenhaus pro Jahr etwa 100 Anfragen erreichen, die mit Regulierung zu tun haben. Sie reichen vom Brandschutz über Strukturprüfungen im Rahmen des DRG-Systems, Mindestlohnprüfungen, Anfragen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK), Hygiene- und Datenschutzerfordernungen bis hin zu Qualitätsvorgaben. So sehr die Ziele des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) sind, ist derzeit noch davon auszugehen, dass vor allem Bürokratieaufwand erzeugt wird. So berichtet f&w (2017), dass „Kliniken und Kassenärzte [...] munter Daten dokumentieren und melden, die aber letztlich zu versenden scheinen. Hauptsache Bürokratie, lautet das Motto offenkundig“.

### Abbildung 3: Gesundheitsgesetzgebung seit dem Jahr 2000

Quelle: Eigene Darstellung; Gemeinsamer Bundesausschuss (2017), Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2017), AOK Bundesverband (2017)



Neben den offiziellen Zielen einer Regulierung kann sie inoffizielle, nicht explizit genannte Ziele verfolgen. Im Krankenhausbereich wird beispielsweise schon seit vielen Jahren das Ziel einer Marktberreinigung verfolgt. Hintergrund ist, dass eine ungünstige, wenig zentralisierte und spezialisierte Krankenhausstruktur zu Einbußen bei der Wirtschaftlichkeit und der medizinischen Qualität führen kann. Umfangreiche Kapazitäten wiederum können infolge der bestehenden Informationsasymmetrie zwischen Anbietern und Nachfragern zu einer angebotsinduzierten Nachfrage führen, die nicht unbedingt bedarfsnotwendig sein muss (Schreyögg et al. 2014). Der direkte Weg zur Optimierung bestehender Krankenhausstrukturen über die Krankenhausplanung ist meist nicht gangbar. Die vor allem lokalpolitischen Widerstände sind vielfach zu groß und der politische Mut, diese zu überwinden, zu klein.

Daher wird versucht, auf indirekte Weise Strukturveränderungen herbeizuführen. In der Vergangenheit fand oft eine Privatisierung von in wirtschaftliche Not geratenen Krankenhäusern statt. Die Strukturen änderten sich dadurch jedoch kaum. Ein Ziel des DRG-Systems bei seiner Einführung im Jahr 2003 war, über den dadurch zu entfachenden Wettbewerb eine Marktberreinigung einzuleiten, die allerdings bis heute weitgehend ausgeblieben ist. Danach kam die Idee des selektiven Kontrahierens auf (f&w 2008). Krankenkassen sollen

außerhalb des bestehenden Kollektivvertrags mit einzelnen Leistungserbringern über Preise und Leistungen verhandeln können. In den Niederlanden hat dieser Weg zu einer beträchtlichen Reduktion der Krankenhausstandorte geführt. Zwar sind in Deutschland Selektivverträge im Rahmen der integrierten Versorgung durchaus möglich. Es wird jedoch kaum davon Gebrauch gemacht, sodass keine nennenswerten Effekte erkennbar sind.

Neuerdings schlägt das KHSG in dieser Hinsicht neue Wege ein. Ziel ist eine Verstärkung des Qualitätswettbewerbs unter Krankenhäusern mit Hilfe standardisierter Qualitätsmessung und anschließender konsequenter Qualitätstransparenz. Langfristig soll außerdem auf dieser Basis



die Vergütung von Leistungen qualitätsorientiert erfolgen. Qualitätswettbewerb und qualitätsorientierte Vergütung sollen zu einer qualitätsorientierten Marktberreinigung führen. Da eine valide und damit auch justiziable Messung der Ergebnisqualität häufig sehr schwer und aufwändig ist und idealerweise sektorenübergreifend erfolgen sollte, wird die Vermessung der Leistungen noch einige Jahre in Anspruch nehmen. In der Zwischenzeit werden Anforderungen an Strukturqualität gestellt – unter der Annahme, dass sie mit Ergebnisqualität ausreichend stark korreliert. Als Nebeneffekt davon können Anforderungen an die strukturellen Voraussetzungen zur Leistungserbringung jedoch auch dazu genutzt werden, um eine Marktberreinigung in die Wege zu leiten.

Frühjahrstagung 2017:  
Wie geht es weiter mit  
der Gesundheitspolitik  
in der nächsten Wahl-  
periode? Diskussion  
mit Politikern, Mana-  
gern und Kammerver-  
tretern





### 3 Aussagen der Interviews

Neben eigenen Recherchen der Autoren zum Thema Bürokratie wurden außerdem 20 Leistungserbringer aus dem Gesundheitswesen persönlich oder telefonisch interviewt. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Interviewpartner. Es handelt sich um Geschäftsführer und Chefarzte von Krankenhäusern, Geschäftsführer von Pflegeeinrichtungen und um niedergelassene Ärzte. Dieses Kapitel gibt die Aussagen der Interviewpartner wieder, ohne sie zu bewerten. Zum Teil finden sich dabei auch unterschiedliche Ansichten der interviewten Personen zu einem Thema.

**Tabelle 1:**  
Übersicht zu den Interviewpartnern

Quelle: Eigene Darstellung

Krankenhaus	Ort	Telefonisch	Persönlich
Agaplesion	Frankfurt am Main		x
Kliniken des Main-Taunus-Kreises GmbH	Bad Soden am Taunus		x
Krankenhaus Nordwest GmbH	Frankfurt am Main		x
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität	Frankfurt am Main	x	
Landeskrankenhaus (AöR)	Andernach	x	
Klinikum Fulda gAG	Fulda	x	
Frankfurter Rotkreuz-Krankenhäuser	Frankfurt am Main	x	
Verein Frankfurter Stiftungskrankenhäuser e.V.: Hospital zum Heiligen Geist	Frankfurt am Main	x	
Rhön-Klinikum AG: Universitätsklinikum Gießen und Marburg	Gießen	x	
Waldburg-Zeil Kliniken	Schönebeck (Elbe)	x	
Pflegeeinrichtungen	Ort	Telefonisch	Persönlich
Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Westliches Westfalen e.V.	Dortmund		x
Arbeiter-Samariter-Bund Baden-Württemberg e. V.	Stuttgart	x	
Contilia	Essen	x	
Vital-Kliniken	Frankfurt am Main	x	
Arbeitgeberverband-Pflege	Berlin	x	
Niedergelassene	Ort	Telefonisch	Persönlich
Zahnzentrum Bredeney	Bredeney	x	
Emma-Klinik	Seligenstadt	x	
Kassenärztliche Vereinigung Hessen	Frankfurt am Main	x	
Kardiologisch-Angiologische Praxis - Herzzentrum Bremen	Bremen	x	
Dr. Garanin Privatpraxis	Essen	x	

Einige Interviewpartner hatten eine eher neutrale Sicht auf Bürokratie, andere eine eher negative. Auszugsweise seien an dieser Stelle verschiedene Zitate diesbezüglich genannt. So wurde Bürokratie einerseits als ein „überbordender Formalismus ohne Nutzen für den Patienten“ angesehen, als „gesetzliche Vorgaben und Richtlinien, die keinen Nutzen stiften“ oder als „ein Verwaltungsaufwand, der über die eigene Leistung hinweg geleistet werden muss“. Andererseits wurde sie betrachtet als „selbst erlassene Regeln und Anweisungen, z.B. Dienstanweisungen, die im Rahmen eines Regelwerks ausgeführt werden“, „eine gewisse Regulierung, mit der gelebt werden muss“ oder „Gesetze und Verordnungen des Gesetzgebers sowie Normen und Regeln, die einzuhalten sind“, zum Teil mit leicht positiver Bewertung auch als „alle mit Vorschriften, Tätigkeiten, Vorgaben und Richtlinien verbunden Aufgaben, um das Kerngeschäft mit Patienten ausführen zu können“.

Die interviewten Leistungserbringer nannten zahlreiche Institutionen, die Bürokratie veranlassen. Auf der Bundesebene wurden neben dem Gesetzgeber und dem Bundesministerium für Gesundheit die Partner der Selbstverwaltung genannt, allen voran der Gemeinsame Bundesausschuss. Der Gemeinsame Bundesausschuss produziert regelmäßig eine große Menge an Dokumenten und Vorschriften unter anderem zu den Themen ambulante spezialfachärztliche Versorgung, Arzneimittel, Bedarfsplanung, Disease-Management-Programme, Methodenbewertung, Psychotherapie, Qualitätssicherung und Verfahrensregelungen. Laut GBA (2017) wurden beispielsweise alleine am 19.10.2017 zweiundzwanzig Beschlüsse verabschiedet. Die Trägerorganisationen des GBA, der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KBV und KZBV), wiederum schaffen Dokumentationen für eigene Zwecke.

An zentraler Stelle wurde immer wieder der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) als ein ausgesprochen großer Verursacher von Bürokratie aufgeführt. Es wurde zwar anerkannt, dass es eine Prüfinstanz geben muss, die Rechnungen der Leistungserbringer kontrolliert. Allerdings wurde oft missbilligt, dass der MDK zusätzlich den Anreiz habe, Rechnerkürzungspotenzial aktiv zu suchen. Damit werde auf beiden Seiten, Leistungserbringer und MDK, eine Menge bürokratischer Aufwand produziert. Weiter erwähnt wurden die Ärztekammern in den Bereichen Berufsordnung, Weiterbildungsordnung und Qualitätssicherungsmaßnahmen und die ärztlichen Fachgesellschaften.

Neuerdings tritt außerdem das IQTiG, wie bereits weiter oben erwähnt, als Verursacher von zusätzlicher Bürokratie auf, ohne dass dem derzeit schon ein erkennbarer Zusatznutzen gegenüberstehe. Als Bürokratietreiber werden darüber hinaus Zertifizierungen wie zum Beispiel nach KTQ (Kooperation für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen) gesehen. In vielen Bereichen erschwert außerdem der Datenschutz interne Abläufe durch Auflagen an die verwendeten Daten. In seiner Bedeutung wichtiger wird das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik mit Auflagen zur Cyber-Sicherheit gesehen.

Des Weiteren nannten einige Interviewpartner die Statistischen Landesämter bzw. das Statistische Bundesamt als eine Quelle für Bürokratie. Demgegenüber steht der Nutzen der Information über das Marktgeschehen für die Politik, die Öffentlichkeit und die Wissenschaft. Erwähnung fanden auch Versicherungen, die zur Absicherung eine große Menge an Dokumentation und Risikomanagement von den Leistungserbringern einfordern, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit Anforderungen an neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Schließlich wurden vereinzelt die Medien aufgeführt, die mit einer selektiven Berichterstattung über Einzelfälle auf die Gesamtheit aller Fälle schließen und damit die Regulierungsneigung der Politik entfachten.

Aufgrund der Vielfalt an Verursachern von Bürokratie fällt auch das Themenspektrum rund um Bürokratie sehr breit aus. Abbildung 4 sortiert die genannten Themen in solche, die häufig und solche, die vereinzelt von den Interviewpartnern genannt wurden. An erster Stelle ist der MDK aufzuführen, gefolgt vom im Rahmen des KHSG seit dem 1.10.2017 durchzuführenden Entlassmanagement, was vermutlich auch seiner Aktualität geschuldet ist. Der geringe Grad an Digitalisierung ist für viele Leistungserbringer ein Bürokratiethema, weil es dazu führt, dass viele Prozesse, gerade auch zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern oder zwischen Leistungserbringer und anderen Institutionen, händisch bzw. in Papierform abgewickelt werden müssen. Damit zusammenhängend folgt der Datenschutz.

#### Am häufigsten genannte Bürokratiethemen

- MDK
- Entlassmanagement
- Geringe Digitalisierung
- Datenschutz
- Personalvorgaben, Approbation
- Qualitätsvorgaben
- Sektorengrenzen und KV-Bedarfsplanung
- Investitionsfördermittel
- Dokumentationsverpflichtungen



#### Weitere Bürokratiethemen

- Budgetverhandlungen
- Mindestmengen
- Vergütungssystem, darunter ambulante Notfallabrechnung
- Risikomanagement, Compliance, Anti-Korruptionsgesetz
- Brandschutz, TÜV, Bauverordnungen
- Hygienevorschriften (z.B. HACCP)
- Benchmarking
- Krankenhausinformationssystem
- Kommunikation
- Energiewirtschaft
- Mindestlohn

#### Abbildung 4: In den Interviews genannte Bürokratiethemen

Quelle: Eigene Darstellung;  
Interviewpartner

Personalvorgaben, darunter auch die Approbation über die Ärztekammern, werden als weitere Quelle von Bürokratie gesehen, ebenso Qualitätsvorgaben. Die ambulant-stationäre Sektorengrenze und die KV-Planung waren weitere Themen, die relativ häufig genannt wurden. Das Thema Investitionsfördermittel spielte eine Rolle, weil die Antragsstellung auf Einzelförderung ein sehr aufwändiges und langwieriges Verfahren darstellt, das eine Menge Ressourcen sowohl beim antragstellenden Krankenhaus als auch bei der entsprechenden Landesbehörde bindet. Schließlich wurden allgemein Dokumentationsverpflichtungen jeglicher Art immer wieder angeführt. Abbildung 4 listet noch weitere Bürokratiethemen auf, die hier nicht vertieft werden sollen. Der Fokus liegt im Folgenden auf den neun am meisten erwähnten Themen.

Lockerer Austausch nach der Frühjahrstagung 2016: Mitglieder der Initiative gesundheitswirtschaft rhein-main und Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe



### 3.1 Medizinischer Dienst der Krankenkassen

Eine wichtige Aufgabe des MDK ist die Prüfung der Rechnungen der Leistungserbringer, insbesondere der Krankenhäuser oder die Eingruppierung von Menschen mit Pflegebedarf in die verschiedenen Pflegestufen. Eine solche Prüfung wurde vom Grundsatz her nicht beanstandet. Es versteht sich von selbst, dass ein Kostenträger Rechnungen, die an ihn gestellt werden, prüft. Die Frage ist jedoch, in welchem Ausmaß und mit welcher Intention die Prüfungen stattfinden. Inzwischen würden 15 bis 20 Prozent aller Krankenhaufälle einer Prüfung durch den MDK unterzogen. Es handelt sich dabei um eine Größenordnung von drei Millionen Prüfungen pro Jahr. In vielen Fällen handele es sich um Einzelfallprüfungen im schriftlichen Verfahren, die ein hohes Maß an Schreiarbeit nach sich ziehen. Beispielsweise ist für die Abrechnung der pflegerischen Komplexpauschale zu bestimmten Zeiten die Durchführung definierter Leistungen Prüfgegenstand. Praxisvertreter berichten, dass bereits bei einer 15 Minuten zu spät erfolgten Temperaturkontrolle die gesamte Pauschale gestrichen wird. Generell wurde darauf hingewiesen, dass die Kommunikation zwischen Krankenhaus und MDK häufig nur in schriftlicher Form und wenig standardisiert erfolge. Außerdem wurde moniert, dass Prüfer nicht ausreichend ausgebildet seien und eine Fallbesprechung auf Augenhöhe nicht erfolge. Der damit zusammenhängende Bürokratieaufwand ist auf beiden Seiten immens. Krankenhäuser halten eigenständige Abteilungen zur Bearbeitung und Begleitung der MDK-Prüfanfragen vor. Es stelle sich die Frage nach Aufwand und Nutzen der Prüfungen.

Hinzu komme, dass der MDK keine neutrale Prüfung der Abrechnungen vornehme, sondern mit der Intention prüfe, ein möglichst großes Einsparvolumen bei Rechnungen zu identifizieren. Dies sei vergleichbar mit einer Verkehrsüberwachung, die nicht alleine dazu diene, Verkehrssicherheit zu erzielen, sondern in dem einen oder anderen Fall auch dazu, Einnahmen aus Straftzetteln für die Kommune zu generieren. Unter anderem aus diesem Grund komme es auch zu rückwirkenden Prüfungen. Beispielsweise wies ein Interviewpartner darauf hin, dass derzeit „in Hamburg geriatrische Komplexpauschalen rückwirkend bis 2015 geprüft werden“. Die Planungssicherheit der Marktakteure leide darunter erheblich.

Aus den hier geschilderten Problemen ergab sich in den Interviews die Forderung nach einer stärkeren Standardisierung der Prüfungen. Statt jeden Einzelfall zu prüfen, solle nach unerklärlichen Auffälligkeiten in den Abrechnungsdaten mit Hilfe von Algorithmen gesucht werden. Bei vorhandenen Auffälligkeiten könne dann gezielt eine Prüfung durchgeführt werden. Dabei sollten Prüfungen gebündelt erfolgen statt in Form von Einzelprüfungen. Zu empfehlen seien außerdem mehr Vor-Ort-Fallbesprechungen, gleichzeitig aber auch die Einführung digitaler Tools und Systeme zur Kommunikation mit dem MDK. Schließlich wurde darauf hingewiesen, dass die Unabhängigkeit des MDK zu stärken sei, um eine Neutralität der Rechnungsprüfungen zu gewährleisten.

### 3.2 Entlassmanagement

Der Gesetzgeber hat mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) in § 39 SGB V folgenden neuen Absatz 1a eingefügt: „(1a) Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. [...] Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern nach [...] vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen. [...] Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1; soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander. Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, können die Krankenhäuser die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6

genannten Leistungen verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen; hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. Bei der Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnen; im Übrigen können die [...] genannten Leistungen für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnet und die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden [...]. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und 7 die weitere Ausgestaltung des Ordnungsrechts nach Satz 7. Die weiteren Einzelheiten zu den Sätzen 1 bis 7, insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen, regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bis zum 31. Dezember 2015 in einem Rahmenvertrag; [...]; kommt eine Vereinbarung nicht zustande, kann auch das Bundesministerium für Gesundheit das Schiedsamt anrufen. Vor Abschluss des Rahmenvertrages ist der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker sowie den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Information, Einwilligung und Widerruf bedürfen der Schriftform“.

Zwischen dem GKV-Spitzenverband, der KBV und der DKG wurde inzwischen ein Rahmenvertrag „Entlassmanagement“ erarbeitet, der zum 1.10.2017 in Kraft trat. Der zu erwartende Bedarf für die Anschlussversorgung nach einem Krankenhausaufenthalt ist durch ein multidisziplinäres Team im Krankenhaus festzustellen. Das Entlassmanagement beinhaltet verordnete Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie häusliche Krankenpflege oder Soziotherapie durch Krankenhausärzte, um die nahtlose Versorgung für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen sicherzustellen. Bei Bedarf wird außerdem eine Arbeitsunfähigkeit festgestellt. Dem Patienten ist am Tag der Entlassung ein Entlassbrief auszuhändigen, der unter anderem alle Diagnosen, den Entlassungsbefund, die verordneten Mittel und einen Medikationsplan enthält. Die Anschlussmaßnahmen sind frühzeitig einzuleiten und die weiterbehandelnde Einrichtung rechtzeitig zu informieren. Bei Versorgungsbedarf sind zeitnahe Termine mit den weiterbehandelnden Haus- oder Fachärzten zu vereinbaren. Für die damit verbundene Informationsübermittlung ist das schriftliche Einverständnis der Patienten einzuholen. In diesem Zusammenhang soll auch eine lebenslange Krankenhausarzt Nummer eingeführt werden.

Viele Interviewpartner bemängeln den mit dem Entlassmanagement einhergehenden hohen Bürokratieaufwand. Die Durchführung binde erhebliche Ressourcen, die ohnehin schon knapp seien – sowohl im ärztlichen als auch pflegerischen Bereich. Die Kontaktaufnahme mit weiterbehandelnden Ärzten und Einrichtungen sei äußerst zeit-, arbeits- und planungsintensiv, zumal es an dieser Schnittstelle keine Automatisierungen gebe. Auch fielen „zahlreiche Dokumente an, die an verschiedenen Stellen während des Behandlungsprozesses ausgefüllt werden müssen.“ Die steigenden Dokumentationspflichten äußerten sich zum Beispiel darin, dass je Patient dreimal zehn Dokumente anfielen.

Zwar werde die Notwendigkeit eines Entlassmanagements für Patienten anerkannt, gerade weil die bestehende Sektorengrenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu Verwerfungen für Patienten führe. Es müsse jedoch mehr Gestaltungsspielraum bei der Umsetzung der Vorgaben geben sowie verständlich definierte Anforderungen an das Entlassmanagement. Besonders wichtig sei der Ausbau der Informationstechnologien zur Kontaktaufnahme mit weiterbehandelnden Ärzten und Einrichtungen. Ohne eine funktionierende elektronische Patientenakte würde das Entlassmanagement unnötig viel neuen bürokratischen Aufwand erzeugen.



### 3.3 Geringer Grad an Digitalisierung

Das Nicht-Vorhandensein einer elektronischen Patientenakte ist generell Ausdruck eines geringen Grads an Digitalisierung in der deutschen Gesundheitsversorgung. Sowohl in stationären Einrichtungen als auch in Arztpraxen findet noch immer viel händische Dokumentation durch Pflegekräfte, medizinische Fachangestellte und Ärzte statt. Die IT-Unterstützung bei der Erhebung von Patientendaten sowie bei pflegerischen und ärztlichen Dokumentationsverpflichtungen empfinden viele Interviewpartner als mangelhaft. Das Schreiben der Arztbriefe sei sehr zeitaufwändig. Bemängelt wurden außerdem komplexe, nicht IT-gestützte Kommunikationswege zwischen Abteilungen und Fachbereichen. Ein Interviewpartner monierte, dass Datenmengen, die erhoben werden sollen, händisch kaum noch zu erfassen sind, dass aber digitale Dokumentationen noch nicht stark genug ausgebaut seien.

Im internationalen Vergleich landet Deutschland damit nur im Mittelfeld. Amelung et al. (2016) untersuchten den Stand der Einführung einer elektronischen Patientenakte in Dänemark, Israel und Österreich und entwickelten zudem eine European Score Card, die 20 Länder analysiert und mit einem Ampelschema zeigt, wo die einzelnen Länder bei der Implementierung stehen. Deutschland lag bei der Implementierung der ePA lediglich auf Platz 10. Die Spitzenplätze belegen Dänemark, Schweden und Estland. Das Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung und das Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung führten 2017 eine Studie durch, bei der die innovationsstärksten Volkswirtschaften der Welt ermittelt wurden (ZEW 2017). Neben den Teilbereichen Wirtschaft (Platz 7), Wissenschaft (Platz 11), Bildung und Staat (jeweils Platz 8) sowie Gesellschaft (Platz 13), belegt Deutschland im Teilbereich Digitalisierung lediglich Platz 17. In diesem Vergleich liegt Deutschland deutlich hinter anderen großen Industrienationen, wie den USA und Großbritannien.

Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass viele Interviewpartner eine einheitliche Telematik-Infrastruktur und sektorenübergreifende Kommunikationskanäle fordern. Auf dieser Basis ließe sich eine für alle Leistungserbringer standardisierte elektronische Patientenakte schaffen. Individuelle Lösungen könnten auf der Telematik-Infrastruktur entwickelt werden. Vereinzelt wurde zum Beispiel der Wunsch geäußert, dass sich Patienten bereits online zu Hause in der Klinik anmelden können.



Dr. Katja Leikert MdB, Hessens Sozialminister Stefan Grüttner (Mitte), Florian Gerster, Vorsitzender der gesundheitswirtschaft rhein-main (2. Von rechts) sowie weitere Repräsentanten der Gesundheitswirtschaft beim eHealth-Kongress 2017

### 3.4 Strenger Datenschutz

Deutschland misst dem Datenschutz einen hohen Wert zu. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ist er sogar ein Grundrecht. Es besteht das Recht auf informationelle Selbstbestimmung. Der Einzelne entscheidet grundsätzlich selbst über die Preisgabe und Verwendung seiner personenbezogenen Daten. Auf Bundesebene regelt das Bundesdatenschutzgesetz den Datenschutz. Daneben existieren landesspezifische Datenschutzgesetze. Wie bei vielen anderen Regulierungen schafft auch der Datenschutz einen wichtigen Nutzen für die Bürger.

Allerdings liegt es in der Natur der Sache des Datenschutzes, dass er zu Ineffizienzen bei betrieblichen Abläufen führt. Generell wurde von vielen Interviewpartnern die aufwendig umzusetzenden Datenschutzanforderungen bei der Behandlung und der Dokumentation genannt. So seien die „Behandlung der Patienten und die anschließende digitale Abbildung komplex und es ist nicht ersichtlich, wie genau anonymisiert werden muss“. Auch müssten „für jeden der Kernprozesse drei bis vier Seiten Verfahrensprozesse ausgefüllt werden“. Patientendaten müssten aufwändig bereinigt werden, um sie für statistische Weiterverarbeitungen verwenden zu können.

Moniert wurde außerdem, dass es aufgrund der heterogenen Länderregelungen keine bundesweit einheitlichen Datenschutzstandards gebe. Nach Ansicht von Interviewpartnern erhöhe die ab Mai 2018 in Kraft tretende EU-Datenschutzverordnung die Datenschutzanforderungen und den Aufwand beim Umgang mit Daten weiter.

Wie in allen Bereichen gilt auch beim Datenschutz, dass die Dosis entscheidend ist: ab wann stehen die Zusatzkosten, darunter auch das Risiko durch fehlenden zeitnahen Zugriff auf behandlungsrelevante Informationen, durch ein Mehr an Datenschutz noch in einem vertretbaren Verhältnis zum angestrebten Zusatznutzen? Gerade bei einer aufkommenden Digitalisierung des Gesundheitswesens müssten der Datenschutz und die Digitalisierung besser aufeinander abgestimmt werden. Anzustreben sei ein bundesweit einheitliches Datenschutzrecht und es gelte, leicht verständliche Vorgaben zu schaffen. Es sollten wenige und klare Grundregeln gelten, an die sich jeder halten müsse, und Sonderregelungen für bestimmte Fälle geben. Schließlich seien für die elektronische Patientenakte (ePA) die Patienten zu autorisieren, über Umfang der Datennutzung selbst zu entscheiden, insbesondere was die Nutzung ihrer medizinischen Daten im Notfall und zu Forschungszwecken angeht.

In einer repräsentativen Umfrage durch infas im Auftrag der Stiftung Münch im Jahr 2015 betonten die Befragten die Wichtigkeit des Datenschutzes, vor allem im Hinblick darauf, dass man selbst über die Verwendung seiner Daten bestimmen kann (Stiftung Münch 2015). Sie sahen aber durchaus auch die Vorteile der Freigabe von Daten besonders im Gesundheitswesen, wo sich eine Mehrheit für die Einführung einer ePA aussprach. 78 % gingen davon aus, dass Ärzte die Patienten auch generell mit der ePA besser behandeln können, weil sie sich ein umfassenderes Bild vom Patienten machen können. 72 % der Befragten sprachen sich für eine verstärkte Nutzung von medizinischen Daten für wissenschaftliche Zwecke aus und 85 % sahen einen Vorteil der ePA für die medizinische Forschung.

### 3.5 Personalvorgaben

Der Gesetzgeber und der GBA greifen zum Teil direkt in Art und Weise der Leistungserbringung ein, zum Beispiel mit konkreten Personalvorgaben. Auf Basis der Ergebnisse der „Expertenkommission Pflege“ hat der Bundestag am 2.6.2017 beschlossen, für die Pflege im Krankenhaus Personaluntergrenzen in Bereichen festzulegen, in denen dies für die Patientensicherheit als besonders notwendig erachtet wird, zum Beispiel auf Intensivstationen oder im Nachtdienst. Bis zum 30. Juni 2018 sollen Krankenhäuser und Krankenversicherungen dazu Vereinbarungen treffen.



Ansonsten wird dies das BMG bis 31. Dezember 2018 ersatzweise tun. Festzulegen sind erstens die pflegesensitiven Bereiche im Krankenhaus und zweitens Personaluntergrenzen in diesen pflegesensitiven Bereichen. Bei Nichteinhaltung sind Vergütungsabschläge vorgesehen. Dabei soll es jedoch Ausnahmegesetze und Übergangsregelungen geben. Die Regelungen sollen ab 1. Januar 2019 gelten. Krankenhäuser müssen dann Informationen über die Einhaltung der Vorgaben an die Behörden der Krankenhausplanung melden und die Einhaltung der Vorgaben in den Qualitätsberichten veröffentlichen. Damit steigt abermals der bürokratische Aufwand. Einzelne Landespersonalverordnungen könnten diese Situation sogar noch zusätzlich verschärfen. Inwieweit bauliche Rahmenbedingungen Berücksichtigung finden, bleibt abzuwarten.

Bemängelt wurden in den Interviews aber auch Regelungen in Bezug auf andere Personalvorschriften. Inzwischen ist bei Herzklappen-OPs die Anwesenheit eines Kardiologen nicht mehr ausreichend. Es müsse nunmehr ein Herzchirurg anwesend sein, was dokumentiert werden müsse. Generell wurden die Voraussetzungen zur Erteilung der Approbation als zu aufwändig gesehen – sowohl für deutsche als auch für ausländische Anwärter – und ferner die KV-Regelungen als Hindernis, Arztstühle zu besetzen. Neben dem mit den Personalvorschriften verbundenen Bürokratieaufwand verschärfe sich damit aber auch der Fachkräftemangel. Ein anderer Interviewpartner wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass neuerdings ein Arzt erst nach drei Jahren dazu befähigt sei, Notarzt zu sein. Früher war dies nach einem halben Jahr bereits möglich. Dies verstärke ebenfalls den Fachkräftemangel.

Statt immer neue Personalvorgaben zu erlassen, plädierten die meisten Interviewpartner für die Reduktion von starren Vorgaben. Insbesondere solle die Approbationsanerkennung für ausländische Ärzte erleichtert werden. Zur Abmilderung des Fachkräftemangels wird empfohlen, die Investitionen in die Pflegeausbildung zu erhöhen.



Weniger Bürokratie an der Schnittstelle ambulanz-stationär wäre nötig.

### 3.6 Qualitätsvorgaben

Sehr intensiv wurde in den Interviews auf alle Themen rund um Qualitätsmanagement, Qualitätsmessung und Zertifizierungen eingegangen. Neben dem internen dokumentationsreichen Qualitätsmanagement spielen die externe Qualitätsmessung sowie spezielle Zertifizierungen zum Nachweis von Qualität eine immer wichtigere Rolle. Da die Aufgabe der Gesundheitsversorgung die Erzielung einer hohen Versorgungsqualität ist, ist der Nutzen von Qualitätsmessung unmittelbar klar und einsichtig – anders als bei der Regulierung des Personaleinsatzes. Nichtsdestoweniger erfordern die Maßnahmen zur Qualitätsmessung ein hohes Maß an Dokumentation, die zum Teil nicht in digitaler Form erfolgt. Auch ändern sich die Anforderungen und nötige Nachweise durchaus häufig. Krankenhäuser halten daher ganze QM-Abteilungen vor.

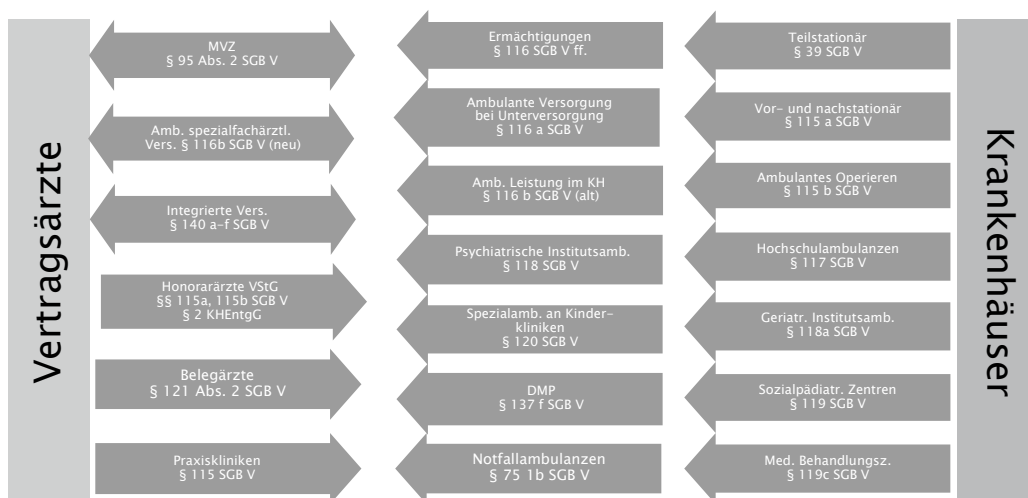
Ein großer Aufwand entsteht bei Zertifizierungen, die sehr planungsintensiv seien und die umfangreiche Vorbereitungen erfordern: „Zertifizierungen dauerten teils Jahre und binden erheblich personelle Ressourcen“. Zertifizierungen gibt es oft im Qualitätsmanagement, zum Beispiel Zertifizierungen nach KTQ oder die branchenübergreifende Qualitätsnorm ISO 9001.

Genannt wurde überdies der Aufwand für so genannte Strukturprüfungen, um zum Beispiel geriatrische Komplexpauschalen abrechnen zu können. Dabei liege der Prüfungsfokus darauf, ob zu jedem Zeitpunkt der Behandlung die vorgeschriebene personelle Besetzung erfüllt wurde. Hinzu komme Dokumentationsaufwand für Vergütungszuschläge, z.B. im Rahmen von Zusatzentgelten. Schließlich wurde kritisiert, dass Qualitätsindikatoren zur externen Qualitätsmessung häufig nur schwer messbar seien – oft nicht auf Basis der vorhandenen Routinedaten. Das IQTiG, das in den kommenden Jahren die Qualitätsmessung aufbauen soll, schaffe schrittweise für viele Indikationen eigene Datenanforderungen, die über die vorhandenen Routinedaten hinausgingen. Genutzt werden könnten sie derzeit jedoch noch nicht, sodass bei einem Interviewpartner der Eindruck entstand, man „führe Tätigkeiten rein für die Verwaltung durch“.

Nichtsdestoweniger werde der langfristige Nutzen der Qualitätsmessung durchaus gesehen. So könne eine fundierte Qualitätstransparenz sogar erreichen, dass die vielen Qualitätszertifikate überflüssig werden – und natürlich auch einige Struktur- und Prozessvorgaben. Bis es soweit sei, sollten zumindest die Zertifizierungen verschlankt und vereinheitlicht werden. Außerdem sollten sich alle Qualitätsvorgaben stets an der Patientenbehandlung orientieren. Um Aufwand zu minimieren, sei schließlich darauf zu achten, einheitliche Standards und Anforderungen an das Qualitätsmanagement anzusetzen, die Kriterien zur Bemessung der Qualität klar zu definieren und dabei Qualitätsindikatoren so zu wählen, dass sie leicht und zuverlässig messbar seien.

### 3.7 Sektorengrenze

Das deutsche Gesundheitswesen ist geprägt durch die ambulant-stationäre Sektorengrenze und damit verbunden sektorenspezifische Budgets. Letztere erschweren eine sektorenübergreifende patientenorientierte Versorgung. Hinzu kommt eine Unzahl an gesetzlichen Regelungen im ambulant-stationären Grenzbereich (Abbildung 5). Mithin erschweren die daraus resultierende ambulant-stationäre Schnittstelle sowie eine mangelnde Digitalisierung die intersektorale Kommunikation. Dies macht ein hohes Maß an bürokratischer Abstimmung nötig. Auch der Versuch einer engeren Verzahnung der Sektoren im Bereich klar definierter ambulanter spezialärztlicher Versorgung (ASV), zum Beispiel für onkologische Behandlungen, war am Ende nur erfolgreich im Schaffen weiterer Bürokratie. Eine äußerst umfangreiche Antragsstellung zur Teilnahme an der ASV hat die Motivation zur Teilnahme stark ausgebremst. Ein Interviewpartner berichtete, dass ein „Antrag 300 Seiten umfasst und einem extra für das ASV gebildeten Gremium vorgelegt werden muss – Bürokratie in einem Ausmaß, das fast sittenwidrig ist.“



**Abbildung 5:**  
Gesetzliche Regelungen  
im ambulanten-stationären Grenzbereich

Quelle: Dr. Wulf-Dietrich Leber

Bemängelt wurde weiter, dass die Verhandlungen für die Übernahme eines KV-Arztstitzes sehr aufwändig seien. Das Antragsverfahren sei komplex, undurchsichtig und zeitaufwändig und die Verhandlungen sowohl mit dem Arztstitzinhaber als auch mit der KV bedeuteten doppelten Aufwand. Allerdings führe nicht nur die ambulante-stationäre Sektorengrenze zu bürokratischem Mehraufwand. Auch die nicht-standardisierte Kommunikation zwischen Pflege- sowie Rehabilitationseinrichtungen und Kliniken gestalte sich oft aufwändig.

Vor diesem Hintergrund wurde des Öfteren gefordert, die bestehende Sektorengrenze bzw. die doppelte Facharztschiene aufzugeben. Sie sei historisch gewachsen, aber nicht am Patienten orientiert. Voraussetzung dafür wäre ein einheitliches Vergütungssystem für ambulante und stationäre Abrechnungen. Wohlwissend wie schwer umsetzbar diese Forderung ist, sei es zumindest anzuraten, vermehrt auf sektorenübergreifende Campusprojekte zu setzen. Sie würden erlauben, in einem „geschützten Raum“ eine integrierte Versorgung anzubieten, die insbesondere auch dokumentationsärmer gestaltet werden könne. Ohne einheitliche Informationstechnologien zum digitalen Informationsaustausch zwischen allen Leistungsanbietern wird es aber auch nicht gehen, sodass abermals die Forderung nach einer ePA laut wurde. Bei Fortbestand der Sektoren seien bei der KV-Bedarfsplanung kürzere und einfachere Antragsverfahren, die Öffnung „gesperrter“ Gebiete sowie bei Übernahme eines KV-Sitzes nur noch die Verhandlung mit KV wünschenswert.

### 3.8 Investitionsfördermittel

Eine Eigenart der Krankenhausfinanzierung in Deutschland ist die Trennung der Betriebskostenfinanzierung von der Finanzierung von Investitionsgütern („Dualistik“). Während die Patienten bzw. deren Krankenversicherungen für die Betriebskosten aufkommen sollen, ist es Aufgabe der Bundesländer die Investitionen der Krankenhäuser zu tragen. Dazu stellen sie Investitionsfördermittel bereit, die sich traditionell aufteilen in jährlich pauschal zur Verfügung gestellte Mittel – abhängig vom Leistungsvolumen eines Krankenhauses – und Mittel zur Förderung von konkreten einzelnen Investitionsvorhaben. Für letztere ist ein Antrag auf Einzelförderung zu stellen. Dabei handelt es sich um ein mehrstufiges Antragsverfahren, das sehr arbeitsintensiv ist, weil es zum Teil undurchsichtig und nicht einheitlich ist. In jeden Förderantrag müsse man sich neu einarbeiten. Anträge seien häufig nicht digital und mit viel Schreiarbeit verbunden. Ein Interviewpartner wies darauf hin, dass das „mehrstufige Antragsverfahren bis zur Bewilligung eine Unmenge an Schriftverkehr benötigt und bis zu sechs Jahre dauern kann“.

Vor diesem Hintergrund ist nicht verwunderlich, dass sich einzelne Interviewpartner grundsätzlich für mehr Pauschal- statt Einzelförderung aussprachen – bis hin zum vollständigen Umstieg auf Investitionspauschalen, wie dies in manchen Bundesländern bereits der Fall ist. Damit würden sämtliche Antragsstellungen entfallen können. Manch ein privater Krankenhausträger verzichte aus den genannten Gründen sogar auf die Stellung eines Antrags zur Förderung einer Investition und finanziere sie stattdessen aus eigenen Mitteln. Bei Beibehaltung von Einzelförderungen auf Antrag sollte die Antragsbearbeitung zumindest aber deutlich beschleunigt und digitalisiert sowie die Anträge vereinfacht, kürzer gehalten, vereinheitlicht und in digitaler Form zur Verfügung gestellt werden.

### 3.9 Dokumentationsverpflichtungen

Viele Interviewpartner bemängelten den generell hohen Grad an Informationsverpflichtungen, der nicht ausschließlich einem konkreten Thema zugeordnet werden kann. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Dokumentation in vielen Bereichen (Einweisungen, Medizinprodukte, Implantatpass, Entlassmanagement, bundeseinheitlicher Medikationsplan) mehr geworden sei, was Patienten und Ärzte überfordere. Das Patientenrechtegesetz verschärfe die Dokumentations- und Aufklärungspflicht abermals. Besonders juristische Unsicherheiten führten zu einer Mehrdokumentation, um für alle Rechtsstreitigkeiten gewappnet zu sein. Es kehre ein Sicherheitsdenken ein, das effizientes Arbeiten ersticke. Denn „häufig ist nicht klar, wie genau und wie viel dokumentiert werden muss. Dann wird im Zweifel mehr dokumentiert, um Rechtssicherheit zu bekommen.“ Darüber hinaus wurde immer wieder moniert, dass klare Standards bei Dokumentationen fehlten. Dies kann dazu führen, dass Unnötiges dokumentiert wird oder Fehler gemacht werden, die anschließend wieder zu bereinigen sind. Schließlich überfordern Verträge und Informationen bei der Aufnahme in ein Pflegeheim, ein Krankenhaus oder auch als neuer Patient in eine neue Praxis viele Patienten und führen zu einem immensen Archivierungsaufwand.

Im Bereich der Altenpflege wurde die aufwändige Dokumentation der Medikation sowie die Dokumentation im Zusammenhang mit der Vergabe von Pflegenoten moniert. Gerade bei den Pflegenoten, die inzwischen als nutzlos bezeichnet werden können, liege ein äußerst ungünstiges Verhältnis von Kosten und Nutzen vor. Der Übergang von den bisherigen Pflegestufen zu den mit dem PSG eingeführten Pflegegraden führe derzeit zu einem Engpass beim MDK, wenn auch nur vorübergehend. Dagegen seien die Antragsverfahren für die Einstufung in Pflegegrade verhältnismäßig kompliziert.

Um einen Eindruck zur Vielfalt der Aussagen zu bekommen, seien an dieser Stelle beispielhaft einige ausgewählte Aussagen genannt:

- „Mindestens einmal jährlich finden aufwändige Brandschutzbegehungen statt und Nachweismüssen erbracht werden.“
- „Mindestmengen können nur über zusätzliche Dokumentationen nachgewiesen werden.“
- „Behandlungen sind mit Zeitvorgaben hinterlegt, die eingehalten und dokumentiert werden müssen.“
- „Chefärzte sollen neben ihren ärztlichen Tätigkeiten auch noch Benchmarkings durchführen, was Zeit frisst.“
- „Komplexe Pfade im Krankenhausinformationssystem kosten enorm viel Zeit.“

- „Genehmigungen für Blockheizkraftwerke sind schwer zu erhalten und bedürfen unzähliger Prüfungen und Nachweise.“

Aus dem in diesem Abschnitt dargestellten generellen Befund leiten viele die folgenden Forderungen ab: Erstens sollten bei allen Dokumentationsverpflichtungen der Inhalt und der Umfang klarer vorgegeben und die Dokumentationsanforderungen leicht verständlich formuliert werden. Die Dokumentationspflichten sollten zweitens reduziert und drittens starker standardisiert werden. Viertens gilt auch hier, dass die digitale Dokumentation gefördert und ausgebaut werden sollte.



Der hohe Grad an Dokumentationsverpflichtungen erstickt effizientes Arbeiten



## 4 Handlungsempfehlungen

### 4.1 Stimmungsbild der Interviewten und erste Einschätzung

Das erhobene Stimmungsbild der Interviewpartner verdeutlicht die allgemeine Unzufriedenheit durch ein stetig wachsendes Maß an bürokratischen Tätigkeiten. Sie erschweren eine effiziente Erbringung der Gesundheitsleistungen. Vor dem Hintergrund der anstehenden Herausforderungen im Gesundheitswesen wird jedoch Effizienz immer wichtiger. Viele Interviewpartner fordern, das Vertrauen in die Leistungserbringer wieder zu stärken. Denn eine zunehmende Misstrauenskultur sei letztendlich die Hauptursache der wachsenden Bürokratie. Wichtig sei stattdessen, den Leistungserbringern Ziele vorzugeben und diese zu kontrollieren. Wie die Versorgungsziele im Einzelnen erreicht werden, sei Aufgabe der Leistungserbringer, nicht der Kontrolleure. Es gelte daher, die unternehmerische Freiheit zu stärken und Negativanreize einzudämmen.

So kann es im Übrigen auch gelingen, unbedingt nötige effizienzsteigernde Innovationen in die Versorgung zu bringen. Nicht jeder Prozessschritt sollte dokumentiert werden, sondern vielmehr sollte das Ergebnis der Leistungserbringung für den Patienten nützlich und für den Beitragszahler bezahlbar sein. Viele Detailregelungen könnten dann entfallen. Das Motto müsste lauten: „Zielvorgaben statt Detailregelungen“. Außerdem sollte sehr ernsthaft darüber nachgedacht werden, mit der Einführung einer neuen Vorschrift zwingend eine bestehende aufzugeben, sodass die Menge aller Vorschriften nicht stetig wächst, sondern immerhin konstant bleibt. Dies mündet in die zentrale Forderung: Stopp weiterer Bürokratie!

### 4.2 Handlungsempfehlungen der Autoren

Die einzelnen Interviews ergaben dabei ein recht breites Spektrum an Aussagen. Die Interviewpartner stellten unterschiedliche Forderungen an die Politik, aber auch an die Leistungserbringer. In diesem Abschnitt unternehmen die Autoren den Versuch, den breiten Forderungskatalog zu verdichten, auf Inkonsistenzen zu prüfen, zu bereinigen und aus eigener Sicht zu bewerten. Daraus leiten sie eigene Handlungsempfehlungen ab. Insgesamt ergeben sich zehn Handlungsempfehlungen an die Politik, die darauf abzielen, Bürokratie abzubauen, und nebenbei noch weitere Probleme in der Gesundheitsversorgung adressieren (Abbildung 5).

#### Abbildung 6: Forderungen an die Politik

Quelle: Eigene Darstellung

- 1 **Stopp** weiterer Bürokratie und Einsetzung einer **Task-Force Entbürokratisierung** durch den Bundestag und Monitoring bestehender Regelungen und Gesetze
- 2 Schaffung einer einheitlichen **Telematik-Infrastruktur**, sektorenübergreifender Kommunikationskanäle und eines effizienten Datenschutzes
- 3 MDK: Schaffung **effizienterer Prüfverfahren** und Gewährleistung der **Unabhängigkeit der Prüfer**
- 4 Outcome- statt Input-Orientierung: **Reduktion der Struktur- und Prozessvorgaben**
- 5 Schaffung von **Qualitätstransparenz** – idealerweise mit bestehenden Daten oder auf Basis der ePA
- 6 **Reduktion der regionalen Vielfalt** in der Regulierung und mehr Beständigkeit von Vorgaben
- 7 **Preise der stationären Pflege freigeben** und auf Preiswettbewerb setzen
- 8 **Pauschalierte Investitionsfördermittel** statt komplexe Förderanträge
- 9 Schaffung von **juristischer Sicherheit** und Reduktion von Haftungsrisiken
- 10 Entbürokratisierung an der **Schnittstelle ambulant-stationär**

#### 4.2.1 Stopp weiterer Bürokratie und Einsetzen einer Task-Force Entbürokratisierung

Neue Gesetze und Regulierungen entstehen unentwegt und bringen meist neue Bürokratie mit sich. Im Gegenzug scheinen aber bestehende Regelungen und Bürokratieranforderungen eher selten wieder zu verschwinden. Im Laufe der vergangenen Jahre und Jahrzehnte wurde langsam aber sicher immer mehr Bürokratie angehäuft. Es liegt die Vermutung nahe, dass der Zenit eines noch vertretbaren Kosten-Nutzen-Verhältnisses bereits überschritten ist. Eine erste zentrale Forderung ist daher der Stopp weiterer Bürokratie im Gesundheitswesen. Neue Regelungen sind daraufhin zu überprüfen, in wie fern sie zusätzliche Bürokratie für die Marktteilnehmer schaffen. Sollte dies der Fall sein, sind sie entweder abzulehnen oder es sind alternativ andere bürokratieintensive Regelungen aufzuheben.

Eine Task-Force „Entbürokratisierung“ sollte sich detaillierte Kenntnis über das derzeitige Ausmaß bürokratischer Tätigkeiten der Leistungserbringer sowie der Krankenkassen verschaffen. Der „Lean-Philosophie“ (Walker 2015) folgend könnten unabhängig von bestehenden Strukturen Idealprozesse erarbeitet werden. Jede Abweichung von diesem Idealprozess unter aktuell zu berücksichtigenden Rahmenbedingungen würde den Zusatzaufwand transparent machen und eine Sachdiskussion dazu ermöglichen. Diese Kenntnisse könnten als Grundlage dafür dienen, bürokratischen Aufwand mit hohen Kosten und geringem Nutzen sowie Widersprüchlichkeiten unterschiedlicher Regelungen zu identifizieren. Aufgabe der Task Force sollte darüber hinaus sein, sämtlich bestehende Vorgaben, beispielsweise hinsichtlich Arbeitssicherheit, Brandschutz, Hygiene und Datenschutz, auf ein leistbares Maß zu reduzieren. Die Vorgaben müssen letztendlich praktikabel sein. So ist es z.B. nicht zu leisten, ein Brandschutzhelfer je Schicht auszubilden. Eine weitere Aufgabe der Task Force sollte sein, Anforderungen an die Leistungserbringer infolge von Gesetzesänderungen transparent und in verständlicher Form aufzubereiten. Denn es ist ineffizient, wenn jede Einrichtung sich selbst darum bemühen muss.

#### 4.2.2 Schaffung einer einheitlichen Telematik-Infrastruktur, sektorenübergreifender Kommunikationskanäle und eines effizienten Datenschutzes

Das Fehlen einheitlicher und sektorenübergreifender Kommunikationskanäle erschwert die Dokumentation und Übermittlung patientenbezogener Daten. Nicht vorhandene digitale Kommunikationskanäle und der strenge Datenschutz hemmen eine effiziente Zusammenarbeit in der Versorgung und der Nachsorge von Patienten. Mit dem E-Health-Gesetz, das am 1. Januar 2016 in Kraft trat, wurden erste Vereinbarungen zu Themen wie Telematikinfrastruktur (TI) und elektronische Patientenakte (ePA), Versichertenstammdatenmanagement (VSDM), elektronische Gesundheitsakte (eGK), Medikationsplan und elektronischer Arztbrief auf den Weg gebracht.<sup>3</sup> Diese gesetzlichen Anpassungen reichen jedoch nicht aus, um generell die Digitalisierung im Gesundheitswesen und insbesondere die stärkere Automatisierung bürokratischer Aufwendungen zu erreichen. Denn viele Instrumente sollten bereits vor mehr als 15 Jahren eingeführt werden (elektronische Gesundheitskarte, elektronisches Rezept). Nicht nur der Datenschutz ist also Ursache für zeitliche Verzögerungen, sondern offenbar spielen auch Partikularinteressen eine große Rolle.

Daher muss zügig eine sektorenübergreifenden ePA in Verbindung mit einer einheitlichen Telematikinfrastruktur eingeführt werden. Außerdem muss die Kommunikation mit den Behörden und mit dem MDK digital erfolgen, um die Zahl manueller Anträge zu reduzieren. Andere Länder zeigen, dass eine ePA technisch möglich ist. Dazu ist eine effiziente Gestaltung des Datenschutzes nötig: (i) Datenschutzerfordernisse sind am europäischen Datenschutzrecht zu orien-

<sup>3</sup> Quelle: Bundesministerium für Gesundheit



tieren. Nationale und gar bundeslandspezifische Erweiterungen sind zu vermeiden. Bestehende regionale Unterschiede sind zu beseitigen. (ii) Grundsätzlich müssen Patienten autorisiert werden, Eigentümer ihrer Daten zu sein und über die weitere Nutzung ihrer Daten selbst entscheiden zu können. (iii) Eine lebenslange Patienten-ID ist einzuführen, um Abläufe innerhalb und zwischen Einrichtungen zu vereinfachen und Patientendaten korrekt zuordnen zu können. Damit wird eine sektorenübergreifende klare Zuordnung der Patientendaten ermöglicht. Dies schafft schlanke Kommunikationswege und zeitsparende Prozesse.

#### 4.2.3 Schaffung effizienterer Prüfverfahren und Gewährleistung der Unabhängigkeit der Prüfer des MDK

Prüfquoten des MDK zwischen 15-20 Prozent erfordern hohe Personalressourcen sowohl bei den Leistungserbringern als auch beim MDK selbst. Praktiker sprechen inzwischen von einem „Wettrüsten“. Nicht nur dieser Aufwand als solcher, sondern auch die zunehmende Knappheit an Personalressourcen erfordern ein Umdenken. Eine Überprüfung der Abrechnungen der Leistungserbringer ist nötig, um ungewollte und gewollte Falschabrechnungen zu vermeiden. Jedoch sollte auch die Prüfung selbst einem Kosten-Nutzen-Kalkül unterliegen. Denn viele umfangreiche Einzelprüfungen, zum Teil in Papierform, binden enorme Ressourcen. Darüber hinaus sollten aus Patientensicht die Kosten einer Behandlung auch ihrer Qualität gegenübergestellt werden. In Einzelfällen könnte höheren Kosten eine bessere Qualität in der medizinischen oder pflegerischen Versorgung für den Patienten gegenüberstehen.

Zur Entbürokratisierung des Prüfverfahrens wurde im Jahr 2015 eine Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) erlassen. Ziel dieser Vereinbarung ist die Regelung eines „effizienten, konsensorientierten Verfahrens der Prüfungen“. Voraussetzungen für die Einleitung sowie Vorgaben für die Durchführungen von Prüfungen wurden näher geregelt.<sup>4</sup> Im Jahr 2017 wurde entschieden, die Haushalte der 15 MDKs zu überprüfen und eine Neuaufstellung nach erforderlichem Bedarf zu entwickeln. Dies schließt auch Vorgaben für den Personalbedarf des MDKs mit ein.<sup>5</sup>

Des Weiteren ist zu eruieren, ob der MDK eine größere Unabhängigkeit benötigt, um eine interessensgeleitete Rechnungsprüfung zu vermeiden. Sinnvoll wäre außerdem die Einführung eines Rotationsprinzips für die Prüfer des MDK. Um auf der lokalen Ebene dauerhafte Freund- und Feindschaften zwischen Prüfer und Geprüften zu vermeiden, sollten Prüfer in regelmäßigen Abständen die zu prüfenden Einrichtungen wechseln. Die Prüfungen des MDK sollten stärker pauschaliert erfolgen, indem nach statistischen Auffälligkeiten und Mustern mit Hilfe von Algorithmen gesucht wird statt zahllose Einzelfallbetrachtungen durchzuführen. Unter dem Kosten-Nutzen-Aspekt sind Einzelprüfungen zwar von hohem Nutzen für den Prüfer, denn er kann je Fall eine maximale Reduktion der in Rechnung gestellten Summe erzielen. Gleichzeitig produzieren sie aber einen hohen Aufwand beim Prüfer und beim Geprüften, der insgesamt höher als der erzielte Nutzen ausfallen kann. Eine statistische Prüfung der Abrechnungsdaten nach Auffälligkeiten und Einzelfallkontrolle bei nicht erklärbaren Auffälligkeiten scheint effizienter zu sein. Darüber hinaus könnten dadurch Prüfungen gebündelt und in Vor-Ort-Fallbesprechungen durchgeführt werden. Schließlich sollte auch der MDK auf digitale Kommunikationswege setzen, gerade bei Fallbesprechungen.

<sup>4</sup> Quelle: Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach §275 Absatz 1c SGB V (Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfvV) gemäß §17c Absatz 2 KHG.

<sup>5</sup> Quelle: BibliomedManger: Bundesregierung stellt Stärkung des MDK in Aussicht.

#### 4.2.4 Outcome- statt Input-Orientierung

Regulatorische Vorgaben in Bezug auf die strukturellen Anforderungen und die Prozesse der Leistungserbringung haben in den vergangenen Jahren zugenommen und mit ihnen der bürokratische Aufwand. Nicht notwendigerweise erhöhen sie aber auch den Patientennutzen. Zwar kann eine einzelne Vorgabe bei sonst gleichen Bedingungen den Patientennutzen erhöhen. In der Regel bleiben die Bedingungen jedoch nicht gleich, weil durch die Regulierung Ressourcen aus anderen Bereichen der Leistungserbringung abgezogen werden müssen, was den Patientennutzen wiederum reduzieren kann. In der Summe bleibt der Effekt auf den Patientennutzen unklar. Abbildung 6 verdeutlicht dies am Beispiel von möglichen Personalanhaltszahlen in der Pflege. Wenn aufgrund dessen die Zahl der Pflegekräfte im Krankenhaus erhöht wird, muss an anderer Stelle die Zahl der Stellen reduziert werden. Der Effekt auf die Versorgungsqualität (=Nutzen) bleibt unbestimmt. Er dürfte überdies von vielen einrichtungsspezifischen Besonderheiten abhängen. Aufgrund ihrer Detailkenntnisse über die eigenen Prozesse und Strukturen kann die Einrichtung selbst am besten beurteilen, wie Patientennutzen wirtschaftlich erbracht werden kann. Wichtig ist, dass es sowohl einen vom Markt her kommenden als auch einen regulatorischen Anreiz für die Einrichtung gibt, Patientennutzen aktiv anzustreben. Der Fokus von regulatorischen Vorgaben sollte daher grundsätzlich auf Outcomes der Leistungserbringung statt auf die Inputfaktoren liegen.

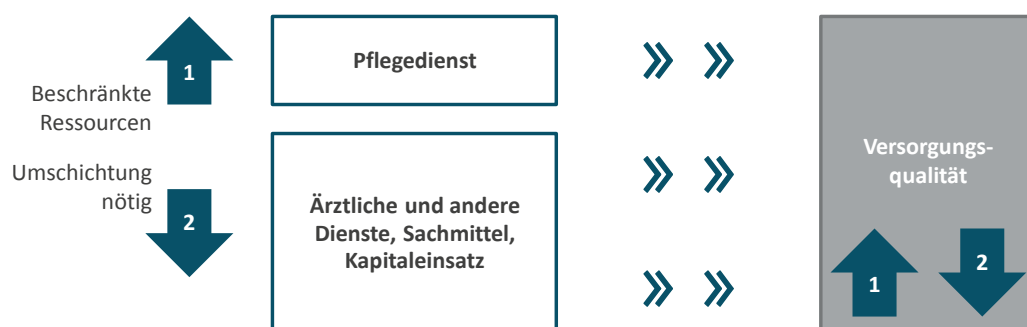


Abbildung 7: Umschichtung von Ressourcen bei Personalanhaltszahlen in der Pflege, schematische Darstellung

Quelle: Eigene Darstellung

Allerdings wählt die Politik oft einen anderen Weg. So ist zum Beispiel die Vorgabe von Personalanhaltszahlen in der Pflege im Krankenhaus ein erklärtes Ziel. Da jedes Krankenhaus individuell ist, führen pauschale Vorgaben naturgemäß zu Verwerfungen in der Leistungserbringung. Ressourcen müssten qua Gesetz innerbetrieblich umgeschichtet werden, ohne dass klar ist, ob diese Umschichtung für jede Einrichtung die Outcome-Qualität erhöhen würde. Darüber hinaus schafft der dafür zu leistende Nachweis Bürokratie. Erschwerend kommt hinzu, dass im Bereich der Krankenpflege inzwischen ein zunehmender Fachkräftemangel zu beobachten ist. Bereits heute können nicht alle Stellen in der Pflege besetzt werden. Perspektivisch wird sich diese Situation aufgrund der demografischen Entwicklung noch verstärken. Im Ergebnis kann es sein, dass zusätzliche Vorgaben an die Leistungserbringung, insbesondere Personalanhaltszahlen, zu einer Verschärfung des Fachkräftemangels führt.

Mit dem Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) wurden im Jahr 2017 Ansätze zur Reduktion der Bürokratie in der Pflege entwickelt. Darüber hinaus wurden in Pflegeeinrichtungen Personalschlüssel in der stationären Pflege sowie die Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens festgelegt. (BMG 2016) Mit dem Pflegeberufreformgesetz aus dem Jahr 2017 wurden außerdem Maßnahmen zur Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufs und die Einführung eines berufsqualifizierenden Pflegestudiums entwickelt. Diese gesetzlichen Maßnahmen sollen hier un bewertet bleiben. Im Sinne der hier angebrachten Überlegungen sind jedoch folgende Forderungen zu stellen:

Grundsätzlich sollten Qualitätsziele, die im Zusammenhang mit Patientennutzen stehen, statt dezidierte Personalvorgaben definiert werden. Die Qualitätsziele sollten überprüft und für die Öffentlichkeit transparent gemacht werden, sodass sich Patienten und die sie betreuenden Ärzte daran orientieren können. Dabei sollten neben rein medizinischen Zielen auch die Pflege am Bett als Ziel formuliert werden. Alternativ oder ergänzend denkbar wäre, die Zahl der eingesetzten Pflegekräfte einer Einrichtung für die Öffentlichkeit transparent darzustellen. Schließlich sollten beim Personaleinsatz durch die Schaffung von Voraussetzungen zu Substitutionsmöglichkeiten zwischen Dienstarten mehr Freiheiten ermöglicht werden. So könnten einige ärztliche Tätigkeiten auf andere Dienstarten übertragen werden. Im Ergebnis würde die unternehmerische Freiheit gestärkt und einige bürokratische Tätigkeiten zur Erstellung von Nachweisen an Externe könnten entfallen.

#### 4.2.5 Schaffung von Qualitätstransparenz – idealerweise mit bestehenden Daten oder auf Basis der ePA

Qualitätstransparenz ist also ein sehr wichtiges Ziel, gerade wenn unternehmerische Freiheit gestärkt und Bürokratie abgebaut werden soll. Über die Transparenz kann sich der Nachfrager nach Gesundheitsleistungen ein Bild über den Leistungserbringer verschaffen und in letzter Konsequenz schlechte Qualität meiden. Nichtsdestoweniger ist aber auch bei der Schaffung von Qualitätstransparenz das Kosten-Nutzen-Verhältnis zu berücksichtigen. So gibt es inzwischen zahlreiche Zertifizierungen für Leistungserbringer als Qualitätsnachweis, die umfangreiche Investitionen erfordern. Zum Teil sind langwierige und umfassende Zertifizierungsanträge und -verfahren nötig. Der Nutzen der Zertifizierungen ist jedoch nicht immer offenkundig. Auch nimmt der Bedarf an Daten zur Qualitätsmessung zum Beispiel durch das IQTiG weiter zu. Es sollte kritisch hinterfragt werden, welche Zertifizierungen und generell welche Qualitätsmaße tatsächlich erforderlich sind, um die Versorgungsqualität adäquat abbilden zu können. Außerdem sollten Qualitätsmaße vorzugsweise entweder auf Grundlage bereits vorhandener Daten, zum Beispiel standardmäßig erhobener Routinedaten, oder über Daten im Rahmen einer noch zu implementierenden elektronischen Patientenakte erarbeitet werden.

Dringend nötig: Effiziente Prüfverfahren und transparente Qualität



#### 4.2.6 Reduktion der regionalen Vielfalt in der Regulierung und mehr Beständigkeit von Vorgaben

Besonders bei Pflegeheimen, aber auch zwischen KVen, gibt es eine große regionale Vielfalt an Regulierungsvorschriften, die den Bürokratieaufwand erheblich erhöhen. So gibt es Gesetze auf Bundes- und auf Landesebene sowie verschiedene Aufsichtsbehörden, die zum Teil Doppelarbeit produzieren. Inzwischen haben auch die Kommunen Mitspracherechten erhalten. Zwar wurde im Jahr 2014 und 2015 die Zusammenarbeit von Bund und Ländern in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe gestärkt. Jedoch sind an dieser Stelle weitere Forderungen zu erheben. Erstens sollten die Gesetze und Vorgaben auf verschiedenen Ebenen und zwischen den Ländern harmonisiert werden. Zweitens sollte der Spielraum der Kommunen mit eigenen Vorgaben für Pflegeeinrichtungen begrenzt werden, zumal hier Interessenskonflikte zu beachten sind, wenn Kommunen nicht nur als Regulator auftreten, sondern auch als Betreiber von Einrichtungen sowie als Sozialhilfeträger fungieren. Drittens sollte eine größere Beständigkeit von Vorgaben über eine Legislaturperiode hinaus erreicht werden.

#### 4.2.7 Preise der stationären Pflege freigeben und auf Preiswettbewerb setzen

Die Preise der stationären Einrichtungen für Pflege, Unterkunft und Verpflegung sowie für die Miete unterliegen umfangreichen Regularien. Auf Basis dieser Regularien werden die Preisbestandteile mit den Kostenträgern für jede Einrichtung individuell verhandelt. Im Einzelnen besteht hierfür eine umfassende Nachweispflicht. Der bürokratische Aufwand ist hoch. Der Nutzen davon ist allerdings gering oder sogar negativ, weil zum Teil Fehlanreize gesetzt werden, zum Beispiel im Bereich der Investitionskostenkalkulation (Miete). Denn anders als im Krankenhausbereich tragen die Pflegeheimbewohner einen relevanten und vor allem preisabhängigen Eigenanteil an den Kosten im Pflegeheim.

Die Pflegeversicherung zahlt einen bundesweit einheitlichen Zuschuss unabhängig von den individuellen Preisen der Einrichtungen. Die Differenz zwischen dem Zuschuss und dem Preis der Einrichtung trägt der Bewohner, seine Angehörige oder die Sozialhilfe. Bei einem teuren Pflegeheim steigt also der Eigenanteil. Wenn er zu hoch ausfällt, können der Bewohner, seine Angehörige oder die Sozialhilfe ein preisgünstigeres Pflegeheim suchen. Voraussetzung dabei ist, dass freier Marktzugang besteht und ausreichend viele Anbieter in Konkurrenz zueinander stehen. Wartelisten, die die Preise nach oben treiben würden, müssen also vermieden werden. Ideal für den Bewohner ist daher ein Überangebot an Pflegeplätzen. Ferner muss gewährleistet sein, dass der Bewohner, wenn er sich einmal für ein Heim entschieden hat, keine Preiserhöhungen im Nachgang erfährt. Hier könnten ähnliche Regeln wie auf dem Wohnungsmietmarkt gelten. Im Ergebnis würde eine Menge bürokratischer Aufwand im Bereich der Pflegesatzverhandlungen entfallen können.

#### 4.2.8 Pauschalierte Investitionsfördermittel statt komplexe Förderanträge

Für die Beantragung von Fördermittel für größere Investitionsvorhaben müssen in vielen Ländern Krankenhäuser umfangreiche Unterlagen zusammenstellen und darüber hinaus einen langen Atem mitbringen. Oftmals vergehen Jahre von der Antragstellung bis zum ersten Spatenstich. Der bürokratische Aufwand hierfür ist sowohl für den Antragssteller als auch für die entsprechende Behörde enorm. Eine Umstellung auf eine leistungsorientierte Pauschalförderung wie zum Beispiel in Nordrhein-Westfalen und inzwischen auch in anderen Bundesländern würde zum Bürokratieabbau beitragen. Aufwändige Abstimmungs- und Prüfverfahren könnten somit entfallen. Gleichwohl ist anzumerken, dass eine politisch gewollte Strukturoptimierung damit nicht mehr möglich ist. Um diesen Zielkonflikt zu entschärfen, sollten nur für den Erhalt

der Unternehmenssubstanz pauschale Investitionsmittel bereitgestellt werden. Parallel sollten im Sinne des Strukturfonds des KHSG Mittel auf Antrag zur Optimierung der Krankenhausstruktur zur Verfügung gestellt werden.

#### 4.2.9 Schaffung von juristischer Sicherheit und Reduktion von Haftungsrisiken

Viel Dokumentation fällt an, um bei einem Rechtsstreit im Nachhinein nachweisen zu können, dass ein Arbeitsablauf richtig durchgeführt wurde und eigenes Verschulden ausgeschlossen werden kann. Zwar ist diese Art der Dokumentation also durchaus sinnvoll für den Leistungserbringer, führt jedoch auch zu großem Dokumentationsaufwand. Bei sehr hohen Haftungssummen im zweistelligen Millionenbereich wie zum Beispiel in der Geburtshilfe, die auch über eine Versicherung nicht mehr abgedeckt werden, kann im Schadensfall sogar die Existenz des Leistungserbringers gefährdet sein. Auch aus diesem Grund ist eine lückenlose Dokumentation jedes einzelnen Falls nötig, auch wenn das Schadensereignis nur sehr selten eintritt.

Bedenklich wird es allerdings, wenn aufgrund einer generell bestehenden hohen Rechtsunsicherheit heraus eine lückenlose Dokumentation sämtlicher Tätigkeiten am Patienten erstellt werden muss. Wir fordern daher einen Ausbau der juristischen Sicherheit bei Haftungsfällen. Ergänzend sind sektorenübergreifende Standards zur Dokumentation und Datennutzung notwendig, sodass ein branchenweit einheitliches Verständnis aufgebaut wird, welche Dokumente im Schadensfall üblicherweise zur Verfügung stehen sollen. In diesem Zusammenhang sind Dokumentationsverpflichtungen, beispielsweise Patientenaufklärung, Implantatpass und Entlassmanagement auf ein Minimum zu reduzieren. Schließlich muss das Thema der Nicht-Versicherbarkeit von Extremschadensfälle angegangen werden. Insbesondere sollten dafür notwendige Versicherungsprämien in die davon betroffenen DRGs, zum Beispiel im geburtshilflichen Bereich, eingepreist werden.

#### 4.2.10 Entbürokratisierung an der Schnittstelle ambulant-stationär

Die Sektorengrenze zwischen dem ambulanten und stationären Bereich der Akutversorgung erschwert durch die jeweils spezifischen Regulierungen den Datenaustausch und die Kommunikation zwischen den Sektoren. Dadurch ergeben sich hohe bürokratische Aufwände an den entsprechenden Schnittstellen. Kürzlich hat sich der Gesetzgeber dessen mit der Einführung des Innovationsfonds im Jahr 2016 im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes (VSG) angenommen (BMG 2017). Der Fonds soll neue sektorenübergreifende Versorgungsformen erproben. Dies allein wird jedoch nicht reichen, um Bürokratie mittelfristig nennenswert zu reduzieren. Zwingend nötig ist die Einführung einer sektorenübergreifenden ePA. Ferner ist ein einheitlicher Rahmen für ambulante Abrechnungen zu schaffen. Der „dritte Sektor“ (ambulante Spezialfachärztliche Versorgung, ASV) sollte diesbezüglich jedoch hinterfragt werden. Er hat bislang nicht die erhoffte sektorenübergreifende Verzahnung gebracht – auch wegen seiner hohen bürokratischen Hürden.

#### 4.2.11 Empfehlungen an Leistungserbringer

Die bisherigen Forderungen zielten weitgehend auf die Politik. Die Leistungserbringer können aber bürokratische Aufwände auch eigenständig reduzieren. Im Folgenden seien dazu fünf Forderungen genannt:

1. Konsequentes Durchforsten und Verschlanen der eigenen Prozesse als permanente Führungsaufgabe.

2. Investitionen in digitale Technologien, die dazu geeignet sind, bürokratische Tätigkeiten zu automatisieren oder Redundanzen zu vermeiden, z.B. voice-to-text, smarte Technologien, „Online-Check-In“ zur Vereinfachung der Patientenanmeldung.
3. Einsatz von Dokumentationsassistenten in der Pflege und im Ärztlichen Dienst.
4. Ausbau sektorenübergreifender Versorgungsangebote im Rahmen der derzeitigen gesetzlichen Möglichkeiten.
5. Harmonisierung sowohl der EDV-Systeme in Arztpraxen als auch der Krankenhausinformationssysteme, Zusammenarbeit mit den Herstellern suchen.



Großer Nachholbedarf bei der Entwicklung einer einheitlichen Telematik-Infrastruktur



## 4 Literaturverzeichnis

**Amelung, V., S. Bertram, D. Binder, D. P. Chase und D. Urbanski (2016)**, Die elektronische Patientenakte – Fundament einer effektiven und effizienten Gesundheitsversorgung. Heidelberg: Medhochzwei.

**AOK Bundesverband (Hrsg.) (2017)**, Reformdatenbank – die Suchmaschine zur Gesundheitspolitik, Stand: 20.11.2017. Internet: <http://aok-bv.de/hintergrund/reformdatenbank/>, abgerufen am 20.11.2017.

**Balling, S. (2017)**, Bürokratie ohne Folgen. f&w – führen und wirtschaften im Krankenhaus 34 (6): 539.

**Bibliomed Manger (Hrsg.) (2017)**, Bundesregierung stellt Stärkung des MDK in Aussicht, Stand 28.09.2017. Internet: <https://www.bibliomedmanager.de/news-des-tages/detailansicht/33385-bundesregierung-stellt-staerkung-des-mdk-in-aussicht/>, abgerufen am 29.10.2017.

**Blum, K., U. Müller (2003)**, Dokumentationsaufwand im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser. Das Krankenhaus (07/2013).

**Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2016)**, Die Pflegestärkungsgesetze - Hintergründe zu den Neuregelungen in der Pflege, Stand 31.08.2016. Internet: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/die-pflegestaerkungsgesetze.html>, abgerufen am 29.10.2017.

**Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2017)**, E-Health-Gesetz, Stand: 24.10.2017. Internet: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/e-health-gesetz.html>, abgerufen am 29.10.2017.

**Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2017)**, GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, Stand: 24.10.2017. Internet: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/g/gkv-versorgungsstaerkungsgesetz.html>, abgerufen am 29.10.2017.

**Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2017)**, Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses, Stand 19.10.2017. Internet: <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/>, abgerufen am 15.11.2017.

**Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2017)**, Zeitleiste – Für den Gemeinsamen Bundesausschuss prägende Gesetze, Stand 28.06.2017. Internet: [https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3398/2017-06-28\\_Zeitleiste.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3398/2017-06-28_Zeitleiste.pdf), abgerufen am 20.11.2017.

**GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2016)**, Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach §275 Absatz 1c SGB V (Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfV) gemäß §17c Absatz 2 KHG, Stand: 03.02.2016. Internet: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/abrechnung/abrechnungspruefung/KH\\_Pruefv\\_2016\\_02\\_03.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/abrechnung/abrechnungspruefung/KH_Pruefv_2016_02_03.pdf), abgerufen am 29.10.2017.

**Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (Hrsg.) (2017)**, Gesundheitsreformen sei 1976, Stand: 20.11.2017. Internet: <https://www.kvb.de/ueber-uns/gesundheitspolitik/gesundheitsreformen/>, abgerufen am 20.11.2017.

**Leber, W. (2008)**, elektiv wird selektiv. f&w – führen und wirtschaften im Krankenhaus 25 (3): 283.



**Leber, W. (2017)**, Vortrag bei den 22. Bad Orber Gesprächen „Krankenhauspolitik in der neuen Legislaturperiode – die Sicht des GKV-Spitzenverbandes“. Unveröffentlicht.

**MB-Monitor (Hrsg.) (2017)**, Zu wenig Zeit für Patienten, zu viel Arbeit mit Bürokratie, Stand: 06.07.2017. Internet: <https://www.marburger-bund.de/der-marburger-bund/projekte-und-kampagnen/mitgliederbefragung/2017>, abgerufen am 15.11.2017.

**Schreyögg, J., M. Bäuml, J. Krämer, T. Dette, R. Busse und A. Geissler (Hrsg.) (2014)**, Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG – Endbericht, Stand 01.07.2014. Internet: [http://www.dkgev.de/media/file/17192.2014-07-10\\_Anlage\\_Forschungsbericht-zur-Mengenentwicklung\\_FIN.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/17192.2014-07-10_Anlage_Forschungsbericht-zur-Mengenentwicklung_FIN.pdf), abgerufen am 21.11.2017.

**Stiftung Münch (Hrsg.) (2015)**, Repräsentative Bevölkerungsbefragung zu Datenschutzaspekten im Gesundheitssektor, Stand 01.09.2015. Internet: <http://www.stiftung-muench.org/wp-content/uploads/2016/06/DatenschutzWEB.pdf>, abgerufen am 21.11.2017.

**Walker, D. (Hrsg.) (2015)**, Lean Hospital – Das Krankenhaus der Zukunft. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

**ZEW (Hrsg.) (2017)**, Innovationsindikator 2017 – Deutschland rangiert weltweit an vierter Stelle bei Innovationen, Stand 24.07.2017. Internet: <http://www.zew.de/de/presse/pressearchiv/innovationsindikator-2017-deutschland-rangiert-weltweit-an-vierter-stelle-bei-innovationen/>, abgerufen am 20.11.2017.



## Die Autoren:

Prof. Dr. Boris Augurzky  
Christian Binder  
Christina Ruhrmann

## Institute for Health Care Business GmbH

Huyssenallee 78-80  
45128 Essen  
Telefon: 0201 2939-3000  
info@hcb-institute.de  
www.hcb-institute.de



## Die Auftraggeber:

### Initiative gesundheitswirtschaft rhein-main c/o FuP Marketing und Kommunikation

August-Schanz-Straße 80  
60433 Frankfurt am Main  
Telefon: 069 954316-0  
Telefax: 069 954316-25  
info@gesundheitswirtschaft-rhein-main.de  
www.gesundheitswirtschaft-rhein-main.de



gesundheitswirtschaft  
rhein-main e.v.

Qualität und Wachstum für die Region

### Bank für Sozialwirtschaft Aktiengesellschaft

Konrad-Adenauer-Ufer 85  
50668 Köln  
Telefon: 0221 97356-0  
Telefax: 0221 97356-219  
bfs@sozialbank.de  
www.sozialbank.de



Bank  
für Sozialwirtschaft

## Bildnachweis:

Titel, S. 27 – otnaydur / Shutterstock.com; S. 9, 15, 18, 21 – gwrm; S. 23 – Photographee.eu / Fotolia;  
S. 32 – iStockphoto.com / Catalin Rusnac; S. 35 – iStockphoto.com / uchar; S. 37 – David / Fotolia





**gesundheitswirtschaft  
rhein-main e.v.**

Qualität und Wachstum für die Region

**Bürokratie und Deregulierung  
im Gesundheitswesen**