

Essen, 15. Mai 2023

Pressekonferenz
zur
141. Hauptversammlung des Marburger Bundes

Gesprächsteilnehmer:

Dr. Susanne Johna

1. Vorsitzende des Marburger Bundes - Bundesverband

Dr. Andreas Botzlar

2. Vorsitzender des Marburger Bundes - Bundesverband

Armin Ehl

Hauptgeschäftsführer des Marburger Bundes – Bundesverband

Moderation

Hans-Jörg Freese

Leiter Verbandskommunikation / Pressesprecher

Unsere Pressemappe finden Sie in digitaler Form unter:

www.marburger-bund.de/pressemappe



MB-Pressestelle

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin

Tel.: 030 746846 40
Fax: 030 746846 45
presse@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Hans-Jörg Freese (Ltg.)
Tel.: 030 746846 41
freese@marburger-bund.de

Essen, 14. Mai 2023

Marburger Bund: Studiendaten müssen transparent sein

„Bei Verstößen dürfen auch finanzielle Sanktionen kein Tabu mehr sein“

Ergebnisse klinischer Studien müssen unabhängig vom Ergebnis komplett in akkreditierten Datenbanken auf europäischer und deutscher Ebene frei zugänglich sein und zeitgerecht veröffentlicht werden. Das hat heute die 141. Hauptversammlung des Marburger Bundes in Essen gefordert.

Auch wenn eine Studie abgebrochen wurde, müssten die Gründe dafür publiziert werden. Jede Erkenntnis aus klinischen Studien könne veränderte Behandlungskonzepte nach sich ziehen und bisherige Gewissheiten in Frage stellen.

„Wissenschaftliche Studien dienen dem Ziel, die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung zu verbessern. Da es sich meist um öffentlich geförderte Forschung handelt, sollten die zuständigen staatlichen Institutionen darauf bedacht sein, dass das Publikationsgebot auch tatsächlich eingehalten wird. Bei Verstößen dürfen auch finanzielle Sanktionen kein Tabu mehr sein“, heißt es im Beschluss des Verbandes der angestellten Ärztinnen und Ärzte.

MB-Pressestelle

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin

Tel.: 030 746846 40
Fax: 030 746846 45
presse@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Hans-Jörg Freese (Ltg.)
Tel.: 030 746846 41
freese@marburger-bund.de



Essen, 14. Mai 2023

Marburger Bund für rassismuskritische Lehre im Medizinstudium

Bewusste und unbewusste Vorurteile führen zu einer schlechteren Versorgung

Die 141. Hauptversammlung des Marburger Bundes fordert die Medizinischen Fakultäten auf, rassismuskritische Lehrinhalte in Form von Pflichtveranstaltungen ins Medizinstudium aufzunehmen. Medizinstudierenden sollten lernen, wie sie diskriminierungsfrei mit und über People of Colour (POC) und Menschen mit Migrationsgeschichte kommunizieren. Die spezifischen Aspekte der Gesundheitsversorgung von POC und Menschen mit Migrationsgeschichte müssten in Hinblick unter anderem auf die Symptompräsentation, Diagnostik und Therapie im Lehrplan abgebildet werden, heißt es im Beschluss der Delegierten.

„People of Colour (POC) und Menschen mit Migrationsgeschichte erleben im Gesundheitswesen regelmäßig Diskriminierung. Bewusste und unbewusste Vorurteile führen zu einer relevant schlechteren Versorgung. Teilweise werden die Symptome von POC und Menschen mit Migrationsgeschichte bagatellisiert und Besonderheiten in der medizinischen Versorgung sind häufig unbekannt. Gleichzeitig sind die Unterschiede bzgl. Symptompräsentation, Diagnostik und Therapie den Medizinstudierenden sowie Ärztinnen und Ärzten nicht in angemessenem Umfang bekannt. Dies führt zu einer Unter- und Fehlversorgung“, begründete der Marburger Bund seinen Vorstoß.

MB-Pressestelle

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin

Tel.: 030 746846 40
Fax: 030 746846 45
presse@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Hans-Jörg Freese (Ltg.)
Tel.: 030 746846 41
freese@marburger-bund.de



Essen, 14. Mai 2023

Marburger Bund für verpflichtende IT-Standards im Gesundheitswesen

„Alle Dokumentationen, die Standards nicht erfüllen, sind auszusetzen“

Der Marburger Bund fordert den Gesetzgeber auf, zur Dokumentation von administrativen und medizinischen Daten im Gesundheitswesen verbindliche Standards für IT-Hersteller vorzugeben. Jede Information, die nicht einem zeitlichen Wandel unterworfen sei, sollte während eines Behandlungsfalles nur einmal eingegeben werden müssen. Gesetzgeberische Vorgaben zur Qualitätssicherung dürften nur dann umgesetzt werden, wenn diese IT-Standards erfüllt seien. Alle Dokumentationen, die den Standards nicht entsprechen, seien auszusetzen, heißt es in einem Beschluss der 141. Hauptversammlung des Verbandes der angestellten Ärztinnen und Ärzte.

„Krankenhausinformations- (KIS) und Praxisverwaltungssysteme (PVS) müssen über geeignete, vom Hersteller zu erfüllende Maßnahmen, wie z.B. digitale Automatisierung von Abläufen, so gestaltet sein, dass innerhalb des Systems Daten ohne erneute Eingabe ausgetauscht werden können. Subsysteme müssen Informationen über Schnittstellen beziehen. Dafür ist es erforderlich, dass Informationen auf ‚Feldebene‘ komplett standardisiert sind. Ärztinnen und Ärzte sind sich bewusst, dass durch die Dokumentation von Daten eine wichtige Grundlage für Transparenz, Wissen und neue Erkenntnisse geschaffen wird. Wenn Dokumentation aber schlecht gemacht ist, wird sie zur Bürokratie“, kritisierten die Delegierten.

MB-Pressestelle

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin

Tel.: 030 746846 40
Fax: 030 746846 45
presse@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Hans-Jörg Freese (Ltg.)
Tel.: 030 746846 41
freese@marburger-bund.de



Essen, 13. Mai 2023

Marburger Bund: Budgetierung in der ambulanten Versorgung abschaffen

„Wer mehr Patienten mit medizinisch notwendigen Leistungen versorgt, darf nicht mit Einkommensnachteilen bestraft werden“

Der Marburger Bund fordert die Bundesregierung auf, die bestehende willkürliche Mittelbegrenzung im ambulanten Versorgungsbereich aufzuheben und eine bedarfsnotwendige Versorgung zu ermöglichen. „Die Budgetierung in der ambulanten Medizin ist ein Programm zur schleichenden Unterversorgung. Wer mehr Patientinnen und Patienten mit medizinisch notwendigen Leistungen versorgt, darf dafür nicht mit Einkommensnachteilen bestraft werden. Es ist höchste Zeit, dass die Politik der Budgetierung ein Ende setzt und Ärztinnen und Ärzten wieder die Chance gibt, jeden ihrer Patienten bedarfs- und zeitgerecht zu versorgen“, heißt es in einem Beschluss der 141. Hauptversammlung des größten deutschen Ärzteverbandes.

Die Budgetierung beschränke ärztliche Arbeit, wo sie jetzt und in Zukunft dringend gebraucht werde. „Ärztinnen und Ärzten sind allzu häufig die Hände gebunden, weil sich das verordnete Budget nicht nach dem tatsächlichen Bedarf richtet, sondern den Mustern einer überkommenen Kostendämpfungspolitik folgt. Das Scheitern dieser Politik ist überall im Gesundheitswesen zu sehen: in der ambulanten wie in der stationären Versorgung“, kritisierten die Delegierten.

Konsequent wäre es, der schon bestehenden und absehbaren Unterversorgung durch eine Vergütung der tatsächlich erbrachten bedarfsnotwendigen Leistungen zu begegnen. Mit ein paar kosmetischen Korrekturen in einigen Bereichen wie der Kinder- und Jugendmedizin oder Sicherstellungszuschlägen in unterversorgten Gebieten werde das Problem nicht zu lösen sein, dafür brauche es schon den Mut zur Rückbesinnung auf eine wertegeleitete Gesundheitspolitik, betonte die Hauptversammlung des Marburger Bundes.

MB-Pressestelle

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin

Tel.: 030 746846 40
Fax: 030 746846 45
presse@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Hans-Jörg Freese (Ltg.)
Tel.: 030 746846 41
freese@marburger-bund.de



Essen, 13. Mai 2023

Marburger Bund fordert vollständige Abkehr von Fallpauschalen-Finanzierung

141. Hauptversammlung: Vorhaltefinanzierung der Krankenhäuser als erlösunabhängige Vergütungskomponente ausgestalten

Der Marburger Bund fordert vom Bundesgesetzgeber eine vollständige Abkehr von der derzeitigen Krankenhausfinanzierung über diagnosebezogene Fallkostenpauschalen (DRG). Der größte deutsche Ärzteverband hält die von der Regierungskommission beim Bundesgesundheitsministerium vorgeschlagene „Weiterentwicklung“ des Fallpauschalensystems für ungeeignet, um die damit verbundenen erheblichen Fehlanreize zu beseitigen, auch wenn Schritte für eine Vorhaltefinanzierung unternommen werden. Jede Krankenhausfinanzierung auf der Basis von DRGs setze Fehlanreize zu Unter-, Über- und Fehlversorgung und schaffe Interessenkonflikte, die das individuelle Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient gefährdeten. „Vertrauen braucht Zeit und kann nicht mit einer DRG erfasst werden. Vertrauen ist nicht zählbar“, heißt es in einem Beschluss der 141. Hauptversammlung des Marburger Bundes in Essen.

Der Marburger Bund spricht sich für ein zukunftsfestes Abrechnungssystem für Krankenhausleistungen aus, um eine bedarfsdeckende Versorgung zu humanen Bedingungen zu ermöglichen: „Konservativ-begleitende Behandlungen und die menschlich-soziale Interaktion dürfen gegenüber technischen ‚Leistungen‘ nicht weiter benachteiligt werden. Sie sind personalbindend und aufwändig, aber essenziell für den Behandlungserfolg und müssen wieder Wertschätzung erfahren.“ Die Delegierten forderten den Gesetzgeber auf, die Vorhaltefinanzierung der Krankenhäuser als erlösunabhängige Vergütungskomponente auszugestalten. Die Vorhaltefinanzierung müsse einen Bezug zu den Kosten der notwendigen Infrastruktur eines Krankenhauses (Personal- und Sachkosten) unter Berücksichtigung der Erfüllung des jeweiligen Versorgungsauftrages haben.

Die von der Regierungskommission vorgeschlagenen „Vorhaltevergütungen“ würden dagegen auch in Abhängigkeit der Anzahl der Behandlungsfälle gezahlt werden. Mit einer solchen Ausgestaltung würde de facto ein weiteres kompliziertes Vergütungssystem neben den in reduzierter Form weiter bestehenden DRG-Fallpauschalen etabliert werden, kritisierte die Hauptversammlung des Marburger Bundes.

MB-Pressestelle

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin

Tel.: 030 746846 40
Fax: 030 746846 45
presse@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Hans-Jörg Freese (Ltg.)
Tel.: 030 746846 41
freese@marburger-bund.de



Essen, 13. Mai 2023

Fachkräftemangel im Gesundheitswesen wirksam begegnen

141. Hauptversammlung des Marburger Bundes fordert Erhöhung der Studien- und Ausbildungskapazitäten

Der Marburger Bund fordert den Bundesgesetzgeber auf, dem Fachkräftemangel im Gesundheitssystem mit adäquaten Maßnahmen zu begegnen. Angesichts des Fachkräftemangels werde es zunehmend schwieriger werden, die Versorgung der Bevölkerung in einer Gesellschaft des langen Lebens in den nächsten Jahren sicherzustellen, mahnten die rund 200 Delegierten auf der 141. Hauptversammlung des größten deutschen Ärzteverbandes in Essen.

Schon heute fehlten in vielen Regionen und Versorgungsbereichen die notwendigen Fachkräfte. Darüber hinaus treibe die hohe Arbeitsintensität bei niedrigem Personalstand, verbunden mit der unzureichenden Vereinbarkeit von Familie und Beruf, gerade junge Ärztinnen und Ärzte sowohl im ambulanten als auch stationären Versorgungsbereich immer stärker in die Teilzeittätigkeit. Der Anteil betrage mittlerweile rund 30 Prozent.

„Erforderlich ist eine umfassende Fachkräftestrategie im Gesundheitswesen mit einer Erhöhung der Studien- und Ausbildungskapazitäten. Die von der Bundesregierung im Koalitionsvertrag versprochene Erhöhung der Medizinstudienplätze an staatlichen medizinischen Fakultäten ist dringend umzusetzen“, forderte die Hauptversammlung des Marburger Bundes.

MB-Pressestelle

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin

Tel.: 030 746846 40
Fax: 030 746846 45
presse@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Hans-Jörg Freese (Ltg.)
Tel.: 030 746846 41
freese@marburger-bund.de



Essen, 15. Mai 2023

Bürokratie abbauen, Ärztinnen und Ärzte entlasten

Erste Ergebnisse der Task Force Entbürokratisierung des Marburger Bundes

Das Gesundheitswesen verzeichnet einen stetigen Zuwachs an Regulierungsvorschriften, in der ambulanten wie stationären Versorgung. Die Anzahl der Gesetze und Gesetzesänderungen, Richtlinien, Verordnungen und Ausführungsbestimmungen, die direkt und indirekt auf die ärztliche Tätigkeit Einfluss haben, hat jedes vernünftige Maß überschritten. Immer neue Detailregelungen, Abrechnungs-, Dokumentations- und Nachweispflichten belasten nicht nur die Verwaltungen in den Gesundheitseinrichtungen, sondern vor allem auch Beschäftigte in der Patientenversorgung. Mit jeder neuen Vorschrift kommen neue Aufgaben hinzu, ohne dass zuvor evaluiert wurde, bei welchen schon bestehenden administrativen Vorgaben Reduktionen vorgenommen und Doppelerhebungen vermieden werden können.

Wie groß die Belastung durch bürokratische Vorgaben inzwischen ist, hat zuletzt die Mitgliederbefragung MB-Monitor 2022 des Marburger Bundes gezeigt. An der Umfrage nahmen im Mai/Juni 2022 bundesweit rund 8.500 angestellte Ärztinnen und Ärzte aus allen Bereichen des Gesundheitswesens teil. Nach der Umfrage beträgt der Zeitaufwand für Verwaltungstätigkeiten (z.B. Datenerfassung und Dokumentation aus leistungsrechtlichen oder haftungsrechtlichen Gründen) im Mittel drei Stunden pro Tag.

Anstatt die Ärztinnen und Ärzte zu entlasten, sind durch Vorgaben zur Abrechnung von Leistungen und zur externen Qualitätssicherung immer neue Dokumentationsanforderungen zu erfüllen. Das belegen Vergleiche zu früheren Befragungen des Marburger Bundes: Lag der Anteil derer, die täglich mehr als drei Stunden mit Verwaltung und Dokumentation befasst sind, im Jahr 2013 noch bei 8 Prozent, so sind es aktuell 32 Prozent.

Allein die Halbierung des durchschnittlichen Zeitaufwandes von drei Stunden pro Tag würde dazu führen, dass die Arbeitskraft von rund 32.000 vollzeitbeschäftigten Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus mehr zur Verfügung stünde. Auch im ambulanten Bereich und in der Pflege ließen sich durch Abbau von administrativen Tätigkeiten und Dokumentation große Zeitkontingente für die Versorgung generieren.

Ärztinnen und Ärzte erwarten deshalb von der Politik eine schnelle und pragmatische Entlastung von Bürokratie in ihrem beruflichen Alltag, damit sie ihrer eigentlichen Arbeit in der Behandlung von Patientinnen und Patienten nachgehen können. Gerade in Zeiten des Fachkräftemangels ist jeder Abbau von bürokratischen Lasten gleichbedeutend mit zusätzlichen personellen Kapazitäten für die Patientenversorgung.

MB-Pressestelle

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin

Tel.: 030 746846 40
Fax: 030 746846 45
presse@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Dringend erforderlich sind daher die von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP in ihrem Koalitionsvertrag angekündigten weiteren Maßnahmen zum Bürokratieabbau in der Patientenversorgung:

„Wir überprüfen das SGB V und weitere Normen hinsichtlich durch technischen Fortschritt überholter Dokumentationspflichten. Durch ein Bürokratieabbaupaket bauen wir Hürden für eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten ab. Die Belastungen durch Bürokratie und Berichtspflichten jenseits gesetzlicher Regelungen werden kenntlich gemacht.“ (Koalitionsvertrag 2021-2025, S. 65)

Hieraus begründete sich der gesetzliche Auftrag an das Bundesministerium für Gesundheit, Empfehlungen zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen bis zum 30. September 2023 vorzulegen (§ 220 Abs. 4 SGB V).

Vor diesem Hintergrund hat der Marburger Bund zu Beginn des Jahres 2023 eine Task Force Entbürokratisierung eingerichtet, deren erste Ergebnisse und Vorschläge in diesem Papier vorgestellt werden. Im vorliegenden Zwischenbericht werden zunächst Maßnahmen zum Bürokratieabbau im stationären Bereich beschrieben, den ambulanten ärztlichen Bereich wird der Marburger Bund bei seinen weiteren Beratungen gesondert in den Blick nehmen.

Maßnahmen zum Bürokratieabbau

Die Belastung durch Bürokratie lässt sich nicht auf einige wenige Elemente zurückführen, die zu beseitigen wären. Vielmehr handelt es sich um zahlreiche Regelungen an verschiedenen Stellen, die in der Summe zur Überreglementierung und ihren negativen Folgen für die Versorgung beitragen.

Bevor der Gesetz- und Verordnungsgeber neue bürokratische Vorgaben erlässt, müssen deshalb bestehende Vorgaben auf ihre Notwendigkeit hin überprüft werden. Das geschieht am besten durch eine regelhafte Anhörung der Berufsangehörigen, die in ihrer täglichen Arbeit mit den entsprechenden Vorgaben konfrontiert sind.

Grundsätzlich sollte jede neue Regelung, die Auswirkungen auf die Patientenversorgung hat, auf ihre Bürokratielast geprüft und die damit verbundene Zeitbelastung ermittelt werden. Aufwand und Nutzen bürokratischer Vorgaben müssen verhältnismäßig sein, Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen müssen auf das notwendige Mindestmaß reduziert werden. Soweit möglich sollte auf Routine- und Sozialdaten zurückgegriffen werden, um zusätzlichen Aufwand zu vermeiden. Die Digitalisierung im Gesundheitswesen kann bei der für die Patientenbehandlung notwendigen Dokumentation unterstützen; sie muss aber die Sicht der Nutzerinnen und Nutzer berücksichtigen und sie einbeziehen.

System der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG)

Das stationäre Vergütungssystem an sich bindet Personal in großem Maße (Kodierung, Medizincontrolling, Abrechnungsstreitigkeiten etc.). Die gravierenden Fehlanreize des Systems sind weithin bekannt, die negativen Folgen für die Versorgung evident. Die derzeit diskutierten Reformvorschläge (2-Säulen-Modell der Regierungskommission) sehen keine vollständige Abschaffung der DRGs vor, sondern lediglich eine Ergänzung durch Vorhaltebudgets. Die vorgeschlagenen „Vorhaltevergütungen“ sollen allerdings „pro Fall“ gezahlt werden, de facto sind sie eine weitere Form der aufwand- und mengenbezogenen Kalkulation. Dadurch würde das ohnehin schon überkomplexe Abrechnungssystem zusätzlich verkompliziert und der Aufwand für die Beschäftigten weiter steigen.

Maßnahmen zum Bürokratieabbau

Die DRGs haben ausgedient, eine Abschaffung des bestehenden Systems ist versorgungspolitisch geboten und würde schlagartig zu einer Entbürokratisierung in den Krankenhäusern führen. Die als bedarfsgerecht in die Krankenhausplanung aufgenommenen Kliniken müssen ausreichend wirtschaftlich gesichert werden. Nur dann können die Länder ihren Sicherstellungsauftrag erfüllen.

Die in den vergangenen Jahren vorgenommenen Modifikationen (Sicherstellungszuschläge, Pflegepersonalkostenbudget, bessere Finanzierung von Geburts- und Kinderkliniken) zeigen die Unwuchten des Fallpauschalensystems, die letztlich alle Krankenhäuser betreffen. Jede Ausnahme schafft neue administrative Tatbestände und führt unweigerlich zu einem weiteren bürokratischen Aufwand. Auch deshalb plädieren wir für eine Abschaffung des Systems in seiner bisherigen Form. Sollte es zu keiner Abkehr von den DRGs kommen, muss der bisherige Umfang an Fallpauschalen zumindest drastisch verringert werden: Im Jahr 2003 startete der Fallpauschalen-Katalog mit 664 DRGs, heute sind es rund 1.300.

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten des Krankenhauses

Die Krankenhäuser sind im Rahmen des SGB V sukzessiv für ambulante Behandlungen geöffnet worden. Inzwischen umfasst die ambulante Behandlung durch Krankenhäuser eine Vielfalt unterschiedlicher Rechtsformen mit unterschiedlichen Aufgabenstellungen und Vergütungsformen, die nur im historischen Kontext zu verstehen ist. Das Spektrum reicht von der Hochschulambulanz über die Ermächtigung, psychiatrische Institutsambulanzen, Disease-Management-Programme bis zu ambulanten Operationen. Insgesamt nennt das Sozialgesetzbuch (SGB V) mehr als ein Dutzend verschiedene Rechtsformen. Die Einführung von Hybrid-DRG wäre dann ein weiteres Element, das nach eigenen Regeln funktioniert.

Die Abrechnung ist oft komplexer als das medizinische Problem. So wird am Beispiel der Behandlung von ambulanten Schlaflaborpatienten aus der Praxis berichtet, dass Krankenhausärztinnen und -ärzte etwa zwei Stunden Arbeitszeit benötigen, um die richtige Kostenträgerart zu ermitteln.

Maßnahmen zum Bürokratieabbau

Der Abrechnungsaufwand muss deutlich reduziert werden, Abrechnungsarten sind zu vereinheitlichen bzw. zu synchronisieren. Durch einheitliche Softwarelösungen und weniger Schnittstellenprobleme würde der Zeitaufwand zusätzlich stark reduziert.

Strukturprüfungen im Rahmen des SGB V

Bei der für die Berechnungsmöglichkeit von Komplexpauschalen vorgeschriebenen Überprüfung des Medizinischen Dienstes (MD), bei der Einstufung der Notaufnahmen nach den Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) oder der Zulassung als Zentrum müssen in verschiedenen Systemen oft identische Angaben gemacht werden.

Das Nebeneinander von Strukturprüfung (§ 275d SGB V) und MD-Qualitätskontrolle (§ 275a SGB V) ist unsystematisch und führt zu bürokratischem Mehraufwand. Bei beiden Prüfungen/Kontrollen geht es um die Einhaltung von Mindestmerkmalen, getrennt in Strukturmerkmale aufgrund von OPS-Kodes einerseits und von G-BA-Richtlinien andererseits. Dafür bedarf es nicht zwei völlig unterschiedlicher Prüferegime.

Die Absicht des Gesetzgebers, mit der Einführung von Strukturprüfungen nach § 275d SGB V die Vielzahl von Einzelprüfungen der technischen und personellen Voraussetzungen für bestimmte Krankenhausleistungen zu minimieren, verpufft zusehends. Zwar finden nunmehr Begutachtungen des jeweils abrechnungsrelevanten Operationen- und Prozedurenschlüssels gebündelt statt, doch ist der bürokratische Aufwand nicht geringer geworden. Denn auf solche wiederholten Strukturprüfungen des Medizinischen Dienstes müssen sich die Krankenhäuser intensiv vorbereiten und umfangreiche Belege und Nachweise zusammenstellen, entsprechend groß ist die Belastung der beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Ein aktuelles Beispiel ist die mit Wirkung zum 16. Februar 2023 veröffentlichte Umsetzung der Prüfung von über 100 Kontextfaktoren bei ambulant erbringbaren Leistungen, die bei etwa einem Drittel der Klinikfälle zu weiteren Prüf- und Dokumentationsanforderungen im Aufnahme- und Abrechnungsprozess führen wird.

Maßnahmen zum Bürokratieabbau

Grundsätzlich sollte im Sinne eines konsequenten Bürokratieabbaus der Umfang von Strukturprüfungen begrenzt werden. Wir schlagen die Erstellung eines Krankenhausregisters pro Bundesland vor, in dem jeweils die einmal überprüften Kriterien verzeichnet sind. Dies müsste mit der Verpflichtung der Krankenhausleitungen einhergehen, Änderungen dem Medizinischen Dienst zu melden.

Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung

Die gesetzliche datengestützte (auch externe, einrichtungsübergreifende) Qualitätssicherung (eQS) wird nach § 91 SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) über die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) geregelt und ausgestaltet. In quantitativer Hinsicht ist das deutsche eQS-Programm das umfangreichste in ganz Europa. Der damit verbundene bürokratische Aufwand steht in keinem vernünftigen Verhältnis mehr zum potenziellen Nutzen für die Patientenversorgung. Vielmehr haben sich die immensen (Dokumentations-)Anforderungen zunehmend zu einem Selbstzweck entwickelt, bei dem der Fokus nicht auf dem eigentlichen Ziel der Qualitätsverbesserung liegt, sondern zunehmend auf Kontrolle und Sanktionierung von Gesundheitseinrichtungen. Dies betrifft zum Beispiel die aus der sogenannten „Qualitätsoffensive“ im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) hervorgegangenen Qualitätssicherungsmaßnahmen des G-BA.

Qualitätsindikatoren können zweifellos wichtige Hinweise auf mögliche Qualitätsprobleme liefern. Entscheidend ist aber, den Gesamtkontext zu beleuchten, um Ursachen und Lösungsmöglichkeiten aufzudecken. Das interne Qualitätsmanagement wird leider in vielen Krankenhäusern aufgrund der notwendigen zeitlichen Ressourcen vernachlässigt. Dabei ist der Lerneffekt und die kontinuierliche Verbesserung der Strukturen und Prozesse durch Instrumente wie z. B. Peer Reviews und Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen weitaus größer als die Erfassung von mehr als 2,4 Millionen Datensätzen zur externen Qualitätssicherung.

Notwendig ist daher eine deutliche Reduzierung der gesetzlichen Vorgaben. Diese müssen sich im Rahmen einer evidenzbasierten Medizin daran messen lassen, inwiefern einerseits ein tatsächlicher Mehrwert für die Qualität der Versorgung geschaffen wird und ob sie andererseits praxistauglich umsetzbar sind.

Ein prägnantes Beispiel ist die Begutachtung von OPS-Strukturmerkmalen (StrOPS) zur personellen Besetzung von Intensivstation in der Nacht. Die geforderte fachärztliche Doppelbesetzung ist praxisfremd und angesichts des bestehenden Fachkräftemangel auch nicht realisierbar.

Ein anderes Beispiel sind die Vorgaben in der G-BA Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur. Krankenhäuser müssen unverzüglich melden, wenn die vorgeschriebenen Mindestanforderungen länger als 48 Stunden nicht erfüllt worden sind. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass die Vorgaben alle 48 Stunden krankenhausintern überprüft und dokumentiert werden müssen, um gegebenenfalls die Einhaltung der Richtlinie nachweisen zu können.

Maßnahmen zum Bürokratieabbau

Für jede neue Anforderung muss ein bestehendes Modul der eQS gestrichen werden. Grundsätzlich sollte jedes Modul nach vier Jahren auslaufen, weil es erfahrungsgemäß danach keine messbaren Veränderungen/neuen Erkenntnisse mehr bewirken kann. Die Sammlung von nutzlosen Datenfriedhöfen ist keine Qualitätssicherung, sondern qualitätsmindernd, weil es Ärztinnen und Ärzte Zeit raubt, die sie für die Behandlung ihrer Patienten benötigen. Allein mit Messungen und Datenauswertungen kann die Qualität des komplexen Systems der Gesundheitsversorgung nicht abschließend beurteilt werden, es bedarf zusätzlich qualitativer Verfahren zur Qualitätsbeurteilung und -verbesserung durch fachliche Expertise.

Der wichtigen Aufgabe einer kontinuierlichen Qualitätsüberprüfung und -verbesserung kann durch weniger aufwändige Verfahren mindestens genauso gut erreicht werden, beispielsweise durch die Verwendung von Stichproben statt Vollerhebungen und den Einsatz von Sekundärdaten (Sozialdaten, Abrechnungsdaten und anderen nicht primär zum Zwecke der Qualitätssicherung erhobenen Daten). Auch sollten Qualitätsindikatoren oder -verfahren ausgesetzt werden, wenn keine wesentlichen Qualitätsdefizite mehr identifiziert werden. In dieser Frage gibt es bereits einen Vorstoß, den wir ausdrücklich begrüßt haben: Am 15. Juli 2021 hat der G-BA das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt, „Kriterien zur Aussetzung und/oder Aufhebung von Qualitätsindikatoren und/oder von Qualitätssicherungsverfahren der datengestützten Qualitätssicherung zu entwickeln“. Ergebnisse sollen Mitte dieses Jahres vorliegen.

Doppelerfassung / Mehrfacheingaben aufgrund mangelnder Interoperabilität

In den Krankenhäusern, im kleineren Maßstab auch in den Praxen, existieren verschiedenste IT-Systeme als Insellösung ohne ausreichende Interoperabilität und ohne definierte offene Schnittstellen. Dies führt zu Verschwendung von Zeit durch Mehrfacheingaben der gleichen Daten in verschiedene Systeme. Krankenhäuser müssen Daten verlässlich austauschen – intern, zwischen verschiedenen Standorten und gleichzeitig mit Akteuren wie dem Medizinischen Dienst oder den Gesundheitsämtern. Auch hier sind zum reibungslosen Datenaustausch sowie zur Reduzierung des administrativen Aufwands einheitliche Standards und Interoperabilität entscheidend.

Die hybride Welt zwischen analoger und digitaler Kommunikation, Datenerfassung und -übermittlung hemmt die Effizienz und frustriert die Anwenderinnen und Anwender. Ein aktuelles Beispiel sind die DEMIS-Meldepflichten (Bettenbelegung). Es bestehen große Zweifel, dass die zu meldenden Daten einem Zweck zugeführt werden.

Der Prozessalltag in deutschen Krankenhäusern zeigt, dass Daten vielfach analog und nicht digital ausgetauscht werden. Hier fehlt es an den erforderlichen Schnittstellen einerseits, aber auch an den datenschutzrechtlichen Voraussetzungen andererseits. Der daraus entstehende Mehraufwand geht zu Lasten der Patientenversorgung.

Maßnahmen zum Bürokratieabbau

Ein reibungsloser Datenaustausch sowie die Reduzierung des administrativen Aufwands erfordern einheitliche offene Schnittstellen. Daten müssen intelligent und mit minimalem Aufwand erhoben werden. Es darf keine Mehrfacherhebung geben. Im Zuge der Digitalisierung im Gesundheitswesen und der damit verbundenen elektronischen Datenübermittlung ist es deshalb dringend erforderlich, die Softwareanbieter gesetzlich auf eine Datenarchitektur mit standardisierten Schnittstellen zu verpflichten. Eine Befüllung der elektronischen Patientenakte muss aus dem Primärsystem intuitiv und aufwandsarm erfolgen.

Übermaß an Patienteneinwilligungen und Einverständniserklärungen

Bei der Aufnahme, Aufklärung und Entlassung von Patienten im Krankenhaus muss aufgrund gesetzlicher Vorschriften eine Vielzahl von Daten erhoben werden, teilweise handelt es sich um mehrere Seiten für jeden Vorgang, die ausgedruckt, erklärt, unterschrieben und dann wieder eingescannt werden müssen.

Beispiel: Einverständnisabfrage beim Entlassmanagement

Beispiel: Einverständnisabfrage Neugeborenen-Hörscreening

Maßnahmen zum Bürokratieabbau

Wir fordern mehr Opt-out statt ausdrücklicher Einwilligungsbestätigung des Patienten für alle Formulare, bei denen man davon ausgehen kann, dass Einwilligungen ohnehin von fast allen Patienten erteilt werden. Dies bezieht sich natürlich nicht auf elementare medizinische Fragen (Aufklärungen für Eingriffe etc.). Ein solches Vorgehen würde in Summe betrachtet enorm viel Zeit sparen und auch den Papierverbrauch in den Kliniken drastisch reduzieren, der sich – allein bei Betrachtung der Patientenformulare – auf etwa 1.300 Tonnen pro Jahr beläuft.