

Bürokratie abbauen, Ärztinnen und Ärzte entlasten

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.

Im Krankenhausbereich ist der Zeitaufwand für Verwaltungstätigkeiten immens (z.B. Datenerfassung und Dokumentation aus leistungsrechtlichen oder haftungsrechtlichen Gründen). Das betrifft nicht nur die Krankenhausverwaltung, sondern insbesondere auch Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und andere am Patienten tätige Beschäftigte.

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.

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 Ergebnisse und Vorschläge in diesem Papier vorgestellt werden. Ausgangspunkt für die Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzial war die Prüfung der Zielsetzung von Datenerhebung/Dokumentation und anschließende Bewertung in den Kategorien

- Was ist notwendig?
- Was ist notwendig, aber zu aufwändig und zu kompliziert?
- Was ist doppelt oder überflüssig?

Die Ergebnisse der Task-Force zeigen, dass sich die Belastung durch Bürokratie nicht auf einige wenige Elemente zurückführen lässt, 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.

Gesetz- und Verordnungsgeber zum Bürokratiecheck verpflichtet

Bevor der Gesetz- und Verordnungsgeber neue bürokratische Vorgaben erlässt, müssen 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 realistisch 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 Einführung neuer Übermittlungspflichten ohne die Streichung alter erzeugt zusätzliche Bürokratie. Für ein mittelgroßes Krankenhaus kommen heute bereits an die 150 Meldepflichten im Jahr an unterschiedlichen Stellen zusammen.

Die Verpflichtung zur Übermittlung von gleichen Datensätzen an unterschiedliche Stellen verursacht Mehrkosten und zusätzliche Belastungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern. Das gleiche gilt für die Neuerhebung von Daten, wenn diese bereits an anderer Stelle zur Verfügung stehen.

Das aktuell geplante Krankenhaustransparenzverzeichnis ist ein Paradebeispiel dafür. Krankenhäuser sollen an das InEK in einem Datensatz die Anzahl des insgesamt beschäftigten ärztlichen Personals inklusive Facharztbezeichnung, bei Ärzten in Weiterbildung unter Angabe des Weiterbildungsgebietes, gegliedert nach Standort, Fachabteilung und nach den Leistungsgruppen übermitteln. Erforderliche Zahlen sind im bestehenden Krankenhausarztverzeichnis weitgehend vorhanden und könnten genutzt werden.

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.

Vorschläge zum Bürokratieabbau im stationären Bereich

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. Eine Vorhaltevergütung ist grundsätzlich zu begrüßen. Ihr Leistungsbezug und entsprechende Nachweispflichten bedeuten aber einen zusätzlichen bürokratischen Aufwand für die Beschäftigten.

⇒ **Vorschlag 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.

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, schlägt sich nicht in der Realität nieder. Es werden weiterhin sowohl allgemeine Überprüfungen als auch einzelne Fallanalysen benötigt, zusätzlich zu den Strukturvorgaben der Einstufungen sowie Qualitäts- und MD-Prüfungen, basierend auf der Fallzahl. Dies führt zu einem zunehmenden Dokumentationsaufwand, in den auch Ärztinnen und Ärzte einbezogen sind.

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.

Hinzu kommt, dass Krankenhäuser den Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst mitteilen müssen, wenn sie ein oder mehrere Strukturmerkmale vorübergehend zumindest über einen Monat nicht mehr einhalten.

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.

Ein weiteres Beispiel: Die Dokumentation zur Abrechnung von Komplexbehandlungen

Notwendige Voraussetzung für die Abrechnung z.B. der **OPS 8-987.11 (Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern - MRE)** ist neben weiteren Mindestmerkmalen der Nachweis eines durchschnittlichen Mehraufwandes von mindestens zwei Stunden täglich während der Behandlungstage mit strikter Isolierung. Folglich muss jede standardisierte pflegerische und ärztliche Einzelmaßnahme von diesen minutiös dokumentiert werden.

Ebenso die Dokumentation der OPS 8-981 (Schlaganfall-Komplexbehandlung)

Insgesamt 109 „Datenpunkte“/Tag. Der Punkt „neurologischer Befund“ wird dabei regelhaft sehr kritisch bewertet und es wird die Dokumentation eines kompletten neurologischen Befundes gefordert, der streng genommen aus mindestens 10 Einzelpunkten bestehen sollte.

Hinzu kommen apparative Zusatzuntersuchungen wie Dopplersonographie der hirnversorgenden Gefäße, Echokardiographie, zunehmend auch transösophageal, mindestens eine Computertomographie des Kopfes (faktisch mindestens 2 oder zusätzlich ein cMRT) Fehlt nur ein Punkt, so wird regelhaft die OPS in Frage gestellt, was auch bei einer abschließend positiven Bewertung zu einem erheblichen administrativen Aufwand führt.

⇒ Vorschlag zum Bürokratieabbau

Um die Belastungen zu verringern, wäre es sinnvoll, Überschneidungen in den MD-Prüfungen zu identifizieren und zusammenzufassen.

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.

⇒ **Vorschlag 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 sollten Mitte dieses Jahres vorliegen, sind aber noch nicht veröffentlicht.

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.

⇒ Vorschlag 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. Beispiele: Einverständnisabfrage beim Entlassmanagement oder Einverständnisabfrage Neugeborenen-Hörscreening.

⇒ **Vorschlag 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.

Befüllung ePA und elektronisches Rezept

Mit dem Digitalisierungsgesetz soll die elektronische Patientenakte (ePA) im Jahr 2025 umgesetzt werden. Wir befürchten, dass gerade in den Krankenhäusern kein zusätzliches Personal für den mit der Befüllung einhergehenden bürokratischen Aufwand eingestellt werden wird und die vorhandenen ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die bereits mit einer erheblichen Überbürokratie belastet sind, diese Aufgabe zusätzlich übernehmen müssen.

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.

⇒ **Vorschlag 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.

Vorschläge zum Bürokratieabbau im ambulanten Bereich

Verbesserungen an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Bereich

Beispiel Entlassmanagement: Viele Patienten benötigen im Anschluss an ihren Krankenhausaufenthalt noch weitere medizinische Unterstützung. Dies kann beispielsweise die pflegerische, häusliche Krankenversorgung, der Übergang in eine Rehabilitationseinrichtung oder auch nur die Verschreibung von rezeptpflichtigen Medikamenten und die Bescheinigung einer anschließenden Arbeitsunfähigkeit sein.

Um das Entlassmanagement so zu gestalten, dass der Übergang für Patienten und die Leistungserbringer so nahtlos und unbürokratisch wie möglich ist, sind folgende Verbesserungen erforderlich:

- ⇒ Schnelle und einfache Informationsweitergabe zwischen den Sektoren. Der elektronische Arztbrief in Kombination mit einer elektronischen Patientenakte kann angesichts der Umsetzungsprobleme nur eine zukünftige Lösung sein.
- ⇒ Krankenhäuser dürfen derzeit im Rahmen des Entlassmanagements Arzneimittel nur mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen verordnen. Entlastend für Ärztinnen und Ärzte sowie für die Patientinnen und Patienten wäre die Möglichkeit zur Verordnung größerer Verpackungseinheiten. Damit könnte insbesondere bei chronischen Erkrankungen ein längerer Zeitraum überbrückt werden. Dies würde weitere Arztgänge, Sprechstundenzeiten und erneute Rezeptgebühren sparen.

Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU-Bescheinigungen)

Der zeitliche Aufwand für die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in Praxen durch die Einführung der eAU ist gestiegen, da häufig für Arbeitgeber noch ein Ausdruck erstellt werden muss.

- ⇒ Grundsätzlich sollten die Ausstellung und Beibringung einer AU-Bescheinigung für die ersten 3 Tage einer Arbeitsunfähigkeit durch einen Haus- oder Facharzt nicht erforderlich sein.

Anfragen verschiedener Kostenträger und Leistungserbringer (Versicherungen, Versorgungsämter, Rentenversicherung etc.) an Haus- und Fachärzte

Die Bearbeitung der Formulare ist sehr zeitintensiv und geht zu Lasten der Patientenversorgung. Zahlreiche Anfragen können mangels Digitalisierung nur analog bearbeitet und versendet werden. Auch Formulare der einzelnen Krankenkassen sind unterschiedlich in Form und Fragestellungen. Es entstehen unnötige Papier- und Portokosten.

⇒ **Vorschlag zum Bürokratieabbau**

- Reduzierung der formfreien Anfragen in den Praxen
- Vereinheitlichung von Formularanfragen der verschiedener Kosten- und Leistungsträger (Krankenversicherungen, Versorgungsämter, Rentenversicherung etc.) an Haus- und Fachärzte
- Verpflichtung der Krankenversicherung vor der Anfrage bei Ärzten zu überprüfen, welche Daten bereits aus anderen Quellen vorliegen.

Datenerfassung und Zugriff bei Registern

Bereits erfasste ärztliche Daten wie Arztnummer, Fortbildungszertifikate, Facharzturkunde etc. sollen zentral zugänglich sein. Eine mehrfache Erfassung an unterschiedlichen Stellen soll so vermieden werden.