



Regierungskommission

für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

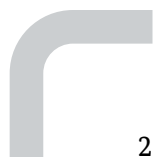
**Elfte Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine moderne
und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung**

Abbau überbordender Bürokratie



INHALTSVERZEICHNIS

1. Ausgangs- und Problemlage	3
2. Vorgehen	5
3. Empfehlungen	7
3.1 ePA als zentrale Datenquelle zur automatisierten Generierung und Übermittlung aller Pflichtberichte.....	7
3.2 Systematische Prüfung bürokratischer Vorgaben durch die Selbstverwaltung.....	8
3.3 Prüfung selbst auferlegter bürokratischer Prozesse.....	8
3.4 Reduktion paralleler Strukturprüfungen auf eine Prüfung.....	9
3.5 Kompetenzerweiterung für nichtärztliche Berufe.....	9
3.6 Bundesweit einheitlicher Standard zum Datenträgeraustausch.....	10
3.7 Vereinfachung und Vereinheitlichung der Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen.....	10
3.8 Einheitliches Personalbemessungsinstrument.....	11
3.9 Krankenhausindividuelle Verhandlungen über NUB und unbewertete Entgelte.....	12
3.10 Übergang von Einzelfallprüfungen zu Stichprobenprüfungen im Zuge der Einführung von Leistungsgruppen und Vorhaltevergütung.....	13
Impressum	16





1. Ausgangs- und Problemlage

Die nachfolgende Stellungnahme zum Thema „überbordende Bürokratie“ nimmt ausschließlich den Krankenhausbereich und die hiermit befassten Institutionen in den Blick. Das Thema ist auch in den übrigen Bereichen des Gesundheitswesens sowie in vielen anderen Bereichen der Gesellschaft von großer Relevanz. Die primäre Zuständigkeit der Regierungskommission ist aber das Krankenhauswesen.

Ein Übermaß an Bürokratie und Dokumentationspflichten wird von allen Beteiligten im Krankenhauswesen beklagt und als ein entscheidender Grund für ineffizientes Wirtschaften und Arbeiten sowie für Arbeitsunzufriedenheit und Klagen über sinnentfremdete Tätigkeit und fehlende Zeit zur unmittelbaren Versorgung der Patientinnen und Patienten angesehen. Vor dem Hintergrund des sich weiter verschärfenden Fachkräftemangels erlangt diese Problematik zusätzliche Relevanz. Von zahlreichen Verbänden liegen Berechnungen vor, wie viele Stunden Arbeitszeit in den verschiedenen Berufsgruppen für bürokratische Aufgaben aufgewandt werden. Weiterentwicklungen und zusätzliche Anforderungen in vielen Bereichen, etwa Datenschutz, Patientensicherheit, Qualitätssicherung, Kostenermittlung, Vergütungswesen, Haftungsrecht oder Diskriminierungsschutz, haben in den letzten Jahrzehnten zu zusätzlichen Dokumentations- und Berichtspflichten geführt.

Bürokratische Arbeit im allgemeinen Sinne umfasst das Abarbeiten von Verwaltungstätigkeiten nach klaren Vorgaben innerhalb festgelegter Strukturen. Damit zeichnet sie sich durch fehlende Flexibilität und einen häufig schwer zu erkennenden oder fehlenden Bezug der Detailtätigkeiten zum Sinn der bürokratischen Vorgaben aus. Dabei gibt es keine allgemein gültige Definition oder kein allgemeines Verständnis davon, welche Tätigkeiten im Krankenhaus zu Bürokratie zu zählen sind. Von Angehörigen medizinischer Berufe wird teilweise jede Arbeit ohne unmittelbaren Patientenkontakt – insbesondere auf Papier oder am Computer – als Bürokratie erlebt.

Diese subjektive Wahrnehmung ist nicht deckungsgleich mit einer objektiven Charakterisierung medizinischer Tätigkeit außerhalb des direkten Patientenkontakts. So ist die Dokumentation von Anamnese, Befunden und Behandlung zu Therapiezielen und die Weitergabe patientenrelevanter Informationen innerhalb der Behandlungskette unverzichtbarer Behandlungsbestandteil, der direkt den Behandelten zugutekommt. Auch eine angemessene Qualitätssicherung ist notwendiger Bestandteil medizinischer Tätigkeit.

Der Bereich der Medizin unterscheidet sich von den meisten anderen Wirtschaftsbereichen dadurch, dass keine bidirektionale Beziehung zwischen einem Leistungserbringer, der zugleich Zahlungsempfänger ist, einerseits und einem Leistungsempfänger, der zugleich Zahlender ist, andererseits besteht. Vielmehr

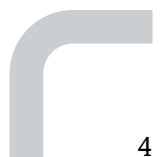




ist die Situation durch ein Dreiecksverhältnis geprägt, in dem nicht der leistungsempfangende Patient, sondern typischerweise die Krankenversicherung die Behandlung vergütet. Dies erfordert unvermeidlich ein höheres Maß an Dokumentation, Transparenz und Kontrolle, da die Leistungsempfängerseite (Patientenseite) kein unmittelbares eigenes Interesse an einer nicht überteuerten Behandlung hat. Auch aufgrund der zentral geregelten Vergütung (zum Beispiel auf der Grundlage von Landesbasisfallwerten) regulieren sich die Preise nicht marktwirtschaftlich über Angebot und Nachfrage, sondern durch Vorgaben und Kontrollen, was unvermeidbar mit erhöhtem bürokratischen Aufwand einhergeht. „Bürokratie“ ist also nicht grundsätzlich negativ, unsinnig oder vermeidbar.

Jedoch ist ein kontinuierlicher Überprüfungsprozess geboten, welche bürokratischen Maßnahmen sich als sinnvoll erwiesen haben, welche noch erforderlich und welche verzichtbar sind und welche vereinfacht werden können. Ein Abbau überbordender Bürokratie ist notwendig und auch möglich. Unter „überbordender Bürokratie“ werden im Weiteren Vorgaben und Tätigkeiten verstanden, bei denen der Arbeitsaufwand in einem sehr ungünstigen Verhältnis zu Notwendigkeit oder Nutzen steht. Der Extremfall ist, dass die bürokratischen Pflichten ausschließlich einen Selbstzweck erfüllen.

Überbordende Bürokratie muss reduziert werden, da sie zu beruflicher Unzufriedenheit führt, was wiederum negative Auswirkungen auf die Arbeitsqualität hat. Sie muss abgebaut werden, da sie das immer knapper werdende medizinische Personal von der direkten Patientenbehandlung abhält – mit direkten Folgen für die Qualität und Sicherheit der Behandlung. Und sie muss reduziert werden, da sie qualifiziertes Personal aus den medizinischen Berufen vertreibt und wirtschaftlich ineffizient ist. Ohne aktives Gegensteuern vermehren sich bürokratische Aufgaben kontinuierlich, unter anderem aufgrund der kontinuierlichen Weiterentwicklung von juristischen Anforderungen und regulatorischen Vorgaben sowie einem eskalierenden Stufenprozess von Kontrolle einerseits und Anstrengungen, die Kontrolle zu umgehen, andererseits – etwa zwischen Leistungserbringern auf der einen und Kostenträgern bzw. Medizinischem Dienst auf der anderen Seite.





2. Vorgehen

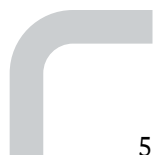
Vorschläge zum Abbau überbordender Bürokratie sind notwendigerweise kleinteilig, da bürokratische Vorgaben im Krankenhauswesen von den unterschiedlichsten Seiten kommen und auf mannigfachen Regelungen, Vorgaben und Gesetzen beruhen. So gehen Vorschriften im Krankenhaus nicht nur auf den Bundes- oder Landesgesetzgeber zurück, sondern auch auf Verordnungen von Behörden aller Ebenen und auf Vereinbarungen der Selbstverwaltung.¹ In einem nicht zu unterschätzenden Ausmaß beruht überbordende Bürokratie auch auf Vorgaben durch das Krankenhaus selbst, häufig aufgrund eines übermäßigen Absicherungsbedürfnisses in rechtlicher Hinsicht. Eine überzogene Vorsicht oder gar Ängstlichkeit können dazu führen, dass vorhandene Spielräume nicht genutzt werden. Die eine kluge Maßnahme, die zu einer umfassenden Reduktion überbordender Bürokratie führt, kann es nicht geben. Vielmehr müssen alle als überbordend wahrgenommenen bürokratischen Prozesse einzeln durchleuchtet und auf ihre Notwendigkeit und Veränderbarkeit geprüft werden.

Auch „Digitalisierung“ ist keine Wunderwaffe gegen überbordende Bürokratie, wenngleich Digitalisierung ein entscheidendes Instrument zur Reduktion bürokratischer Aufgaben sein kann. Dies gelingt insbesondere dann, wenn durch Digitalisierung bürokratische Prozesse vollständig automatisiert, sich wiederholende Mehrfach Tätigkeiten abgeschafft und einmal erhobene Daten für alle Zwecke verwendet werden können. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass Digitalisierung auch gegenteilige Effekte bewirken kann. So wachsen mit digitalen Möglichkeiten häufig die Anforderungen an Dokumentationsprozesse, oder Computerprogramme sind zu benutzerunfreundlich und komplex, sodass mehr statt weniger Aufwand entsteht.

Aus den genannten Gründen werden in dieser Stellungnahme nachfolgend verschiedene Einzelmaßnahmen zur Reduktion überbordender Bürokratie empfohlen. Keine der Empfehlungen kann für sich allein zu einer umfangreichen Reduktion bürokratischen Arbeitsaufwands führen, weshalb alle Empfehlungen parallel geprüft und möglichst umgesetzt werden sollten.

Die nachfolgenden zehn Maßnahmen können auch nur eine Auswahl an Empfehlungen darstellen; eine abschließende Auflistung ist nicht möglich. Die im Folgenden genannten Empfehlungen gehen zu einem großen Teil auf eine strukturierte Anhörung zahlreicher Verbände durch die Regierungskommission zum Thema „Abbau überbordender Bürokratie“ zurück, bei der sehr viele Vorschläge gemacht wurden. Die Regierungskommission hat diese

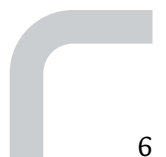
¹ Während für den überwiegenden Teil der Wirtschaft EU-Vorgaben einen Großteil der bürokratischen Vorgaben ausmachen, spielt dies im Krankenhausbereich eine geringere Rolle. Besonders relevant ist hier die Rolle des Medizinischen Dienstes (MD). Von Krankenhausseite wird beklagt, dass durch den MD Vorgaben und Berichtspflichten zumeist so ausgelegt werden, dass ein besonders großer bürokratischer Aufwand entsteht.





um eigene Ideen sowie Vorschläge aus der Literatur ergänzt und anschließend die Maßnahmenvorschläge gewichtet. Bei der Auswahl der Empfehlungen hat sich die Regierungskommission daran orientiert, dass die Vorschläge möglichst viele der folgenden acht Kriterien erfüllen:

1. große Aufwandsreduktion, das heißt bisher großer, nach Umsetzung der Maßnahme geringer Aufwand
2. Entlastung eines großen Kreises von Beschäftigten
3. die bürokratische Tätigkeit fällt bislang häufig/in zeitlich großem Umfang an
4. entlastet wird insbesondere klinisch tätiges Personal
5. unkomplizierte Umsetzung
6. Regelungsänderung durch eine Seite allein möglich oder zumindest durch möglichst wenig Beteiligte
7. geringe unerwünschte Nebenwirkungen durch Wegfall oder Veränderung der bisherigen Prozesse
8. breite Akzeptanz





3. Empfehlungen

3.1 ePA als zentrale Datenquelle zur automatisierten Generierung und Übermittlung aller Pflichtberichte

Krankenhäuser unterliegen vielfältigen Nachweis-, Veröffentlichungs- und Berichtspflichten. Aufgrund uneinheitlicher Datenquellen, Vorgaben und EDV-Standards fällt hierfür für die Krankenhäuser ein hoher Arbeitsaufwand für Erfassung, Datenverarbeitung, Zusammenführung und Kontrolle an. Auch klinisch tätiges Personal muss in großem Umfang kontinuierlich Daten erfassen, die für Berichtspflichten, Statistiken oder Abrechnungen benötigt werden, aber zum Zwecke der Behandlung bereits an anderer Stelle dokumentiert wurden. Auch auf Seiten der Kostenträger oder prüfender Institutionen entsteht durch die fehlende Einheitlichkeit der Datenstandards und Berichte erheblicher Aufwand.

Empfehlung: Die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) bietet die entscheidende Voraussetzung für eine automatisierte Generierung und Übertragung aller erforderlichen Berichte, die auf Daten über Patientenbehandlungen beruhen. Das Ziel muss sein, dass die ePA die zentrale Basis wird, aus der automatisiert und bundesweit einheitlich alle geforderten Berichte erstellt und übermittelt werden. Die Handhabung der ePA muss hierbei anwenderfreundlich gestaltet werden, was zum Beispiel die Möglichkeit der sprachbasierten Eingabe umfasst. Das genannte Ziel machte deutlich, dass die freiwillige Entscheidung der Patientinnen und Patienten für oder gegen die Nutzung der ePA nur ein Zwischenschritt sein kann und eine Verbindlichkeit für alle Krankenhausbehandlungen angestrebt werden muss. In vielen europäischen Nachbarländern ist dies längst eine selbstverständliche Realität.

Perspektivisch sollten Daten zu Befunden und Behandlungen unter Gewährleistung eines hohen Datenschutzniveaus auf einem zentralen Server verwahrt werden. Über ein anwenderfreundliches Portal, das auf den Server und weitere Datenquellen mit Behandlungsinformationen Zugriff hat, sollten die Daten für die Behandlung und den Austausch der verschiedenen Behandler genutzt werden. Ein Vorbild ist die dänische eHealth-Plattform www.sundhed.dk.





3.2 Systematische Prüfung bürokratischer Vorgaben durch die Selbstverwaltung

Ein großer Teil der bürokratischen Last für die Beteiligten des Krankenhauswesens geht auf Vorgaben durch die Selbstverwaltung, zum Beispiel den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), sowie den Medizinischen Dienst zurück. Detaillierte Dokumentations- und Prüfvorgaben sind häufig Resultat einer komplexen Kompromissbildung in der Selbstverwaltung.

Empfehlung: Die Gremien der Selbstverwaltung und der Medizinische Dienst sollten verpflichtet werden, in einem nachvollziehbaren, strukturierten Prozess alle Vorgaben an die Krankenhäuser und die beteiligten Institutionen auf ihre Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit zu überprüfen. Unnötige oder unnötig umfangreiche bürokratische Anforderungen sind dabei zu identifizieren und abzubauen. Dieser Prozess sollte in einem regelmäßigen Rhythmus, zum Beispiel alle fünf Jahre, wiederholt werden.

3.3 Prüfung selbst auferlegter bürokratischer Prozesse

Zahlreiche Vorgaben und Arbeiten, die von Mitarbeitenden als unnötige Bürokratie erlebt werden, beruhen auf eigenen Vorgaben durch die Krankenhäuser oder ihre Verbände und ergeben sich mitunter aus einer übervorsichtigen Auslegung rechtlicher Vorgaben und einem übermäßigen Absicherungsbedürfnis.

Empfehlung: Auch die Krankenhäuser und Krankenhausverbände sollten verpflichtet werden, in einem nachvollziehbaren, strukturierten Prozess alle Vorgaben an die Krankenhäuser auf ihre Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit zu prüfen, um unnötige oder unnötig umfangreiche bürokratische Anforderungen abzubauen. Bürokratische Vorgaben durch die Krankenhäuser selbst sollten nur erfolgen, soweit sie zwingend erforderlich sind. Dies beinhaltet Vertrauen in die zuverlässige Tätigkeit der eigenen Mitarbeitenden anstelle von Kontrollen, was auch bedeutet, dass Mitarbeitende – im Rahmen des rechtlich Möglichen – für reine Verfahrensfehler keine persönlichen Nachteile zu befürchten haben sollten. Krankenhausverbände und Fachgesellschaften sollten einen Wettbewerb im Bürokratieabbau durch die Etablierung eines Bürokratiebenchmarks zum Thema „Wie wenig Bürokratie ist möglich?“ initiieren.





3.4 Reduktion paralleler Strukturprüfungen auf eine Prüfung

Krankenhäuser müssen bislang auf der Basis diverser, uneinheitlicher Vorgaben Strukturvoraussetzungen nachweisen, zum Beispiel für StrOPS², G-BA-Richtlinien (einschließlich der G-BA-Zentrumszulassungen) und zukünftig für Leistungsgruppen. Die Kriterien sind hierbei zum Teil nicht hinreichend klar und werden von den prüfenden Stellen oder Personen unterschiedlich ausgelegt.

Empfehlung: Die Prüfungen werden zusammengeführt und auf der Basis bundeseinheitlicher Auslegungskriterien zu einem einheitlichen, im Vorhinein festzulegenden Zeitpunkt durchgeführt. Führend kann hierbei die Prüfung der Strukturvoraussetzungen für die zukünftigen Leistungsgruppen sein. Bei dieser Prüfung soll zunächst das Vorliegen von Vorgaben aus anderen Vorschriften mitgeprüft werden. Die Vorgaben sollten hierbei die Mindestvoraussetzungen und nicht das Optimum definieren. Die siebente Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission (Qualitätssicherung, Qualitäts- und klinisches Risikomanagement) bietet hierfür ein Rahmenkonzept. Die erhobenen Daten und Prüfergebnisse sind auf einem zentralen geschützten Server (Transparenzportal) zu hinterlegen, und die Prüfstelle (zum Beispiel der Medizinische Dienst) markiert die erfolgreiche Überprüfung. Hierdurch kann auf Doppelprüfungen verzichtet werden, da bei sich wiederholenden Prüfungen auf bereits vorgelegte und akzeptierte Dokumente zurückgegriffen werden kann und da weitere Stellen die Daten einsehen können, statt eigene Prüfungen vorzunehmen.

Perspektivisch sollen alle Vorgaben in den Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen aufgehen, sodass nur noch diese geprüft werden müssen.

3.5 Kompetenzerweiterung für nichtärztliche Berufe

Im europäischen Vergleich besteht im deutschen Gesundheitswesen ein sehr weitreichender Arztvorbehalt, das heißt, eine weit überdurchschnittlich hohe Zahl von Verordnungen und Entscheidungen sind an eine ärztliche Überprüfung und Anordnung geknüpft, was zusätzlichen Aufwand für die Ärztinnen und Ärzte wie für die nichtärztlichen Berufsgruppen selbst in Fällen erzeugt, in denen andere Berufsgruppen die höhere Kompetenz für die Entscheidung haben. Beispiele sind etwa, dass Pflegefachpersonen und andere hierfür kompetente nichtärztliche Berufsgruppen keine Heil-, Hilfsmittel und Krankentransporte verordnen dürfen.

2 Richtlinie „Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V (StrOPS-RL) (OPS-Version 2023)“





Empfehlung: Die Kompetenzen der nichtärztlichen Berufsgruppen sind um Berechtigungen zu erweitern, die diese aufgrund ihrer Qualifikation ohne ärztliche Prüfung und Genehmigung vornehmen können. Hierdurch reduziert sich nicht nur bürokratischer Aufwand für die Ärztinnen und Ärzte, sondern auch für die nichtärztliche Berufsgruppe. Für die Pflegeberufe bietet sich zur Umsetzung das in Vorbereitung befindliche Pflegekompetenzgesetz an.

3.6 Bundesweit einheitlicher Standard zum Datenträgeraustausch

Unterschiedliche Datenträgerstandards für zum Beispiel die verschiedenen Leistungs- und Zulassungsarten³ und fehlende Schnittstellenstandards erschweren oder verunmöglichen den automatisierten Datenaustausch und erzwingen aufwendige manuelle Arbeitsschritte.

Empfehlung: Für alle den Krankenhausbereich betreffenden Vorgaben, die auf gesetzlichen oder untergesetzlichen Vorgaben beruhen, ist ein bundesgesetzlich geregelter Datenstandard einschließlich einer gesetzlich festgelegten Datenarchitektur mit standardisierten Schnittstellen vorzugeben. Ein zu beauftragendes geeignetes wissenschaftliches Institut soll parallel die Machbarkeit prüfen und die Umsetzung begleiten. Hierbei ist unter anderem auch zu regeln, dass Personalmeldungen, Meldungen der Bettenbelegung oder Meldungen an das DEMIS⁴ und die Gesundheitsämter automatisiert aus den Krankenhausinformationssystemen (KIS) und den Personalinformationssystemen (PIS) erfolgen. Die ISiK-Initiative der gematik⁵ nach § 373 SGB V verfolgt hierbei den richtigen Ansatz, der konsequent weiterzuverfolgen ist. Die Einführung moderner KIS und PIS sollte für alle Krankenhäuser verbindlich werden und durch eine geeignete finanzielle Förderung unterstützt werden.

Das perspektivische Ziel ist ein einheitlicher Standard für alle nach außen gerichtete digitale Kommunikation.

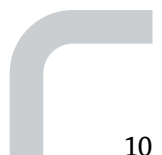
3.7 Vereinfachung und Vereinheitlichung der Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen

Die jährlich, zumeist rückwirkend zu führenden Budgetverhandlungen zwischen den Krankenhäusern als Leistungserbringern und den gesetzlichen Krankenkassen als Kostenträgern sind zumeist durch hohen Zeit- und Personalaufwand gekennzeichnet. Besonders beklagt wird, dass keine verbindlichen Vorgaben über die für die Budgetverhandlungen vom Krankenhaus zur Ver-

³ z. B. nach §§ 120, 295, 301, 302 SGB V

⁴ Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz

⁵ Informationstechnische Systeme in Krankenhäusern: <https://www.gematik.de/anwendungen/isik>





fügung zu stellenden Zahlen und Informationen existieren, sodass wechselnde Anforderungen und häufige Nachforderungen während der Verhandlungen als Schikane und Verzögerungstaktik erlebt werden. Beiderseits werden Verhandlungen als besonders zeit- und bürokratieaufwendig wahrgenommen, wenn eine Einigung nur schwer zu erzielen ist.

Empfehlung: Vereinheitlichung und Vereinfachung der als Grundlage von Budgetverhandlungen krankenhausesseitig zur Verfügung zu stellenden Angaben und Zahlen. Soweit die Vorlage von Wirtschaftsprüferattesten verlangt wird, muss gewährleistet sein, dass die Testate auch als verbindlich akzeptiert werden.

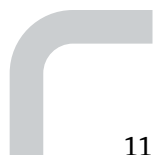
3.8 Einheitliches Personalbemessungsinstrument

Unterschiedliche Personalbemessungsvorgaben verursachen Mehrfachaufwand bei der Erfassung und Meldung. Zu den Vorgaben zählen die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung, die PPP-Richtlinie⁶ in den Psych-Fächern, die PPR 2.0⁷, das Transparenzportal des Bundes (Bundes-Klinik-Atlas) und schichtbezogene Dokumentationspflichten nach einzelnen G-BA-Richtlinien. Besonderen Aufwand verursachen hierbei unterschiedliche Vorgaben bezüglich der zu berücksichtigenden Berufe (zum Beispiel der verschiedenen Qualifikationen in den Pflegeberufen) und unterschiedliche Vorgaben der zu erfassenden Schichten. Bei den Ärztinnen und Ärzten wird dies zusätzlich dadurch erschwert, dass die Landesärztekammern nicht einheitlich die gleichen Facharztqualifikationen und Zusatzbezeichnungen vergeben.

Empfehlung: Alle Vorgaben sollten vereinheitlicht sowie mit *einem* Personalmessinstrument erfasst und einmalig gemeldet werden, vorzugsweise an einen geschützten zentralen Datenserver, auf den alle Stellen, die Überprüfungen vornehmen, Zugriff haben. Die Landesärztekammern sind aufgefordert, eine einheitliche Differenzierung von Facharztqualifikationen und Zusatzbezeichnungen einzuführen. Dies beinhaltet nicht zwingend, dass diesen durchgehend die gleichen Qualifikationsvoraussetzungen zugrunde gelegt werden müssen; für die Entbürokratisierung der Personalmeldungen ist es aber erforderlich, dass alle Landesärztekammern die gleichen Bezeichnungen vergeben.

6 Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

7 Pflegepersonalregelung 2.0





3.9 Krankenhausindividuelle Verhandlungen über NUB und unbewertete Entgelte

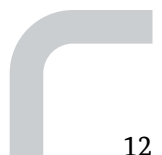
Für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), die mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten nach § 7 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG noch nicht sachgerecht vergütet werden können,⁸ sollen die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG zeitlich befristete, fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte außerhalb des Erlösbudgets nach § 4 Abs. 2 KHEntgG und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG vereinbaren. Vor der Vereinbarung einer gesonderten Vergütung hat das einzelne Krankenhaus eine Information beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) darüber einzuholen, ob die neue Methode mit den bereits vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht abgerechnet werden kann.⁹ Ist das nicht der Fall, vereinbart das einzelne Krankenhaus nach § 6 Abs. 2 KHEntgG mit den Kostenträgern in zumeist zeit- und aufwandsintensiven Verhandlungen einen entsprechenden Preis. Die Vereinbarung gilt für ein Jahr.

Ferner vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG unter den in § 6 Abs. 1 KHEntgG genannten Voraussetzungen fall- oder tagesbezogene Entgelte oder in eng begrenzten Fällen Zusatzentgelte für Leistungen, die noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und bewerteten Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können, und für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 S. 10 KHG.

Die Verhandlungen verursachen für beide Seiten erheblichen Aufwand, insbesondere da sie mit jedem einzelnen Krankenhaus individuell zu führen sind. Die Notwendigkeit individueller Vereinbarungen wird mit der Annahme gerechtfertigt, dass bei geringer Datenlage keine Kostenhomogenität angenommen werden kann, weswegen befürchtet wird, dass eine bundeseinheitliche Entgeltfestlegung das Risiko einer inadäquaten Finanzierung birgt. Diese Argumentation ist einerseits nachvollziehbar; andererseits dürfte auch die Datengrundlage bei krankenhausesindividuellen Verhandlungen nicht zwingend eine adäquate Entgelthöhe sicherstellen. Daran gemessen scheint der zusätzliche Aufwand, der durch krankenhausesindividuelle Verhandlungen verursacht wird, in einem Missverhältnis zu den erhofften Vorteilen von individuellen Verhandlungen zu stehen. Schließlich ist davon auszugehen, dass in den verschiedenen Krankenhäusern für die meisten infrage stehenden

8 Die Methoden dürfen außerdem nicht nach § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen worden sein (Nutzen nicht hinreichend belegt und kein Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative).

9 Auf der Grundlage der NUB-Vereinbarung vom 17.12.2004 werden die entsprechenden Prüfergebnisse vom InEK in vier Kategorien (Status 1–4) dargestellt. NUB-Status 1 erhalten Methoden, welche die Kriterien der NUB-Vereinbarung erfüllen und für die damit ein krankenhausesindividuelles Entgelt zu vereinbaren ist. NUB-Status 2: Methoden/Leistungen genügen den Kriterien der NUB-Vereinbarung nicht; Vereinbarung eines krankenhausesindividuellen Entgelts gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG ist nicht zulässig. NUB-Status 3: Angefragte Methoden/Leistungen konnten innerhalb der festgesetzten Frist nicht vollständig bearbeitet werden. NUB-Status 4: Methoden/Leistungen, bei denen die mit der Anfrage übermittelten Informationen im Sinne von § 6 Abs. 2 KHEntgG nicht plausibel oder nicht nachvollziehbar waren; gemäß § 6 Abs. 2 S. 5 KHEntgG können in begründeten Einzelfällen krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart werden.





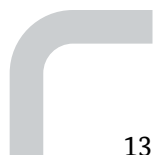
Untersuchungen und Behandlungen ähnliche Kosten entstehen. Diese Überlegungen sprechen dafür, die krankenhausesindividuellen Verhandlungen möglichst weitgehend durch Verhandlungen auf Bundesebene und bundeseinheitliche Entgelte zu ersetzen.

Empfehlung: Soweit möglich, sollen Entscheidungen und Verhandlungen von der krankenhausesindividuellen auf die Bundesebene verlagert werden. Dies erfordert bei NUB zunächst eine bundeseinheitliche Feststellung darüber, ob es sich bei einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode um eine neue Methode handelt und ob diese zumindest das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet. Für die Nutzenbewertung von NUB ist der G-BA das geeignete Gremium, das auf Antrag der in § 137c SGB V genannten Antragsberechtigten oder eines einzelnen Krankenhauses tätig werden und insoweit das Entscheidungsmonopol haben sollte. Eine Entscheidung sollte ab Antragstellung innerhalb von drei Monaten erfolgen. Erkennt der G-BA für die Methode Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative, kann er im Rahmen der Regelung der erforderlichen Qualitätsanforderungen nach § 137e Abs. 2 SGB V auch festlegen, unter welchen Voraussetzungen ein Krankenhaus die neue Methode erbringen darf oder welche Krankenhäuser hiervon ausgeschlossen sind.

Die Preisverhandlungen nach § 6 Abs. 1 und Abs. 2 KHEntgG sollen grundsätzlich auf Bundesebene geführt werden und zu bundesweit geltenden Entgelten führen (in begründeten Ausnahmefällen sind weiterhin krankenhausesindividuelle Verhandlungen denkbar). Für die Verhandlungen auf Bundesebene erscheinen die Spitzenvertreter von Kostenträgern und Leistungserbringern als die geeigneten Verhandlungspartner.

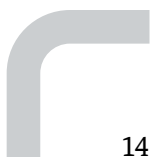
3.10 Übergang von Einzelfallprüfungen zu Stichprobenprüfungen im Zuge der Einführung von Leistungsgruppen und Vorhaltevergütung

Gegenwärtig werden die Behandlungsabrechnungen der Krankenhäuser in großem Umfang einzeln vom Medizinischen Dienst überprüft und beanstandet, was mit erheblichem Aufwand auf beiden Seiten einhergeht. Mit der Einführung von Leistungsgruppen im Rahmen der Krankenhausreform müssen die Kliniken zukünftig für jede Leistungsgruppe das Vorliegen von Strukturqualitätsmerkmalen nachweisen, die auch überprüft werden. Im Zuge der mit der Krankenhausreform einzuführenden Vorhaltevergütung sinkt die Fallvergütung über die DRG auf unter die Hälfte der bisherigen Höhe. Hierdurch wird der finanzielle Fehlanreiz auf Krankenhausbehandlungen, für die keine zwingende vollstationäre Indikation besteht, drastisch verringert, sodass die Notwendigkeit der Prüfung von primärer und sekundärer Fehlbelegung deutlich reduziert wird.





Empfehlung: Die Strukturprüfungen sollen zukünftig weitgehend die Einzelfallprüfungen ersetzen. Letztere sollen nur noch stichprobenartig durchgeführt werden. Für den Umfang der Stichproben ist eine maximale Prüfquote festzulegen.





Diese Stellungnahme und Empfehlung ist im Internet abrufbar unter:

www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-buerokratieabbau.pdf

Alle Stellungnahmen und Empfehlungen der Regierungskommission sind abrufbar unter:

www.bundesgesundheitsministerium.de/regierungskommission-krankenhausversorgung

Diese Stellungnahme und Empfehlung wurde von der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung einstimmig bei einer Enthaltung verabschiedet.

Mitglieder der Regierungskommission sind (in alphabetischer Reihenfolge):

Prof. Dr. Boris Augurzky
Prof. Dr. Tom Bschor
Prof. Dr. Reinhard Busse
Prof. Dr. Jörg Dötsch
Michaela Evans
Prof. Dr. Dagmar Felix
Irmtraud Gürkan
Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg
Prof. Dr. Martina Hasseler
Prof. Dr. Stefan Huster
Prof. Dr. Christian Karagiannidis
Prof. Dr. Thorsten Kingreen
Prof. Dr. Heyo Kroemer
Prof. Dr. Laura Münkler
Prof. Dr. Jochen Schmitt
Prof. Dr. Rajan Somasundaram
Prof. Dr. Leonie Sundmacher





Regierungskommission
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung



Impressum

Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Leiter und Koordinator:

Prof. Dr. med. Tom Bschor
c/o Bundesministerium für Gesundheit
Mauerstraße 29, 10117 Berlin

Postanschrift: 11055 Berlin
Krankenhauskommission@bmg.bund.de

Veröffentlichung: 14. November 2024

