

Zehn Thesen zur Entbürokratisierung im Gesundheitswesen



Bild: Adobe Stock: Exnoi und Flatman, bearbeitet (Composing)

Bürokratie betrifft alle Bereiche des gesellschaftlichen Zusammenlebens, nicht nur das Gesundheitswesen. Bürokratisierung ist der zentrale Prozess und die Grundlage, durch den Organisationen und soziale Systeme strukturiert, formalisiert und durch eine Reihe von Regeln und Verfahren gesteuert werden. Richtig verstanden ist Bürokratie per definitionem also ein zentraler Ordnungsfaktor in allen Bereichen unseres gesamtgesellschaftlichen Zusammenlebens und ist letztendlich ein wichtiger Garant für Leistung, Effizienz, Rechtssicherheit und Verlässlichkeit. Bürokratie ist ein wichtiger Schutz vor Willkür und zentraler Bestandteil unserer Demokratie.

Zunehmend beobachten wir seit vielen Jahren, dass sich Bürokratie zum Selbstzweck entwickelt hat. Damit einher geht eine durchgängig negative Konnotation und Bürokratie wird ihrer originären Aufgabe nicht mehr gerecht. Im Gesundheitswesen steht die Bürokratisierung und Entbürokratisierung darüber hinaus in dem Spannungsfeld zwischen gewinnorientierter Renditeerwartung und dem Sicherstellungsauftrag einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden Patientenversorgung.

Im Folgenden sollen zehn Thesen zur Bürokratisierung beziehungsweise Entbürokratisierung im Gesundheitswesen zur Diskussion gestellt werden:

- Im Mittelpunkt des Gesundheitswesens steht das gesundheitliche Wohl der Patientin beziehungsweise des Patienten; Bürokratie und damit einhergehend Bürokratisierung müssen die entsprechenden iterativen Prozesse unterstützen, dürfen jedoch die Abläufe in keiner Weise behindern. Dies betrifft nicht nur die Bürokratisierung, sondern in gleicher Weise auch die Entbürokratisierung.
- Bürokratische Vorgaben müssen Leitplanken für ein sicheres Handeln im Gesundheitswesen sein. Da sich jedoch die Vielfalt des Lebens nicht in allen Facetten durch bürokratische Abläufe abbilden lassen, darf die Bürokratie nicht eigenverantwortliches Handeln auf wissenschaftlicher Grundlage verhindern. Die Entbürokratisierung muss daher eine höhere Flexibilität zum Ziel haben.
- In Zeiten des Fachkräftemangels darf medizinisches Personal nicht durch einen zu großen bürokratischen Aufwand von seinen originären medizinischen Aufgaben in Kuration und Prävention abgehalten werden. Die Entbürokratisierung muss diesen Punkt prioritär berücksichtigen.
- Bürokratisierung und Endbürokratisierung dürfen nicht durch Lobbyismus, taktische Überlegungen und finanzielle Partikularinteressen bestimmt werden.
- Sowohl Bürokratisierung als auch Entbürokratisierung müssen sich einer kontinuierlichen Evaluation und Qualitätssicherung unterziehen, die selbst jedoch nicht zu einem weiteren Bürokratieaufbau führen darf.
- Effiziente digitale Handlungshilfen wie zum Beispiel „Künstliche Intelligenz“ sind für bürokratische Prozesse und damit zur Verbesserung und Beschleunigung von Handlungsabläufen im Gesundheitswesen anzuwenden und können viel zu einer Entbürokratisierung beitragen.
- Entbürokratisierungsprozesse im Gesundheitswesen dürfen keine gern zitierten „Worthülsen“ sein, sondern sind zeitnah unter Einbindung des Fachwissens der Anwender sowie des medizinischen Fachpersonals umzusetzen.
- Entbürokratisierung muss zu einer Vereinfachung und Vereinheitlichung von Nachweispflichten im Gesundheitswesen führen.
- Entbürokratisierung darf nicht zu einer weiteren Kostensteigerung im Gesundheitswesen führen, sondern muss zu einem Motivationsschub des Personals beitragen.
- Bei allen Prozessen der Entbürokratisierung ist der Grundsatz „so viel Bürokratisierung wie nötig, so wenig wie möglich“ einzuhalten.

Autor



Foto: Michaela Kabon

Univ.-Prof. Dr. med. Dipl. Ing. Stephan Letzel
Ehemaliger Leiter des Instituts für Lehrergesundheit
Universitätsmedizin Mainz

„Die Ärzteschaft muss besser eingebunden werden“:

Der Gesundheitsökonom Prof. Thomas Kolb fordert bürokratische Entlastung und mehr Delegation an nicht-ärztliche Hilfskräfte

Interview

Es ist gar nicht so leicht, einen Interviewtermin mit Prof. Thomas Kolb zu bekommen. Der Gesundheitsökonom ist ein gefragter Mann bei Podiumsdiskussionen und besonders in den Medien. Krankenhausreform, Klinikschließung in Hermskeil: Kolbs Meinung ist gefragt. Dazu kommt sein Hauptberuf, die gesundheitsökonomische Professur am Fachbereich Wiesbaden Business School der Hochschule Rhein-Main in Wiesbaden. Aber diese eine Stunde an einem Vormittag im Büro des Professors gehört jetzt dem Ärzteblatt Rheinland-Pfalz.

Herr Prof. Kolb, als Hochschulprofessor begegnen Ihnen vermutlich auch immer wieder bürokratische Hindernisse. Wie gehen Sie persönlich damit um?

Prof. Kolb: Ich bin ein sehr pragmatischer Mensch. Wenn ich etwas einsehe, dann tue ich das auch gerne. Es gibt bei uns, wie in jeder Hochschule, in jedem Krankenhaus und auch in jeder Vertragsarztpraxis, Prozesse zur Beschaffung von Arbeitsmaterialien oder bei der MitarbeiterEinstellung. Über die hierzu notwendigen Regelungen haben sich kluge Menschen Gedanken gemacht. Ich bezweifle nicht, dass diese Regelungen grundsätzlich ihren Sinn haben. Aber gelegentlich formuliere ich auch Bedenken dagegen.

Aber was können Sie „von unten“ tun? Die Regeln kommen im Normalfall von oben, vom Staat. Wenn wir über das Gesundheitssystem sprechen, scheint es so, als seien die Ärzte der Bürokratie ausgeliefert. Können Sie den Ärzten einen Rat geben?

Erst einmal verstehe ich nicht, dass die Leistungserbringenden, die 160.000 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und Psychotherapeutinnen und Psy-

chotherapeuten in Deutschland, nicht stärker ihre Bedürfnisse kommunizieren, sondern einfach akzeptieren, wenn Politik etwas vorgibt. Ich würde mir wünschen, dass diese Gruppe einmal auf den Tisch haut und ernsthaft Dinge in Frage stellt. Wenn ich mit Ärzten in kleinen Gruppen über das Thema spreche, dann bricht sich der Ärger wirklich Bahn, und dann wird es auch sehr emotional. Wenn man dann aber die Emotionalität ausblendet, dann haben die Ärzte hervorragende inhaltliche Vorschläge, insbesondere solche, die die bürokratischen Belastungen betreffen.

Die Ärzteschaft, besonders die Kammern, beklagen doch aber seit Jahrzehnten öffentlich, dass zu wenig Zeit für die Patienten bleibt wegen der bürokratischen Belastungen. Warum werden die Ärzte nicht erhört?

Lassen Sie es mich überspitzt formulieren: Wir sind mittlerweile in einer Diktatur der Gesetze und Verordnungen angekommen. Das heißt, bestimmte Leistungen existieren nur, wenn sie auch dokumentiert sind. Natürlich müssen Leistungen gerichtsfest und abrechnungssicher dokumentiert werden. Viele Regelungen sind sinnvoll, aber es

kommt nicht selten zu einer Eskalation dieser Regelungen, die dann den Vertragsarzt, die Vertragsärztin, aber auch die Krankenhausärztin und den Krankenhausarzt, bis zu einem Drittel der Arbeitszeit kosten. Wir müssten mit einem gerüttelten Maß an Vernunft den Bürokratieabbau vorantreiben, denn im Kern sollen diese Menschen ja Patienten behandeln.

Welche Vorschläge haben Sie?

Wir sind in Deutschland zu weit zurück bei der Einbindung nichtärztlicher Fachberufe. Wir müssten diesen viel stärker - wie in anderen Ländern Europas - ermöglichen, die Ärztin oder den Arzt zu ergänzen. Dabei geht es leider oft um das Budget. Vertragsärzte verteidigen nachvollziehbar recht stark das eigene Budget. Aber ich nehme wahr, dass diese Einstellung mittlerweile aufgegeben wird. Die Ärzte sehen ein, dass es sinnvoller und günstiger ist, das originär ihnen zustehende Honorar auf eine Hilfskraft umzulegen, wenn sie ihnen Arbeit abnimmt.



Foto: Christopher Schäfer

Gesundheitsökonom
Prof. Dr. Thomas Kolb

Dazu gehen die Meinungen in der Ärzteschaft auseinander. Kommen wir zurück zur Bürokratie. Sie haben bereits negative Entwicklungen in dieser Richtung angedeutet. Brechen Sie doch zunächst mal eine Lanze für Bürokratie?

Ich persönlich bin ein sehr regelkonformer Mensch. Warum? Weil mir Regeln Sicherheit bieten. Ich kann mich an Regeln orientieren. Aber ich bin für ein vernünftiges Maß an Regeln. An den Compliance-Regelungen kann man das gut verdeutlichen: Isoliert gesehen sind diese sinnvoll. Ob es nun um die Behandlung von nicht-versicherten Patienten oder die Behandlung von Verwandten und Freunden in der privatärztlichen Abrechnung geht. Die Bundesärztekammer hat das alles sehr gut definiert. Fakt ist aber auch: Wenn bürokratische Prozesse ein Drittel der Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte wegnehmen, stimmt hier etwas nicht.

Sie haben bereits von einer Diktatur der Gesetze und Normen gesprochen. Kommen wir da überhaupt jemals wieder raus?

Ich schaue immer, ob uns die Geschichte vielleicht ein hilfreiches Beispiel ge-

ben kann. Im alten Rom gab es auch eine Überbürokratie, es wurden immer mehr Behörden eingeführt. Aus der modernen Organisationslehre wissen wir aber: Je größer ein Konstrukt wird, also auch je größer Bürokratie wird, desto schwerer ist es, sie zu beherrschen. Deshalb müssen wir uns auf wesentliche Dinge besinnen. Ärztinnen und Ärzte sind hochintelligente Menschen. Deshalb muss man ihnen auch etwas zutrauen. Manchmal muss man ihnen aber auch Leitplanken zum eigenen Schutz geben, zum Beispiel die Compliance- und Abrechnungsregelungen.

Haben Sie in Sachen Compliance Vorschläge für eine bürokratische Verschlankung?

Wie gesagt: Grundsätzlich sind Compliance-Regeln gut, denken wir zum Beispiel an die Compliance-Regeln in der Abrechnung. Wenn sie aber dazu führen, dass zum Beispiel ein Politiker ein Blumenstraußgeschenk für 30 Euro ablehnen muss, weil die Richtlinie nur 25 Euro erlaubt, dann führt das zu einer Fehlsteuerung. Und solche Beispiele finden wir in allen Bereichen der Gesellschaft. Dann ist hier etwas defekt im System.

Allgemein betrachtet: Sind bestimmte Regeln in Gänze überflüssig oder steckt in jeder guten Regel zu viel Regel-Wirrwarr?

Es hat sich überall ein bisschen eingeschlichen. Wir haben einen sehr guten Regelkern aber dann eskaliert es. Während wir in der Gebührenordnung für Ärzte nach meiner Einschätzung zu wenige Vorgaben haben, gibt es zum Beispiel im Einheitlichen Bewertungsmaßstab Bestimmungen, bei denen man sich fragt: Musste die denn jetzt auch noch sein?

Was melden Ihnen die Ärzte als Forscher zum Thema Bürokratie zurück?

Ich habe sehr viel Kontakt insbesondere mit dem ambulanten Sektor, weil er mir wirklich sehr am Herzen liegt, denn dort findet der Großteil der Patientenversorgung statt. Eine Vertragsärztin zum Beispiel schreibt mir regelmäßig nachts um 2 Uhr E-Mails, weil sie sonst keine Zeit hat und tagsüber die Patienten versorgt. Sie liefert also 100 Prozent Patientenbehandlung und macht den Rest dann zu Unzeiten.



Interview

Was glauben Sie, in welchem Bereich des Gesundheitssystems das größte Potenzial liegt, um unnötigen „Papierkram“ beiseite zu lassen?

Nehmen wir die stationären Kodierrichtlinien. Der Arzt oder die Ärztin muss sagen, was er sieht und was er tut, also Diagnose und Prozedur vergeben. Aber ob er das persönlich dokumentieren muss, das steht auf einem ganz anderen Blatt. Ich glaube das eher nicht, und da könnten die Ärzte durch geeignete Hilfskräfte entlastet werden.

Sie meinen MFA oder andere höher qualifizierte Assistenten?

Teilweise könnten das auch niedriger Qualifizierte tun. Wir müssen überlegen, ob Verwaltungsprozesse nicht auch von verwaltungstechnisch ausgebildeten Menschen getan werden können. Wenn Sie sich große MVZ anschauen, dann haben Sie für die Back-Office-Prozesse Industrie- oder Gesundheits-Kaufleute. Ich bin der Meinung, die könnten das sogar besser machen. Und wir müssen uns Gedanken über den Katalog der delegationsfähigen Leistungen machen. Ich bin dankbar, dass es eine, wenn auch alte, Vorgabe delegationsfähiger Leistungen der Ärztekammern gibt. Aber wir müssen überlegen, ob wir nicht ein paar Leistungen stärker auf nicht-ärztliches Hilfspersonal übertragen könnten. Insbesondere im anglo-amerikanischen Bereich ist man da viel innovativer, und die Patienten werden ebenso gut versorgt wie in der Bundesrepublik.

Staat, Kammern, KVn und Versicherungen stellen Dokumentationsanforderungen an die Ärzte. Deshalb noch einmal die Frage: Gibt es konkret Sachen, die man bedenkenlos weglassen könnte?

Wir müssen überlegen, ob wir nicht Prozesse zusammenfassen können, das gilt im stationären wie im ambulanten Bereich. Im stationären Bereich haben

wir zum Beispiel drei Datenströme, die sehr ähnlich sind. Es gibt den Abrechnungsdatensatz nach § 301 SGB V, der geht an die Krankenkasse. Es gibt den Datensatz nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz, der an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zur Weiterentwicklung des DRG-Katalogs geht. Und dann gibt es den dritten, einen abgewandelten Datensatz, der an die statistischen Landesämter geht. Das sind aber immer die gleichen Patienten. Also haben wir nicht plötzlich, bloß, weil es drei Datensätze gibt, 54 Millionen stationäre Behandlungen. Nein, es sind 18 Millionen, die wir uns dreimal anschauen. Und so etwas finde ich schlimm. Aber es ist gut, dass die Bundesregierung dieses Problem identifiziert hat.

Welche Chancen sehen Sie in der Digitalisierung, um Bürokratie abzubauen?

Wir müssten Digitalisierung zunächst einmal vernünftig definieren. Digitalisierung bedeutet für mich, dass wir endlich die unsägliche Diskussion beenden, wer wann auf welche Daten auf einer Krankenversichertenkarte zugreifen kann. Die Bürger sind viel offener bei dem Thema. Digitalisierung würde für mich außerdem bedeuten, dass ich ein Papier-Dokument über eine Schrifterkennung in ein Praxissystem hineinbekomme. Mit jedem Handy klappt das heute schon.

Was noch?

Ich könnte mir auch vorstellen, dass nicht-ärztliche Hilfskräfte etwa Hausbesuche machen, und dann, beispielsweise, wenn sie bei der Wundversorgung unsicher sind, einfach per Videotelefonie die Vertragsärztin über ihr hochauflösendes Handy draufgucken lassen. Das ist dann quasi ein „Fernblick der Ärztin“ auf die Wunde. Da sind wir noch viel zu schwach unterwegs. Offen gesagt, bin ich kein unkritischer Freund der KI, aber es gibt bestimmte

Disziplinen, bei denen der Einsatz von KI sinnvoll ist. Damit meine ich zum Beispiel die Radiologen, Pathologen, Labormediziner. Die kommen bei der Diagnose unter Nutzung von KI auf ganz andere Ideen, die sie vorher gar nicht gehabt hätte.

Wer ist eigentlich in der Verantwortung, etwas zu tun gegen die Bürokratie: nur die Bundesregierung oder fängt der Prozess in jedem Amt an?

In der Organisationslehre gibt es einen guten Grundsatz: Betroffene zu Beteiligten machen. Deshalb wäre es wirklich wichtig, dass ein „Bottom-up-Prozess“ in Gang kommt. Aber natürlich brauchen wir entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen im Sinne von Leitplanken. Zudem müssen alle Beteiligten ihre Aufgaben bis zu einem bestimmten Zeitpunkt erledigen. Da können wir von den Unternehmen in der Wirtschaft lernen. In jedem Fall müssen die Ärztinnen und Ärzte als Beteiligte eingebunden werden. Auf der Seite der Sozialleistungsträger sitzen ja auch im Medizinischen Dienst Ärztinnen und Ärzte. Das heißt, da muss man sich hinsetzen und wirklich überlegen: Brauchen wir diese oder jene Regelung noch? Ich würde mir sehr wünschen, dass wir das viele Geld im Gesundheitswesen – derzeit geben wir täglich eine Milliarde Euro allein in der GKV aus - viel stärker als momentan für die Patienten einsetzen könnten.

Das Interview führte
Christopher Schäfer.

Bürokratie in der Hausarztpraxis: Zwei Ärzte, zwei Generationen, ein Anliegen

Foto: Christopher Schäfer



Dr. Petra König und Dr. Jan Friedrich König in ihrer Hausarztpraxis in Kaiserslautern.

Früher Nachmittag in Kaiserslautern. Es ist Mittwoch, und die Praxis Dres. König ist geschlossen, weshalb Zeit für ein Gespräch über Bürokratie bleibt. Dr. Petra König (59) betreibt die Hausarztpraxis gemeinsam mit ihrem Sohn Dr. Jan Friedrich König (36), dem das Arztsein nicht erst in die Wiege gelegt werden musste: Denn seine erste Neurologie-Vorlesung hat der Junior bereits im Mutterbauch gehört.

Frau Dr. König, Sie haben als Ärztin in verschiedenen Fachbereichen in Anstellung gearbeitet und sind seit 2018 niedergelassene Hausärztin. In welcher Disziplin haben Sie die meiste Zeit für den direkten Patientenkontakt gehabt?

Dr. Petra König: Ich habe relativ lange Anfang 2000 in der Inneren Medizin in der Klinik gearbeitet. Dort war die Zeit für den Patientenkontakt noch relativ gut, aber ich denke, hier in der Hausarztpraxis bleibt mir schon mehr Zeit.

Hat sich im Bereich der Inneren Medizin dahingehend etwas verändert?

Petra König: Ja, das hat sich verändert. Jüngere Kollegen berichten mir, dass der Praxisbereich mehr Zeit bietet, mit den Patienten zu sprechen. In der Klinik seien es vielleicht noch zehn Prozent Patientenkontakt in der täglichen Arbeit. Sie sehen: Da muss sich einiges verändert haben im Gegensatz zu der Zeit, als ich in der Inneren gearbeitet habe.

Das bedeutet, Sie haben den Schritt in die Niederlassung nicht bereut? Sie benötigen also – wir sprechen ja über das Thema Bürokratie – weniger Zeit für „Papierkram“ und haben mehr Zeit für die Patienten?

Petra König: Das liegt aber nicht nur an weniger Bürokratie. Mir gefällt an der Niederlassung, dass man seine eigenen Vorstellungen umsetzen kann. Der Wechsel in die Praxis war

die Idee meines Sohnes, der gerne mit mir zusammenarbeiten wollte. Alleine hätte ich es wahrscheinlich nicht gewagt, weil mich alleine dieser Berg von Bürokratie, der im Rahmen der Niederlassung auf einen zukommt, abgeschreckt hätte.

Sie sind als Praxisarbeiterin auch Unternehmerin und Arbeitgeberin. Wie groß war die Umstellung?

Petra König: Das war schon ein ganz großer Berg, aber ich hatte etwas Glück, weil es kein kompletter Neustart war. Ich habe eine verwaiste Praxis übernommen. Der Vorbesitzer war gestorben, und dann war ein Vertreter mit eingeschränkten Sprechzeiten da. Das bedeutet: Die Strukturen waren gegeben und ich musste nicht komplett von Null anfangen. Ich habe die Helferinnen gehabt, mein Vorgänger hatte schon alle Daten im Computer, es gab keine Papierakten mehr, und ich habe schon ein fertiges System übernehmen können. Das war ein großer Vorteil.

Aber Sie mussten lernen, plötzlich Chefin zu sein ...

Petra König: ... richtig, Chefin war ich nie zuvor gewesen, aber da haben es mir die Mitarbeiterinnen, die in der Praxis geblieben waren, auch leichtgemacht. Das war sehr angenehm. Denn die unternehmerische Verantwortung ist immens. Mit den Verwaltungsabläufen in der Praxis kannte ich mich erstmal nicht aus, die Ziffern haben sich geändert, und auch die



Anforderungen sind andere geworden. Aber die Helferinnen in der Praxis waren sehr gut sortiert und haben mir schnell gezeigt, dass sie das besser können als ich (lacht) und dass man ihnen auch zu 100 Prozent vertrauen kann.

Herr Dr. König, Sie sind seit fast drei Jahren Mitinhaber der Praxis. Wie viel Zeit bleibt Ihnen pro Tag für die Patienten?

Dr. Jan Friedrich König: In der Praxis ist auf jeden Fall mehr Zeit für den Patienten. Als Selbstständiger nehme ich auch mal Arbeit in meine Freizeit mit nach Hause und fülle am Wochenende zum Beispiel Anträge aus. Deshalb tue ich mich schwer, die Zeit zu beziffern.

Experten sagen, dass Ärzte 25 Prozent ihrer Arbeitszeit für Bürokratie verbrauchen. Ist das realistisch?

Jan Friedrich König: Das kommt mir plausibel vor. Wenn Sie einen Patienten im Zimmer haben, erzählt Ihnen seine komplizierte Krankheitsgeschichte, und es ist vielleicht auch noch ein psychiatrischer Fall, dann dokumentieren Sie danach auch länger, als Sie mit dem Patienten vielleicht geredet haben. Wenn Sie dann noch das Gefühl haben, dass der Patient unzufrieden nach Hause gegangen ist, dann dokumentieren Sie auch noch mal deutlich länger.

Warum ist das so?

Jan Friedrich König: Wir denken heute viel häufiger als früher daran, ob wir uns absichern müssen, ob wir an dieser oder jener Stelle noch etwas in die Akte schreiben müssen, was ich alles ausgeschlossen habe. Auch wenn ich mir häufig denke, dass etwas eigentlich selbstverständlich sein sollte. Aber es ist natürlich dann nicht selbstverständlich, falls es zu einem Gerichtsprozess kommen sollte.

Ist das ein unbestimmtes Gefühl, sich absichern zu müssen oder haben Sie schlechte Erfahrungen gemacht?

Petra König: Wirklich schlechte Erfahrungen haben wir bisher nicht gemacht. Aber wir hören immer wieder von irgendwelchen Kollegen, die sich vor Gericht verantworten müssen. Und wenn ich das erfahre, denke ich manchmal: Okay, das hätte mir ganz genau so passieren können.

Das bedeutet, Sie handeln vorsorglich, obwohl es keine rechtliche Pflicht dazu gibt ...

Petra König: ja, wir versuchen uns abzusichern gegen Eventualitäten. Wir denken als Ärzte, dass juristisch oft nicht mehr in Ruhe nach gesundem Menschenverstand entschieden wird, sondern dass man auf See und vor Gericht in Gottes Hand ist. So entsteht für uns mehr Dokumentationsaufwand, und die Zeit fehlt für die Patienten.

Foto: Christopher Schäfer



Dr. Petra König und Dr. Jan Friedrich König mit Skelett Fred.

Gibt es auch Verwaltungsvorgänge, bei denen Sie immer wieder denken: „Das ist zu kompliziert, das kann abgeschafft werden“?

Petra König: Ein gutes Beispiel ist der Reha-Antrag. Da müssen wir immer erst mal einen Vorantrag an die Krankenkasse schicken, und die entscheidet dann, wer der Kostenträger ist. Dann kriegen wir wieder einen Antrag, und wir müssen das für die Krankenkasse noch einmal ausfüllen. Man macht alles doppelt. Ein Antrag würde vollkommen ausreichen.

Mangelt es auch an zeitgemäßer Technik im deutschen Gesundheitssystem? Haben Sie noch ein gutes altes Faxgerät in der Praxis?

Petra König: Ja, aber wir brauchen es meist nur wegen der Kommunikation mit den Krankenhäusern. Wir bekommen die Befunde, wenn wir sie überhaupt bekommen, von dort nur per Fax. Oder der Entlassungsbrief aus dem Krankenhaus erreicht uns drei Monate später. Und die Krankenhäuser können nicht in die elektronische Patientenakte gucken. Untereinander mit den Praxen läuft der Austausch über die ePA gut.

Jan Friedrich König: Die Kommunikation mit den Pflegediensten ist auch verbesserungswürdig. Die Pflegedienste kommunizieren mit uns immer noch rein über Fax. Wir haben schon darum gebeten, dass sie uns über den verschlüsselten E-Mail-Dienst innerhalb der Telematik-Infrastruktur, also über KIM, schreiben. Aber ich habe nicht mal eine Antwort auf meine E-Mail bekommen. Stattdessen bekommen wir für jedes kleine Problem ein Fax.

Liegt der Fehler im System oder wünschen Sie sich von den Menschen einfach mehr Selbstständigkeit?

Petra König: Die Pflegedienste stehen durch den Medizinischen Dienst so unter Druck, dass sie wirklich immer die ärztliche Absegnung haben müssen. Und ja, ein bisschen

Petra König:
... und obwohl wir so „durchverwaltet“ sind, erreichen uns oft die wichtigsten Informationen nicht, wie zum Beispiel Histologie oder Laborwerte. Und dies passiert selbst dann, wenn wir mehrmals nachfragen.

Pragmatismus würde uns von einer Menge Bürokratie befreien. Ich sage es jetzt mal etwas böse: Was früher Gewissen war, wird heute durch Qualitätsmanagement ersetzt. Aber Qualitätsmanagement heißt, dass einer sitzt und schreibt und nicht mehr am Patienten arbeitet. Auch deshalb fehlt in der Pflege die Zeit. Und das ist fatal.

Frau Dr. König, wenn Sie an Ihr Berufsleben zurückdenken. Wann fing das mit der überbordenden Bürokratie eigentlich an?

Petra König: Also es gab im Klinikbereich Anfang 2000 einen heftigen Bruch durch die Einführung der DRGs, als es plötzlich nicht mehr nach Liegezeit ging, sondern die Leute immer möglichst zügig entlassen werden mussten. Für die DRG-Zertifizierung mussten Papiere vorliegen. Und ich habe es erlebt, wie die Prüfer sich nur die Akten angeguckt haben. Und nicht einer von denen hat mal unter eine Bettdecke geguckt. Aber wie will ich denn eine Pflege beurteilen, wenn ich nicht gucke, wie die Patienten versorgt sind? In den Neunzigerjahren ist längst nicht so viel geschrieben worden.

Jan Friedrich König: Ein schönes Beispiel ist auch das Ende von den Entlassungsbriefen. Dort schickt jetzt die chirurgische Abteilung immer den Beipackzettel zum Beispiel für Novalgin mit, mit denen sich die chirurgische Abteilung absichert, wenn sie den Patienten das Schmerzmittel mit nach Hause gibt. Und der Brief wird mit jedem Medikament immer länger. Der Effekt beim Adressaten ist, dass er das Ende des Briefes gar nicht mehr liest ...

Petra König: ... und obwohl wir so „durchverwaltet“ sind, erreichen uns oft die wichtigsten Informationen nicht, wie zum Beispiel Histologie oder Laborwerte. Und dies passiert selbst dann, wenn wir mehrmals nachfragen.

Herr Dr. König, wenn Sie die Erzählungen Ihrer Mutter von früher hören: Wie schätzen Sie die Veränderungen in der ärztlichen Arbeitsweise ein?

Jan Friedrich König: Die Zeit, die Oberärzten früher auf die Weiterbildung ihrer Assistenzärzte verwandt haben, ist mittlerweile auf ein Minimum reduziert. Junge Assistenzärzte sollen sich in erster Linie alles selbst aneignen. Praktische Techniken werden von Oberärzten kaum noch vermittelt. Assistenzärzte schreiben die Entlassungsbriefe und tragen somit auch die Bürokratielast. Die praktischen Tätigkeiten sind immer weiter nach oben in der Hierarchie gewandert.

Würden Sie denn sagen, dass Digitalisierung von Bürokratie entlasten kann?

Jan Friedrich König: Theoretisch kann die Digitalisierung helfen, aber nur, wenn man sie nicht dafür nutzt, noch fünf Extraparameter zu erheben in der gleichen Zeit. Dann stehen wir am Ende genau da, wo wir am Anfang angefangen haben ...

Petra König: ... und wir haben im Moment immer noch Doppelstrukturen. Das E-Rezept gibt es ja nun schon lange, aber zum Beispiel die Pflegeheime erwarten von uns, dass wir dieses E-Rezept ausdrucken. Auf ein altes Rezept kann ich drei Medikamente schreiben. Wenn ich jetzt aber ein E-Rezept ausdrücke, sind das drei Blätter mit einem QR-Code pro Medikament. Und das kann doch alles nicht wahr sein.

An welcher Stelle bemerkt der Patient, dass es im Gesundheitssystem ein Problem mit Bürokratie gibt?

Jan Friedrich König: Wir haben das Beispiel der Reha schon angesprochen. Wir hatten eine Reha für einen schwer erkrankten Post-Covid-Patienten beantragt. Zuvor hatten wir die Diagnostik gemacht, und dann gehen die Schreiben hin und her, dem Patient geht es immer schlechter, er wird depressiv. Schließlich kommt der Patient noch mit einem Schreiben von seiner zuständigen Rentenkasse resigniert zu mir und sagt, dass er das Schreiben nicht versteht, und ich muss ihm sagen: „Tut mir leid, ich verstehe es leider auch nicht.“

Petra König: Früher gab es für alles Dreifachexemplare. Ein Exemplar für den Patienten, eins für die Krankenkasse, eins für den Arzt, der es ausfüllt. Das war ein überschaubares System. Heute passiert das Gleiche im Computer, aber dafür haben wir einen drei- oder vierseitigen Fragebogen.

Das Interview führte Christopher Schäfer.

Mitgliederbefragung MB-Monitor: Zeitaufwand für Verwaltungstätigkeiten auf hohem Niveau

Die ärztliche Arbeit in den Krankenhäusern ist vielfach durch Überlastung, Personalmangel und hohe Bürokratielast geprägt – das wird in der Mitgliederbefragung „MB-Monitor“ deutlich, die der Marburger Bund alle zwei Jahre durchführt. Zuletzt haben sich bei der Umfrage 2024 bundesweit 9.649 Ärztinnen und Ärzte zu Themen wie Arbeitsdichte, Bürokratie, Gewalt und weitere Themen geäußert.

Mit Blick auf die Arbeitszeit ist zu erkennen, dass der gewünschte Stundenumfang pro Woche und die tatsächliche Arbeitszeit weit auseinandergeht: Im Durchschnitt arbeiten Ärzte in Vollzeit etwa 55 Stunden pro Woche. Ein Fünftel (etwa 24 Prozent) arbeitet laut

Umfrage regelmäßig 60 Stunden und mehr. Die Mehrheit der Befragten (91 Prozent) wünschen sich eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 48 Stunden. Der Rest (neun Prozent) wünscht sich mehr als 48 Stunden inklusive aller Dienste und Überstunden.

Ein ähnliches Bild zeichnet sich bei den Teilzeitbeschäftigten ab: Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit bei Ärzten mit Teilzeitvertrag liegt bei 39 Stunden pro Woche. Ein Drittel (31 Prozent) arbeitet etwa 40 bis 48 Wochenstunden. 14 Prozent arbeiten etwa 49 bis 59 Wochenstunden und vier Prozent sogar 60 Stunden und mehr. Die Wunscharbeitszeit von 55 Prozent der befragten Teilzeitbeschäftigten liegt bei 30 bis 39

Stunden pro Woche arbeiten. 30 Prozent wünschen sich eine Arbeitszeit von weniger als 30 Stunden pro Woche.

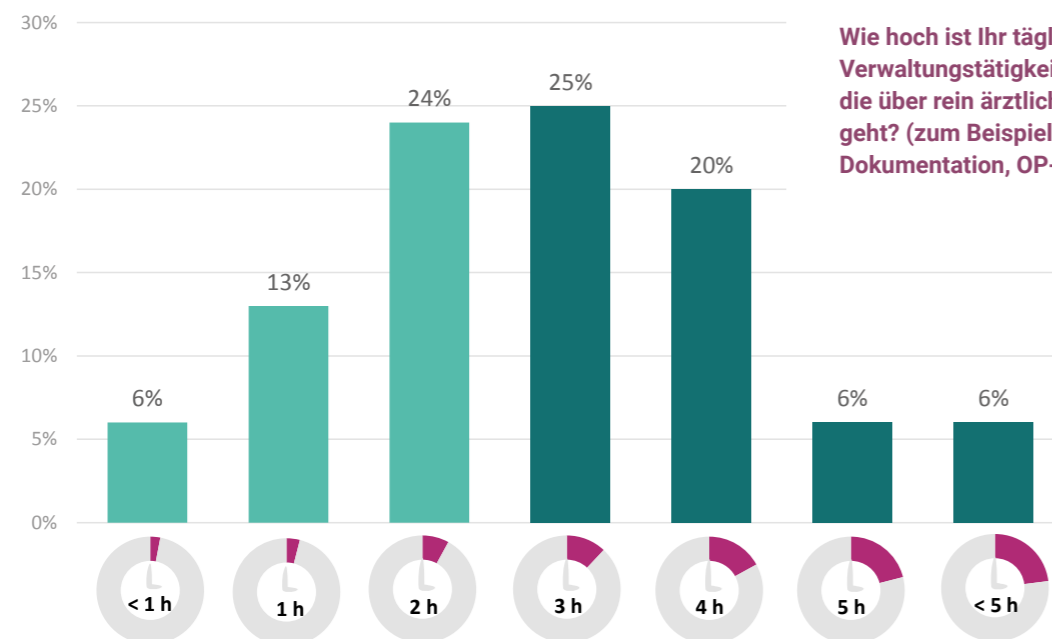
Als Grund für unnötige Überstunden und Mehrarbeit wird in der Befragung unter anderem die Bürokratie genannt. Im Durchschnitt würden etwa drei Stunden pro Tag durch unnötige Bürokratie verloren gehen, heißt es in der Auswertung der MB-Umfrage. Demnach liege der tägliche Zeitaufwand für Verwaltungstätigkeiten – dazu gehören Datenerfassung, Dokumentation und OP-Voranmeldung – bei 24 Prozent der Befragten bei zwei Stunden. 25 Prozent gaben an, dass der Zeitaufwand bei drei Stunden liege, 20 Prozent benötigen sogar vier Stunden pro Tag.



Foto: Adobe Stock/Fotosphaere

Detailanalyse:

TÄGLICHER ZEITAUFWAND FÜR VERWALTUNGSARBEITEN



Wie hoch ist Ihr täglicher Zeitaufwand für Verwaltungstätigkeiten und Organisation, die über rein ärztliche Tätigkeiten hinausgeht? (zum Beispiel Datenerfassung und Dokumentation, OP-Voranmeldung)

Im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums hatte der MB-Bundesverband bereits 2023 eine Task-Force Entbürokratisierung eingerichtet, um Entbürokratisierungspotenzial zu identifizieren. Die erarbeiteten Ergebnisse sind nach wie vor aktuell: Generell sollte vor dem Erlass von neuen Gesetzen und Verordnungen bestehende Vorgaben auf ihre Notwendigkeit hin überprüft werden. Das geschehe am besten durch eine regelhafte Anhörung der Berufsangehörigen, schlägt der Marburger Bund vor.

Speziell im stationären Bereich binde das Vergütungssystem Personalkapazitäten in großem Maße mit Aufgaben wie Kodierung, Medizincontrolling und Abrechnungsstreitigkeiten. Die Abschaffung des DRG-Systems würde zu einer Entbürokratisierung in den Krankenhäusern führen, so der Marburger Bund. Die als bedarfsgerecht in die Krankenhausplanung aufgenommenen Kliniken müssen ausreichend wirt-

schaftlich gesichert werden, damit die Länder ihren Sicherstellungsauftrag erfüllen können.

Die aktuelle Organisation von Strukturprüfungen sorgen ebenfalls für einen bürokratischen Aufwand: Bei der 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 und MD-Qualitätskontrolle sei unsystematisch und führe zu bürokratischem Mehraufwand, heißt es in der Ergebnisübersicht. „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“, so der MB.

Auf wiederholte 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. Um die Belastungen zu verringern, wäre es sinnvoll, Überschneidungen in den MD-Prüfungen zu identifizieren und zusammenzufassen, schlägt der MB vor. Grundsätzlich sollte im Sinne eines konsequenten Bürokratieabbaus der Umfang von Strukturprüfungen begrenzt werden.

Michaela Kabon



Ø 3 h