



©kolonko - stock.adobe.com

Entbürokratisierung? Fehlanzeige.

Medizinforschungsgesetz, Arztzahlen und die merkwürdige Vorstellung eines Ministers von Entbürokratisierung

Von Dr. med. Ulf Dennler

Der nachfolgende Beitrag befasst sich mit der auch in neuen Gesetzen nicht umgesetzten Entbürokratisierung und welche Folgen dies für Kliniken und Patienten hat.

Keywords: Dokumentation, Strategie, Gesundheitspolitik

Am 04.07.2024 hat der Deutsche Bundestag um 16:40 Uhr dem Medizinforschungsgesetz zugestimmt und dabei die Berichtsanforderungen an Krankenhäuser drastisch verschärft. Unter Nutzung der Feinheiten des parlamentarischen Prozederes wurde eine Regelung, die vom Parlament im Krankenhaustransparenzgesetz abgelehnt wurde, erneut aufgegriffen und diesmal verabschiedet. Dabei hat sich der Bundesgesundheitsminister, Prof. Dr. Karl Lauterbach, zu Recht darauf verlassen, dass es den Parlamentariern nicht möglich ist, alle Änderungen zwischen dem Referentenentwurf und der Entschlussfassung in kürzester Zeit zu lesen und zu verstehen.

Am 19. Oktober 2023 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz) beschlossen. Durch das Krankenhaustransparenzgesetz wurde der § 135d neu in das SGB V aufgenommen. Dabei wurde auch festgelegt, dass im Bundes-Klinik-Atlas die personelle Ausstattung im Verhältnis zum Leistungsumfang darzustellen ist. Als Folgeregelung wurden Erweiterungen des § 21 im Krankenhausentgeltgesetz erforderlich und die Punkte f und g ergänzt:

f) die Anzahl des insgesamt beschäftigten ärztlichen Personals und die Anzahl des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung beschäftigten ärztlichen Personals, jeweils einschließlich der Facharztbezeichnung und wenn vorhanden, der Schwerpunktbezeichnung, und bei ärztlichem Personal in Weiterbildung jeweils unter Angabe des Weiterbildungsgebietes, umgerechnet jeweils auf Vollkräfte, gliedert nach dem Kennzeichen des Standorts nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und nach den Fachabteilungen des Standorts,

g) die in Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch genannten Leistungsgruppen, denen die vom Krankenhaus erbrachten Behandlungsfälle zuzuordnen sind, jeweils gegliedert nach dem Kennzeichen des Standorts nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch; im Fall der von § 135d Absatz 3 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch betroffenen Krankenhäuser tritt bis zum 31. Dezember 2025 an die Stelle der in Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch genannten Leistungsgruppen die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zugewiesene Leistungsgruppe;

Eine im Referentenentwurf noch vorgeschlagene Darstellung der Arztzahlen je Leistungsgruppe wurde im Gesetz angesichts des Aufwandes und mangels Praktikabilität verworfen. Unschärf ist dabei der Begriff „Leistung“, der oft fälschlich mit Fallzahlen gleichgesetzt wird. Laut Duden beschreibt der Begriff Leistung das Verhältnis aus der (bei einem physikalischen Vorgang) verrichteten Arbeit zu der benötigten Zeitspanne. An dieser Definition orientiert sich das InEK im

Standortnummer	Merkmal Beschäftigungsverhältnis	Entgeltbereich	FAB	Merkmal Facharzt-Weiterbildung	Facharztbezeichnung	Zusatz-Weiterbildung	Ärztliches Personal – (insgesamt)	Ärztliches Personal – (unmittelbare Patientenversorgung)
260123456	0	DRG	1500	0	AQ06	ZF15	0,500	0,400
260123456	0	DRG	1800	0	AQ13	ZF49	0,500	0,400

Tab. 1: Eintrag in Datei Arztportal (Theorie)

Kalkulationshandbuch, wenn die Arbeit des Personals nach Belegungstagen, Schnitt-Naht-Zeiten oder Anästhesiezeiten zu erfassen und auf die Kosten umzurechnen ist.

Bereits in der Fortschreibung der Datensatzbeschreibung vom 16.04.2024 ist das InEK über den gesetzlichen Auftrag hinausgegangen und hat neben der Verteilung nach Standorten auch die Verteilungen nach Entgeltbereichen und neben den Facharztqualifikationen/Schwerpunkten auch die Zusatzweiterbildungen als Qualifikationen gefordert. Die entsprechenden Schlüsselverzeichnisse orientieren sich an den Vorgaben zur Erstellung der Qualitätsberichte.

Ab dem 15.07.2024 sind die Arztzahlen in zwei Dateien des §21-Datensatzes darzustellen. In der Datei Arztqualifikation_Standort sind alle Personen, die gemäß § 2a der Bundesärzterordnung (BÄO) zum Führen der Berufsbezeichnung „Arzt“ oder „Ärztin“ befugt

unmittelbaren Patientenversorgung anzugeben. Dabei wird jede Person entsprechend der Anzahl ihrer Qualifikationen mehrfach gezählt. In der Datei Arztpersonal ist jede Person nur

die Erläuterungen zur Datei Arztpersonal aus Sicht der Praxis anschaut.

Beispiel : Eine fest angestellte Ärztin mit einer Wochenarbeitszeit von 40,0

„Die Komplexität erhöht sich deutlich, wenn man berücksichtigt, dass jede der Zusatzweiterbildungen in jeder Fachabteilung benötigt werden (z.B. ZWB Spezielle Visceralchirurgie auch in der Onkochirurgie und ZWB Intensivmedizin auch bei der Versorgung von Erkrankungen der Aorta).“

einmal zu zählen und die Arbeitszeit nach Inanspruchnahme ggf. auf verschiedene Fachabteilungen und Entgeltbereiche zu verteilen.

Da gleichzeitig der zusätzliche Entgeltbereich ‚HYB‘ für Hybrid-DRGs in die Krankenhausstatistik aufgenommen wird, entstehen die ersten Konflikte bei der praktischen Umsetzung. Dem

Stunden hat sowohl eine Facharzt-Weiterbildung der Allgemein Chirurgie (AQ06) als auch der Viszeralchirurgie (AQ13) sowie die Zusatz-Weiterbildungen Intensivmedizin (ZF15) und Spezielle Viszeralchirurgie (ZF49). Sie arbeitet insgesamt zu 80% in der unmittelbaren Patientenversorgung, davon hälftig auf der FAB 1500 (Allgemeine Chirurgie) und hälftig auf der FAB 1800 (Gefäßchirurgie). Die Einsatzzeit ist auf die tatsächlichen Einsatzgebiete aufzuteilen und die dafür jeweils relevanten Fachexpertisen in den Zeilen der entsprechenden FAB anzugeben. In der Datei Arztpersonal ist sie somit in zwei Zeilen zu erfassen (► Tab. 1):

„Bereits in der Fortschreibung der Datensatzbeschreibung vom 16.04.2024 ist das InEK über den gesetzlichen Auftrag hinausgegangen und hat neben der Verteilung nach Standorten auch die Verteilungen nach Entgeltbereichen und neben den Facharztqualifikationen/Schwerpunkten auch die Zusatzweiterbildungen als Qualifikationen gefordert.“

sind, mit ihren Fachgebieten, Schwerpunkten und Zusatzweiterbildungen sowie Merkmalen zum Entgeltbereich, zum Beschäftigungsverhältnis, zum Stand der Facharztweiterbildungen sowie dem Anteil der Tätigkeit an der

BMG und dem InEK selbst sind ganz offensichtlich weder die Komplexität der resultierenden Verteilung der VK-Anteile noch die Relevanz von Zusatzweiterbildungen für bestimmte ärztliche Leistungen bewusst, wenn man

Die Komplexität erhöht sich deutlich, wenn man berücksichtigt, dass jede der Zusatzweiterbildungen in jeder Fachabteilung benötigt werden (z.B. ZWB Spezielle Visceralchirurgie auch in der Onkochirurgie und ZWB Intensivmedizin auch bei der Versorgung von Erkrankungen der Aorta). Außerdem fehlt der Entgeltbereich ‚HYB‘, wenn in der Chirurgie Patienten mit

Standortnummer	Merkmal Beschäftigungsverhältnis	Entgeltbereich	FAB	Merkmal Facharzt-Weiterbildung	Facharztbezeichnung	Zusatz-Weiterbildung	Ärztliches Personal – (insgesamt)	Ärztliches Personal – (unmittelbare Patientenversorgung)
260123456	0	DRG	1500	0	AQ06	ZF15	0,245	0,196
260123456	0	DRG	1500	0	AQ13	ZF49	0,245	0,196
260123456	0	HYB	1500	0	AQ06	ZF15	0,005	0,004
260123456	0	HYB	1500	0	AQ13	ZF49	0,005	0,004
260123456	0	DRG	1800	0	AQ06	ZF15	0,250	0,200
260123456	0	DRG	1800	0	AQ13	ZF49	0,250	0,200

Tab. 2: Eintrag in Datei Arztportal (Praxis)

Kostenbereich	Personalkosten Ärztlicher Dienst
01 Normalstation	321,29 €
02 Intensivstation	9,71 €
04 OP-Bereich	378,43 €
05 Anästhesie	300,39 €
07 Kardiologische Diagnostik/Therapie	0,22 €
08 Endoskopische Diagnostik/Therapie	1,04 €
09 Radiologie	3,77 €
10 Laboratorien	2,40 €
11 Diagnostische Bereiche	9,66 €
12 Therapeutische Verfahren	0,87 €
13 Patientenaufnahme	36,50 €
Summe	1.064,28 €
Summe ohne stationäre Behandlung	733,28 €
Anteil an Leistung	
04 OP-Bereich	51,608%
05 Anästhesie	40,965%
07 Kardiologische Diagnostik/Therapie	0,030%
08 Endoskopische Diagnostik/Therapie	0,142%
09 Radiologie	0,514%
10 Laboratorien	0,327%
11 Diagnostische Bereiche	1,317%
12 Therapeutische Verfahren	0,119%
13 Patientenaufnahme	4,978%

Tab. 3: Mögliche Verteilung der ärztl. Tätigkeit in unserem Beispiel

Hernien oder Sinus pilonidalis versorgt werden. So werden aus den zwei Zeilen im theoretischen Beispiel sechs Zeilen in der Realität (► Tab. 2).

Auch dieses Beispiel ist noch nicht korrekt, wenn man die Vorgabe „Ärztliches Personal, das fachabteilungsübergreifend eingesetzt wird, ist den einzelnen Fachabteilungen des Standorts jeweils anteilig nach Inanspruchnahme zuzuordnen“ beachtet. Inan-

der Lage sein, gemessene Arbeitsleistung konkret einem Patienten zuzuordnen. Aber auch Kalkulationshäuser ordnen die dem Patienten zugeordnete Leistung nicht gleichzeitig einem bestimmten Arzt und dessen Qualifikationen zu. Als Surrogat für die fehlende individuelle ärztlichen Zeiterfassung je Patient könnte die Kostenkalkulation des InEK genutzt werden und diese auf alle Ärzte einer Fachabteilung umgerechnet werden.

„Durch die Berechnung wird deutlich, dass von dieser DRG bei Abrechnung im Entgeltbereich ‚HYB‘ nur etwa 52 Prozent den Chirurgen, 41 Prozent den Anästhesisten und sieben Prozent weiteren diagnostischen und therapeutischen Fachgebieten zuzuordnen sind.“

spruchnahme bedeutet für Personal die zeitliche Bindung des Mitarbeiters, wenn man als systematischen Ansatz die Hinweise zur Leistungserfassung für die Psychiatrischen Institutsambulanzen, die Modellvorhaben oder die Kostenkalkulation berücksichtigt.

Mit Ausnahme der Kalkulationshäuser werden viele Krankenhäuser nicht in

Am Beispiel der Kalkulation der DRG G24B als Ausgangsbasis für G24N (Datenbasis 2022, Katalogjahr 2024) würde die Verteilung wie in ► Tabelle 3 gezeigt aussehen.

Durch die Berechnung wird deutlich, dass von dieser DRG bei Abrechnung im Entgeltbereich ‚HYB‘ nur etwa 52 Prozent den Chirurgen, 41 Prozent den

Anästhesisten und sieben Prozent weiteren diagnostischen und therapeutischen Fachgebieten zuzuordnen sind. Bei einer wortwörtlichen Auslegung der gesetzlichen Vorgaben müsste eine solche Verteilung für jeden einzelnen Patienten vorgenommen werden, um auch Fachgebiete wie die Anästhesiologie, die Radiologie oder die Labormedizin angemessen abzubilden. Weitere Regelungen und Sachverhalte sind entweder nur auf den ersten Blick plausibel oder wurden bisher gar nicht bedacht:

- Anzugeben sind VK-Äquivalente auf Basis einer 40-Stunden-Woche, so dass Ärzte bei 38,5 h Wochenarbeitszeit mit 96,25 Prozent und Ärzte mit 42 Wochenarbeitsstunden mit 105,00 Prozent zu erfassen sind. Ge-regelt ist, dass Ärzte, für die keine Lohnkosten (z.B. wegen Mutterschutz) anfallen, nicht zu zählen sind. Ungeregt ist der Umgang mit Opt-out-Regelungen (48 Stunden = 120 Prozent ?) oder (bezahlte) Überstunden.
- Zur Interpretation des Begriffs der „unmittelbaren Patientenversorgung“ verweist das InEK auf die Krankenhausstatistik-Verordnung, in der dieser Begriff jedoch in keiner Weise erklärt oder verwendet wird. Bei medizinischer Forschung ist eine Abgrenzung oft nicht möglich, da sich Patientenversorgung und die Durchführung von Studien überschneiden.
- Zusatzweiterbildungen wurden seitens des Personalmanagements häufig nur dann systematisch erfasst, wenn diese aus Gründen der tariflichen Eingruppierung oder von Strukturprüfungen unmittelbar erforderlich waren. Eine Gesamterfassung erfordert entsprechende Zeit der Datenerfassung und -aufbereitung und war nicht in der kurzen Zeit zwischen Veröffentlichung der Datensatzbeschreibung und dem Datum der ersten Datenlieferung leistbar.

Die Qualifikationen und Arztzahlen werden in den beiden Tabellen unterschiedlich abgebildet. Einer Fehlinterpretation der Daten leistet der Umstand Vorschub, dass in beiden Dateien das Personal unterschiedlich gezählt wird und außerdem als gesonderter „Entgeltbereich“ der Begriff „SUM“ als Gesamtzahl der beschäftigten VK je Standort eingefügt wurde. Je nach Kompetenz desjenigen, der diese Daten weiterverarbeitet und auswertet, sind völlig unterschiedliche Interpretationen zur ärztlichen Ausstattung der einzelnen Krankenhäuser zu erwarten.

Entbürokratisierung?

Der vorläufige Höhepunkte der „Entbürokratisierung-Agenda Lauterbach“ wird durch das Medizinforschungsgesetz erreicht. In der auf den 03.07.2024 datierten Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung (- Drucksache 20/11561 -) wurde als Ergänzung zum Gesetzesentwurf vom 29.05.2024 eine lapidare Änderung als Artikel 6a - Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes eingefügt: „1. Absatz 2 Nummer 1 wird wie folgt geändert:

a) In Buchstabe f werden nach dem Wort „Sozialgesetzbuch“ ein Komma und die Wörter „nach den Leistungsgruppen nach Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch“ eingefügt.“

Prof. Lauterbach hat auf die Unfähigkeit des Parlaments, rechtzeitig bis zum 04.07.2024 diese Änderung zu lesen und die Auswirkungen dieser Formulierungen zu verstehen, spekuliert und sieht sich durch die Annahme der Regelung, die bei der Diskussion des Krankenhaustransparenzgesetzes noch abgelehnt wurde, bestätigt. Zukünftig ist nach §21 KHEntgG das ärztliche Personal nach Leistungsgruppen zu dokumentieren, um diese Daten für den Bundes-Klinik-Atlas zu nutzen: „... die Anzahl des insgesamt beschäftigten ärztlichen Personals und die Anzahl des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung beschäftigten ärztlichen Personals, jeweils einschließlich der Facharztbezeichnung und wenn vorhanden, der Schwerpunktbezeichnung, und bei ärztlichem Personal in Weiterbildung jeweils unter Angabe des Weiterbildungsgebietes, umgerechnet jeweils auf Vollkräfte, gegliedert nach dem Kennzeichen des Standorts nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, **nach den Leistungsgruppen nach Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch** und nach den Fachabteilungen des Standorts,“

Angesichts der Komplexität und der zahlreichen offenen Fragen ist kurzfristig nicht zu erwarten, dass durch diesen Schachzug eine verwertbare und aussagefähige Beschreibung der Strukturqualität der Krankenhäuser entsteht. Betrachtet man die mögliche Variabilität der Fallkonstellationen in den verschiedenen Leistungsgruppen und der Unmöglichkeit, ohne Kostenkalkulation unterjährig einen echten Leistungsbezug herzustellen, erscheint es aus analytischer

Sicht nahezu ausgeschlossen, dass zwei Leistungserbringer ihre Arztzahlen absolut identisch präsentieren und diese Zahlen am Ende einen Vergleich der beiden Einrichtungen ermöglichen.

Dramatisch zunehmen wird aber der bürokratische Aufwand für Ärzte, ihre Arbeit am Patienten zu dokumentieren und somit fehlt entweder noch mehr Zeit für die unmittelbare Patientenversorgung oder durch den zusätzlich erforderlichen Personaleinsatz verteuert sich die medizinische Behandlung zu Lasten der Solidargemeinschaft. ■



Dr. med. Ulf Dennler
Mitglied des Vorstandes
Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling

Für ein effizientes Medizincontrolling!

AMONDIS[®] MD-/Kostenträgerdialog

Ein idealer Nachfolger des Reklamationsmanagement-Tools RKT.



Besuchen Sie uns auf dem
24. Herbstsymposium
des DGfM e.V.

23. - 25.09.24
in Frankfurt

DGfM
Deutsche Gesellschaft
für Medizincontrolling e.V.

Vereinbaren Sie bereits jetzt
einen Termin unter:
kontakt@uhb-software.com

www.uhb-software.com