



MODELLPROJEKT
BÜROKRATIEABBAU IN
BAYERISCHEN KRANKENHÄUSERN

Handlungsplan

MODELLPROJEKT
BÜROKRATIEABBAU IN
BAYERISCHEN KRANKENHÄUSERN

INHALT

Grußwort	05
Hintergrund zum Modellprojekt „Bürokratieabbau in bayerischen Krankenhäusern“	06
1. Weniger Dokumentation und weniger Mehrfachmeldungen	08
2. Große Errungenschaft: Vereinfachungen bei Zusatzentgelten und neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	09
3. Aufwandsärmere Strukturprüfungen und Qualitätskontrollen	10
4. Entschlackung von Krankenhausabrechnungsprüfungen	11
5. Prüfung der Nutzenrelevanz der OPS-Komplexcodes	12
6. Optimierung der medizinischen Begründungen	13
7. Verbesserung von Einweisungs- und Entlassmanagement	14
8. Konturierung und Definition: Soziale Indikation	16
9. Etablierung eines Modellprojekts zu „Vorabprüfungen“	17
10. Stärkung von Digitalisierung und Automatisierung	18

GRUSSWORT

Sehr geehrte Damen und Herren,

gute medizinische Versorgung braucht gut ausgebildete und motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Um dieses Ziel zu erreichen, sind attraktive Arbeitsbedingungen für alle Beschäftigten im Krankenhaus entscheidend.

Neben der Vielzahl von Maßnahmen, die wir in Bayern bereits getroffen haben, bedeutet für mich eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen vor allem eines – eine spürbare Entlastung von patientenfernen und bürokratischen Tätigkeiten.

Mit dem Modellprojekt „Bürokratieabbau in bayerischen Krankenhäusern“ haben wir uns zusammen mit dem Medizinischen Dienst Bayern, der AOK Bayern, der Bayerischen Krankenhausgesellschaft und dem Beauftragten für Bürokratieabbau der Bayerischen Staatsregierung Herrn Walter Nussel MdL unter wissenschaftlicher Begleitung von Herrn Prof. Andreas Beivers und Herrn Dr. Christof Minartz vom Institut für Gesundheitsökonomik dem Abbau von Bürokratie gewidmet. Binnen weniger Monate konnten so wichtige Weichen für eine Reduzierung bürokratischen Aufwands gestellt werden.

Das Kernstück des Projekts, die Praxisworkshops mit 16 ausgewählten bayerischen Kliniken, hat eine Vielzahl von wertvollen Erkenntnissen geliefert. Es wurden praktikable Maßnahmen und Handlungsansätze erarbeitet, welche im Rahmen des geltenden Rechts umgesetzt werden. Besonders wichtig für den Erfolg des Projekts ist aus meiner Sicht: die Maßnahmen werden gemeinsam von allen

Akteuren getragen, von Kostenträgerinnen und Kostenträgern bis hin zu Leistungserbringern und Leistungserbringern.

In Bayern haben wir verstanden: Wir brauchen die Hand am Bett, nicht am Stift! Den Beschäftigten im Krankenhaus muss ermöglicht werden, das zu tun, wofür sie eigentlich brennen – ihren Beruf auszuüben, Menschen zu heilen und zu versorgen und das unter attraktiven Bedingungen.

Ich danke den Beteiligten für ihr herausragendes Engagement und freue mich sehr, dass durch den vorliegenden Handlungsplan ein langfristiger Beitrag zum Abbau von Bürokratie in unseren bayerischen Krankenhäusern geleistet wurde.

Ihr



Klaus Holetschek MdL

Staatsminister für Gesundheit und Pflege

HINTERGRUND ZUM MODELLPROJEKT

„Bürokratieabbau in bayerischen Krankenhäusern“

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Gesundheitswesen ist kein Selbstzweck: Es muss die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt aller Bemühungen stellen und ineffiziente Prozesse vermeiden. Dem folgt das Ziel, mit knapper werdenden Ressourcen für alle Bürgerinnen und Bürger eine hochwertige medizinisch-pflegerische Versorgung, ebenso wie einen guten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen sicherzustellen. Hier leisten die bayerischen Krankenhäuser eine zentrale Aufgabe. Damit dies – gerade vor dem Hintergrund einer zunehmend angespannten Personalsituation in den Krankenhäusern – auch in Zukunft gelingen kann, gilt es alle Bereiche dahingehend zu analysieren, wie wir die Dinge besser machen und auf unnötige bürokratische Tätigkeiten verzichten können: zum Wohle der Patientinnen und Patienten sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Das bayerische Klinikpersonal zeichnet sich durch hochqualifizierte und hochmotivierte Fachleute aus, die einen wichtigen Beitrag zur Versorgung der Bevölkerung leisten. Ihre Arbeit an und für die Patientinnen und Patienten ist essentiell. Doch unnötige Dokumentationsverpflichtungen ebenso wie bürokratische Auflagen, welche am Ende für die Patientinnen und Patienten keinen Mehrwert bieten – weder in puncto Versorgungssicherheit noch Versorgungsverbesserung – gilt es dringend zu überprüfen und, wo gesetzlich möglich, zu entschlacken.

Eine Entlastung der Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeiter durch weniger Bürokratie und weniger Dokumentation ist zwingend erforderlich, damit sie wieder mehr Freiraum für das haben, was sie am besten und am liebsten tun: Patientinnen und Patienten versorgen.

Als Gesundheitsökonom und Hochschullehrer bin ich Herrn Staatsminister Klaus Holetschek MdL sehr dankbar, dass er sich hierfür auf allen Ebenen einsetzt und damit auch das Modellprojekt „Bürokratieabbau in bayerischen Krankenhäusern“ ins Leben gerufen hat.

Um in den bayerischen Krankenhäusern praktikable und nachhaltig wirkende, sowie im Rahmen geltenden Rechts umsetzbare, allgemeinverbindliche Erleichterungen zu ermöglichen bzw. aufzuzeigen, wurde im Zeitraum von März bis Juli 2023 gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst Bayern, der Bayerischen Krankenhausgesellschaft, der AOK Bayern als Vertreterin der gesetzlichen Krankenkassen sowie mit dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege und unter Mitwirkung des Beauftragten für Bürokratieabbau der Bayerischen Staatsregierung Herrn Walter Nussel MdL der vorliegende „Handlungsplan“ erarbeitet.

Zentrales Element des Modellprojekts war hierbei der „Praxischeck“, sprich die Workshops mit 16 ausgewählten bayerischen Kliniken¹, die über die Regierungsbezirke verteilt sind und alle Größen und verschiedene Träger vertreten, um wirklich sicherzustellen, dass die erarbeiteten

1 Folgende 16 Kliniken haben teilgenommen: Barmherzige Brüder Regensburg, Bezirkskrankenhaus Günzburg, Caritas-Krankenhaus St. Josef Regensburg, Kbo-Isar-Amper-Klinikum Haar, Kinderklinik Dritter Orden Passau, Klinik Kitzinger Land (Kitzingen), Kliniken Südostbayern (Traunstein), Klinikum Bamberg, Klinikum Garmisch-Partenkirchen, Klinikum Kulmbach, Klinikum Memmingen, Klinikum Nürnberg, Klinikum Würzburg Mitte gGmbH (KWM) – Julius-Spital Würzburg, Klinikverbund Allgäu – Klinikum Kempten, Sana-Klinikum Hof, Stadtkrankenhaus Schwabach

Lösungskonzepte schnell und praktikabel umgesetzt werden können.

Die Vertreterinnen und Vertreter der Kliniken selbst brachten dabei Erfahrungen aus den Bereichen Ärzteschaft & Pflege, IT, Controlling sowie Verwaltung mit ein. Sie alle haben gemeinsam die Handlungsfelder und Maßnahmen identifiziert und konkrete Lösungskonzepte zusammengetragen. Die Krankenhäuser stehen mit Blick auf Trägerschaft, Größe, Versorgungsbereich und Region repräsentativ für die Krankenhausversorgung in Bayern.

Im Ergebnis gelang es, erste Maßnahmen umzusetzen, die zu Erleichterungen im Alltag bayerischer Krankenhäuser durch einen kontinuierlichen, vertrauensvollen Dialog aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer führen. Außerdem wurden konkrete Lösungskonzepte für die Krankenhäuser zur Entlastung von bürokratischem Aufwand und zu Erleichterungen bei Bürokratie und Dokumentation formuliert. Der oben genannte „Praxischeck“ zeigte aber auch, dass die zu generierenden Entlastungspotenziale u. a. stark vom Digitalisierungsgrad des einzelnen Hauses abhängen, was eine Quantifizierung der gesamten Entbürokratisierungseffekte durch das Modellprojekt kaum möglich macht.

Grenzen für die im Rahmen des Modellprojektes identifizierten Handlungsmöglichkeiten zeigten sich dort, wo bürokratische Vorgaben durch Bundesrecht verbindlich vorgegeben sind. Hier wurden konkrete Forderungen an die Bundesebene formuliert, welche maßgeblich in der Verantwortung ist. Im Einzelnen haben sich im Rahmen des Projekts bzw. der Praxisworkshops zehn Handlungsfelder manifestiert. Für jedes dieser wurden Lösungskonzepte erarbeitet, welche im Folgenden dargestellt werden.

Ich bin mir sicher, dass der Freistaat Bayern damit dem Ziel, knapper werdende Personal-

ressourcen besser einsetzen zu können und gleichzeitig attraktivere Arbeitsbedingungen für alle Beschäftigten in den bayerischen Krankenhäusern zu schaffen, einen wesentlichen Schritt nähergekommen ist.

Auch wenn der „bayerische Aktionsradius“ des gesetzlich Machbaren begrenzt ist, so zeigt sich doch, dass ein strukturierter Dialog mit den Akteuren, ein „Praxischeck“ mit den Vor-Ort-Aktiven ebenso wie die Etablierung einer Vertrauenskultur dazu beitragen kann, dass Erfolge gelingen. Dafür bin ich allen Beteiligten sehr dankbar!

Ihr

Prof. Dr. Andreas Beivers

Professor für Volkswirtschaftslehre
und Gesundheitsökonomie
Hochschule Fresenius München



1. WENIGER DOKUMENTATION und weniger Mehrfachmeldungen

Situationsanalyse:

- Die Praxisworkshops haben bestätigt: Eine Vielzahl von Dokumentationsverpflichtungen aufgrund gesetzlicher Vorgaben und die Meldung von Daten an unterschiedliche Empfänger stellen für nahezu alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern Tag für Tag hohe bürokratische Belastungen dar.
- So werden nach übereinstimmenden Einschätzungen aller Klinikvertreterinnen und -vertreter insbesondere Arbeitsroutinen in der patientenunmittelbaren Pflege sowie dringliche Pflegebedarfe ständig durch Dokumentationsverpflichtungen unterbrochen.

Herausforderung:

- Ziel muss die Entlastung des Krankenhauspersonals durch weniger Bürokratie und weniger Dokumentation sein. Dafür sind vor allem Erleichterungen für die „Pflege am Bett“ im Rahmen des geltenden Rechts entscheidend. Dafür sind vor allem Erleichterungen für die „Pflege am Bett“ im Rahmen des geltenden Rechts entscheidend.

Lösung bzw. Lösungsansatz für Bayern:

Zusicherung der Bayerischen Krankenhausgesellschaft:

- » Die Bayerische Krankenhausgesellschaft sensibilisiert ihre Mitglieder hinsichtlich gesetzlich vorgegebener Dokumentationsverpflichtungen, um darüber hinausgehende

Dokumentationsaufwände, die heute in den Krankenhäusern erfolgen, zu vermeiden.

- » Die Bayerische Krankenhausgesellschaft steht hier für Klärungsfragen ihrer Mitglieder zur Verfügung.

FORDERUNG DER PROJEKTPARTNERINNEN UND -PARTNER AN DIE BUNDESEBENE:

Ziel muss sein, dass künftig alle Meldepflichten, bei denen keine weitergehenden medizinischen Unterlagen beizufügen sind, aus einem führenden Routine-Datensatz heraus erfolgen. Der führende Datensatz ist bereits in § 21 KHEntgG geregelt (sogenannter § 21-Datensatz²).

- Diese Datenlieferung ist sowohl inhaltlich, zeitlich als auch bezüglich des Empfängerkreises sowie dessen Nutzungen zweckgebunden und bedarfsgerecht zu erweitern, um bereits vorhandene und ggf. künftige Datenmeldepflichten über diesen einheitlichen sog. „Datenkranz“ verwenden zu können. Auch sollten Daten aus allgemeinen Rahmendaten der Meldepflichten auf Landesebene genutzt werden können.
- Weiterhin ist anzustreben, dass auch Personalmeldungen³, DEMIS⁴-Meldungen und Bettenbelegungen über Standardschnittstellen integriert werden.
- Die Industrie ist zu verpflichten, diese Melde-Sachverhalte über das KIS-System⁵ und weitere datenführende Systeme im Krankenhaus zu automatisieren. Echtzeit-Daten sollten erst gemeldet werden, wenn dies auto-

2 Der § 21-Datensatz beschreibt ein standardisiertes Datenformat, welches nach § 21 KHEntgG von den Krankenhäusern an das Institut für Entgeltkalkulation (InEK) zu übermitteln ist. In diesem Datensatz sind Leistungsdaten jedes einzelnen Krankenhauses zu einem gewissen Stichtag enthalten.

3 Wie beispielsweise Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus, etc.

4 DEMIS: Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz

5 KIS-System: Krankenhausinformationssystem

matisiert möglich ist, sofern keine akute Notlage befristet sog. Ad-hoc-Meldungen erforderlich macht. Davon zu trennen sind die Abrechnungsdaten an die Krankenkas-

sen und die Prüfungen des Medizinischen Dienstes anhand medizinischer Unterlagen, die bereits weitgehend automatisiert sind.

2. GROSSE ERRUNGENSCHAFT:

Vereinfachungen bei Zusatzentgelten und neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden



Situationsanalyse:

- Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, sog. NUB, sind im Krankenhaus neu eingeführte Methoden, die bisher noch nicht sachgerecht über die entsprechenden Abrechnungssysteme vergütet werden.
- Zusatzentgelte werden meist für hochpreisige Arzneimittel, Medizinprodukte und anderweitige Methoden benötigt, welche zusätzlich vergütet werden müssen, um eine adäquate Finanzierung der Krankenhäuser sicherzustellen.
- Bisher mussten diese für die Krankenhäuser in Bayern individuell verhandelt und genehmigt werden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Praxisworkshops betonten, dass dies in der Vergangenheit einen hohen Zeitaufwand für alle Beteiligten bedeutete und damit zu unnötiger Bürokratie führte.

Herausforderung:

- Vor dem Hintergrund bundesgesetzlicher Regelungen müssen die Verhandlungspartnerinnen und Verhandlungspartner vor Ort, sprich die Kostenträger und die jeweiligen Kliniken, Lösungen finden, um die gegenwärtig bürokratieaufwändigen Individualver-

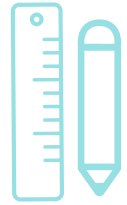
handlungen der Krankenhäuser zu vermeiden und Verhandlungsprozesse für alle Beteiligte zu verbessern.

Lösung bzw. Lösungsansatz für Bayern:

Entwicklung von „Gemeinsamen Hinweisen“ im Sinne einer einheitlichen Preisliste:

- » Im Bereich der Entgeltverhandlungen zu den Zusatzentgelten und Preisen für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden haben die Vertragspartner, also die Krankenhausträger und die Sozialleistungsträger, parallel zum Modellprojekt „gemeinsame Hinweise“ erarbeitet, die zu einem unmittelbar spürbaren Bürokratieabbau führen können.
- » Durch diese „gemeinsamen Hinweise“ haben die Vertragspartner in den einzelnen Budgetverhandlungen nun die Möglichkeit, abgestimmte Preise zu übernehmen. Ein vereinfachter Vereinbarungsprozess wurde neben der einheitlichen Preisliste ebenfalls abgestimmt.
- » Zunächst erfolgt eine Priorisierung des Verfahrens bei hochpreisigen und ausgabenrelevanten Positionen. Zukünftig soll das Verfahren noch weiter ausgebaut werden.

3. AUFWANDSÄRMERE STRUKTURPRÜFUNGEN und Qualitätskontrollen



Situationsanalyse:

- Strukturprüfungen und Qualitätskontrollen sind wichtig, um eine hohe Qualität in den Krankenhäusern zu gewährleisten. Sie führen aber auch zu unnötiger Bürokratie und binden personelle Ressourcen in den Kliniken. Darüber waren sich alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Praxisworkshops einig.
- Im Bereich der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Auftrag des Bundesgesetzgebers die „Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie“ (PPP-RL) zur Sicherung der Qualität durch verbindliche personelle Mindestvorgaben festgelegt. Bayerische Kliniken, ebenso wie der Medizinische Dienst Bayern, empfinden die aus der Richtlinie resultierenden Prüfvorgaben und die zu dokumentierenden Unterlagen als schwer umsetzbar und in großen Teilen auch als zu weitgehend.

Herausforderung:

- Reduktion der bürokratischen Belastung für das Klinikpersonal durch möglichst aufwandsarme Strukturprüfungen und Qualitätskontrollen durch den Medizinischen Dienst Bayern im Rahmen des gesetzlich Möglichen.
- Die Prüfungen müssen für die Krankenhäuser und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter planbarer und somit letztlich aufwandsärmer gestaltet werden.
- Überprüfung der Sinnhaftigkeit der PPP-RL, um zu einer Verbesserung der Richtlinie und

damit zu einem Abbau von Bürokratie zu gelangen.

Lösung bzw. Lösungsansatz für Bayern:

Vereinbarung der Projektpartnerinnen und -partner:

- » Alle Unterlagen, die bereits im Rahmen einer früheren Prüfung vom Krankenhaus vorgelegt und durch den Medizinischen Dienst Bayern bestätigt und dokumentiert wurden, müssen zukünftig nicht erneut vorgelegt werden. Die unterschiedlichen Rechtsgrundlagen für Strukturprüfungen und Qualitätskontrollen werden dabei auch weiterhin berücksichtigt.⁶

Beschluss der Projektpartnerinnen und -partner im Bereich der bayerischen Schlaganfall-Netzwerke:

- » Der Medizinische Dienst Bayern und die Bayerische Krankenhausgesellschaft haben mit den vier bayerischen Schlaganfall-Netzwerkzentren beschlossen, ab dem Jahr 2023 nur noch eine einmalige Strukturprüfung von definierten Unterlagen⁷ durchzuführen. Damit werden sämtliche Satellitenkliniken, die mit den Netzwerkzentren verbunden sind, von der Pflicht, diese Unterlagen vorzulegen, entlastet.

Zusicherung des Medizinischen Dienstes Bayern:

- » Der Medizinische Dienst Bayern veröffentlicht ab sofort die Prüfzeiträume für Strukturprüfungen auf seiner Homepage (siehe hierzu:

6 Zu den unterschiedlichen Rechtsgrundlagen für Strukturprüfungen und Qualitätskontrollen siehe im Detail § 275a SGB V und § 275d SGB V.

7 Konkret handelt es sich hier um den Nachweis definierter Unterlagen zum OPS-Code 8-98b.3 (*Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalles mit Anwendung eines Telekonsildienstes*), welcher ausschließlich in den vier bayerischen Schlaganfall-Netzwerkzentren erbracht wird.

<https://www.md-bayern.de/unserethemen/strukturpruefung-im-krankenhaus>). Dies führt zu mehr Planungssicherheit und Aufwandsreduktion.

- » Der Medizinische Dienst Bayern stellt für die Krankenhäuser zusätzlich weitere Informationen für einen reibungslosen Ablauf von Antragstellung bis zur Erstellung des Beschei-

des bzw. des Kontrollberichtes zur Verfügung. Außerdem benennt der Medizinische Dienst Bayern zentrale Ansprechpartner für alle Fragen rund um die von ihm durchzuführenden Strukturprüfungen und Qualitätskontrollen, welche er ebenfalls auf der genannten Homepage publizieren wird.

FORDERUNGEN DER PROJEKT-PARTNERINNEN UND -PARTNER AN DIE BUNDESEBENE (G-BA):

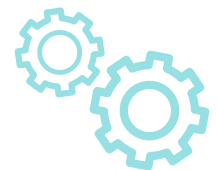
Verlängerung des jeweiligen Prüfintervalls, wenn im Rahmen von Strukturprüfungen und Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst mehrfach hintereinander keine Beanstandungen festgestellt werden.

Überprüfung und ggf. Überarbeitung sämtlicher G-BA-Richtlinien: Diese müssen

in Bezug auf eine aufwandsarme Gestaltung der Prüfungen sowie auf eine Harmonisierung sämtlicher Strukturmerkmale („Aufwandscheck“) angepasst werden.

Aufforderung zur Durchführung einer Evaluation durch die Projektpartnerinnen und -partner, ob die im Jahr 2023 erfolgten Prüfungen, so wie diese von der Bundesebene vorgegeben wurden, überhaupt praktikabel durchführbar waren und ob die Ziele der Qualitätssicherung dadurch erreicht wurden.

4. ENTSCHLACKUNG von Krankenhausabrechnungsprüfungen



Situationsanalyse:

- Prüfungen von Krankenhausabrechnungen gemäß § 275c SGB V sind durch umfangreiche Details, die zwischen den Selbstverwaltungspartnern vereinbart wurden, reglementiert (PrüfvV⁸).
- Auch die Häufigkeit dieser Prüfungen sowie die Anforderungen an die Übermittlung der erforderlichen Dokumentationen folgen diesen Regelungen und führen zu unnötiger Bürokratie, wie die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Praxisworkshops einstimmig berichten.

Herausforderung:

- Bereits vorhandene Dokumente sollten aufwandsarm EDV-gestützt über das Leistungserbringer-Portal an den Medizinischen Dienst Bayern übermittelt werden.
- Etablierung von Prüfungen im Dialog, auch virtuell: Diese können helfen, dass Missverständnisse zu den vorliegenden Unterlagen schneller ausgeräumt werden, ohne weitere bürokratische und zeitaufwändige Konsequenzen, wie beispielsweise Erörterungsverfahren, auszulösen.

8 Die Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) wurde zwischen dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. geschlossen. Sie regelt, wie die Krankenkassen vorgehen haben, wenn sie eine Krankenhausabrechnung nach § 275c SGB V durch den Medizinischen Dienst überprüfen lassen wollen.

Lösung bzw. Lösungsansatz für Bayern:

Zusicherung des Medizinischen Dienstes Bayern:

- » Ab sofort bietet der Medizinische Dienst Bayern, je nach terminlicher und personeller Möglichkeit, den Dialog mit den Krankenhäusern im Bereich Krankenhausabrechnungsprüfung an und nutzt dabei den digitalen Austausch, wie z. B. Video-Begehungen.

FORDERUNG DER PROJEKTPARTNERINNEN UND -PARTNER AN DIE BUNDESEBENE:

- Auch wenn die Einwirkungsmöglichkeiten der Krankenkassen im Rahmen der Selbstverwaltung sowie im Bereich der Gesetzgebung nur begrenzt sind, gilt es, dass sich diese dafür einsetzen, dass die bestehenden Regelwerke zur Krankenhausabrechnungsprüfung, die zwischen den Selbstverwaltungspartnern vereinbart werden, hinsichtlich aufwandsarmer Gestaltung des Prüfgeschehens überarbeitet werden.

5. PRÜFUNG

der Nutzenrelevanz der OPS-Komplexcodes



Situationsanalyse:

- Der Operationen- und Prozeduren-Schlüssel (OPS) ist die amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen.
- Viele Leistungen in Krankenhäusern sind komplex und zeichnen sich durch verschiedene medizinisch-pflegerische Sachverhalte und Behandlungen aus, sogenannte Komplexbehandlungen. Für diese Leistungen müssen Krankenhäuser Struktur- und Mindestmerkmale bestimmter OPS-Codes nachweisen, welche dann auch vom Medizinischen Dienst geprüft werden.
- Doch der „Praxischeck“ mit den Kliniken ergab: Diese Komplexbehandlungen und die damit verbundenen OPS-Komplexcodes lösen für die Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeiter einen hohen Dokumentationsaufwand aus.

Herausforderung:

- Der hohe Dokumentationsaufwand der OPS-Komplexcodes muss in Relation zu dem hieraus resultierenden Nutzen überprüft und reduziert werden.
- Vor allem die Dokumentation und Prüfung von „medizinischen Selbstverständlichkeiten“, wie beispielsweise die Frage, ob Intensivstationen über ein Beatmungsgerät verfügen, bedeutet aus Sicht der Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeiter unnötige Bürokratie ohne Mehrwert.

Lösung bzw. Lösungsansatz für Bayern:

- Die Projektpartnerinnen und Projektpartner stimmen in der Einschätzung überein, dass wichtige Erleichterungen bei den OPS-Komplexcodes nur über Anpassungen auf Bundesebene möglich sind. Alle Projektpartnerinnen und -partner sprechen sich gemeinsam für ein Einwirken der bayerischen Akteure auf die Bundesebene aus.

FORDERUNG DER PROJEKT-PARTNERINNEN UND -PARTNER AN DIE BUNDESEBENE:

Um den Dokumentationsaufwand ohne Qualitätsverlust zu reduzieren, sollten inhaltliche Änderungen bei den OPS-Komplexcodes vor-

genommen werden. Ziel muss das „Augenmaß“ sein, d. h. Dokumentation und Prüfung von „medizinischen Selbstverständlichkeiten“ sollten entfallen. Dies muss über das Vorschlagsverfahren beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) durch Fachgesellschaften, Kliniken etc. erfolgen.

6. OPTIMIERUNG

der medizinischen Begründungen



Situationsanalyse:

- Im Rahmen des Modellprojektes kristallisierte sich der Bereich der Medizinischen Begründungen (MBEGs) als zentraler Themenkomplex mit hohem Entbürokratisierungspotential heraus.
- Sog. MBEGs sind abzugeben, wenn die bei Aufnahme geplante stationäre Verweildauer überschritten wird oder eine laut AOP-Katalog⁹ regelhaft ambulant vorzunehmende Krankenbehandlung stationär durchgeführt wurde.¹⁰
- Im Rahmen des Modellprojektes waren sich sowohl die AOK Bayern als auch die Bayerische Krankenhausgesellschaft der bürokratischen Auswirkungen bewusst, die mit der Anforderung, der Übermittlung und der beiderseitigen Fallbearbeitung von MBEGs einhergehen.
- Die Übermittlung einer medizinischen Begründung wird von den Krankenhäusern neben der Begründung der stationären Behandlungsnotwendigkeit – aus Mangel an Alternativen – genutzt. Derzeit wird auf Bundesebene an einer Vereinbarung zum besseren Datenaustausch zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen gearbeitet.

Herausforderung:

- Die Akteure vor Ort sollen gemeinsam Prozesse und einheitliche Standards festlegen, um auch in diesem Bereich zu mehr Vertrauenskultur zu gelangen. Dies kann durch Absichtserklärungen, Vereinbarungen sowie durch Sensibilisierung aller Beteiligten erreicht werden.

Lösung bzw. Lösungsansatz für Bayern:

Vereinbarung der Projektpartnerinnen und -partner:

- » In einer gemeinschaftlich von den Krankenkassen und der Bayerischen Krankenhausgesellschaft initiierten Aktion sensibilisieren alle Beteiligten nochmals ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hinsichtlich der geltenden Informationsobliegenheiten, um dadurch unnötige Bürokratie abzubauen.

Zusicherung der AOK Bayern:

- » Die AOK Bayern sichert zu, sich innerhalb der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern (ARGE) dafür einzusetzen, dass die Krankenkassen ihrerseits bei der Anforderung von MBEGs neben den gesetzlichen Vorgaben auch die Erlösrelevanz beachten.

9 AOP-Katalog: Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationärsersetzender Eingriffe und stationärsersetzender Behandlungen im Krankenhaus gemäß § 115b SGB V.

10 Inhalt und Umfang der Begründung richtet sich nach § 301 Abs.1 S.1. Nr. 3 SGB V.

- » Es wird innerhalb der ARGE nochmals dafür geworben, die dort verfügbaren historischen Daten zur Plausibilisierung des stationären Aufenthaltes zu nutzen.

Zusicherung der Bayerischen Krankenhausgesellschaft:

- » Die Bayerische Krankenhausgesellschaft sensibilisiert die bayerischen Kliniken, dass diese bereits bei der Übermittlung der Abrechnungen an die Krankenkassen auf die vollständige Übermittlung inklusive der MBEGs achten. Das erspart Rückfragen der Krankenkassen und das Zurücksenden von unplausiblen Abrechnungen.

Weitere Vereinbarungen der Projektpartnerinnen und -partner:

- » Derzeit wird auf Bundesebene an einer Vereinbarung zum besseren Datenaustausch (über das eigentliche Thema hinaus) zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen gearbeitet. Sowohl die AOK Bayern als auch die Bayerische Krankenhaus-

sellschaft wirken auf die Beschleunigung zum Abschluss der Vereinbarung hin.

- » Sowohl die AOK Bayern als auch die Bayerische Krankenhausgesellschaft gehen von einer Eindämmung der MBEG-Anfragen durch die Krankenkassen bei den Krankenhäusern aus, wenn es in diesem Punkt zu einer nochmaligen Sensibilisierung der Protagonisten vor Ort kommt. Diese „Sensibilisierung“ werden beide Akteure zeitnah in ihren Institutionen durch gezielte Kommunikationsangebote umsetzen.

FORDERUNG DER PROJEKTPARTNERINNEN UND -PARTNER AN DIE BUNDESEBENE:

- Die Projektpartnerinnen und -partner wirken im Rahmen ihrer Möglichkeiten drauf hin, dass die Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner zum besseren Datenaustausch auf Bundesebene zügig zu konkreten Ergebnissen kommt.

7. VERBESSERUNG

von Einweisungs- und Entlassmanagement



Situationsanalyse:

- Die Ambulantisierung in der Versorgung schreitet zunehmend voran. Gleichzeitig gibt es eine Vielzahl von Patientinnen und Patienten, die aufgrund ihrer heimischen (Wohn-) Situation im Krankenhaus stationär aufgenommen werden müssen, auch wenn dies medizinisch betrachtet nicht nötig wäre (sog. primäre Fehlbelegung).
- Hinzu kommt, dass Patientinnen und Patienten aus dem niedergelassenen Bereich in die Krankenhäuser zur stationären Abklärung von Diagnosen, aufgrund amulanter Versor-

gungseingänge (wie bsp. im Bereich der Kardioversion oder wegen komplexer Behandlungsabläufe) eingewiesen werden. Dies obwohl diese Leistungen auch stationsersetzend durchführbar wären.

- Wie von vielen Klinikvertreterinnen und -vertretern der Praxisworkshops betont, entsteht hierdurch oft bürokratischer Dokumentations- und Prüfaufwand, weil regelhaft angezweifelt wird, ob die Patientin bzw. der Patient wirklich stationär behandlungsbedürftig war.
- Durch solche primären Fehlbelegungen kommt es für die Krankenhäuser, ebenso wie für den Medizinischen Dienst Bayern, zu

einem zusätzlichen bürokratischen Aufwand, der sich in Zusammenhang mit dem Prüfprozess ergibt.

Herausforderung:

- Verbesserung des Einweisungs- und auch des Entlassmanagement-Prozesses, um die bürokratischen Belastungen zu reduzieren.

Lösung bzw. Lösungsansatz für Bayern:

Absichtserklärung der Projektpartnerinnen und -partner:

- » Die Projektpartnerinnen und -partner kündigen an, eine Arbeitsgruppe unter Einbeziehung der Bayerischen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern und der ARGE einrichten zu wollen, um die Einweisungs- und Entlass-Prozesse der Patienten gemeinsam zu verbessern.
- » Die Arbeitsgruppe soll u. a. eruieren, wie der stationäre Einweisungsschein um konkrete MBEGs erweitert und wie eine Klarstellung der Einweisungskriterien aus dem ambulanten Bereich erreicht werden kann.

Gemeinsame Gespräche der Projektpartnerinnen und -partner mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern:

- » Die Projektpartnerinnen und -partner wirken darauf hin, dass die Kassenärztliche Vereinigung Bayern gezielte Schulungsangebote für die niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte in Bayern etabliert. Im Rahmen dieser Schulungsangebote können den Vertragsärztinnen und -ärzten detaillierte Informationen über die bestehenden stationären Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser zur Verfügung gestellt werden, um so primäre Fehlbelegungen und die damit verbundene Bürokratie zu reduzieren.
- » Zusätzlich werden die Projektpartnerinnen

und -partner auf die Kassenärztliche Vereinigung Bayern zugehen und überprüfen, inwiefern die Etablierung von „Einweisungs- bzw. Patientinnen und Patientenlotsen“ im Sinne eines intersektoralen Aufnahme- und Entlassmanagements förderlich sein könnte. Dies könnte – nach Auffassung von Medizinischem Dienst Bayern, Bayerischer Krankenhausgesellschaft und AOK Bayern – beispielsweise durch medizinische Fachangestellte in den (Fach-)Arztpraxen erfolgen. Selbige konkret zu schulen könnte helfen, späteren bürokratischen Aufwand zu vermeiden.

Bericht über bestehendes Pilotprojekt im Rahmen des Innovationsfonds:

- » Im 2023 bewilligten Innovationsfondsprojekt „Überpflege“ wollen Krankenhäuser, die Bayerische Krankenhausgesellschaft und Krankenkassen (AOK Bayern, BARMER) am Beispiel des Bundeslandes Bayern analysieren, ob die Übergangspflege dazu beitragen kann, bestehende Versorgungslücken in der Nachsorge zu verringern. Gleichzeitig soll durch technische Unterstützung die Reduzierung von Bürokratie erprobt werden, um so Logistik- und Dokumentationsaufwand deutlich zu senken. Bereits während der Phase des Innovationsfondsprojektes sollen so positive Effekte zur Entbürokratisierung erzielt werden.

8. KONTURIERUNG UND DEFINITION: SOZIALE INDIKATION



Situationsanalyse:

- Wie bereits unter Punkt 7. Verbesserung von Einweisungs- und Entlassmanagement dargelegt, führen soziale Begleitumstände, wie das häusliche Umfeld, mangelnde Mobilität oder auch die Pflegebedürftigkeit, oftmals zu stationären Einweisungen bzw. Verweildauern oberhalb der im Fallpauschalenkatalog vorgesehenen sog. „oberen Grenzverweildauern“.
- Diese längeren als im Fallpauschalenkatalog vorgesehenen Verweildauern führen bei vielen Kliniken zu Abrechnungsprüfungen durch die Kostenträger und somit letztlich zu Bürokratie.
- Gerade vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der gleichzeitig zunehmenden Ambulantisierung der Krankenhausleistungen besitzt die Problematik besondere gesellschaftspolitische Relevanz.

Herausforderung:

- Um Prüfaufwand und Bürokratie in diesem Bereich zu vermeiden, sollten eine Erarbeitung sowie eine bayernweite Festlegung von konkreten Kriterien für die soziale Indikation erfolgen.

Lösung bzw. Lösungsansatz für Bayern:

Vereinbarung der Projektpartnerinnen und -partner:

- » Die AOK Bayern sowie die Bayerische Krankenhausgesellschaft vereinbaren gemeinsam klare Kriterien zur Definition der sozialen Indikation und bauen damit – und v. a. auch perspektivisch – Bürokratie ab.
- » Die Projektpartnerinnen und -partner weisen darauf hin, dass es zielführend wäre, bei der Erarbeitung eines Kriterienkatalogs für die soziale Indikation unter Berücksichtigung des jeweiligen Behandlungskontexts automatisierte Kontextfaktoren wie beim Katalog für das ambulante Operieren (sog. AOP-Katalog) im Freistaat Bayern zu eruieren. Dies sollte mit „Kontextprüfungen“ auf der Grundlage bereits existierender Routinedokumentationen einhergehen.
- » In Anbetracht der gesellschaftspolitischen Bedeutung dieses Problems wird versucht, ein „Aktionsbündnis“ – über die Projektpartnerinnen und -partner hinweg mit allen Sozialleistungsträger in Bayern – zu initiieren, um eine sektorenübergreifende Lösung zu erreichen.

9. ETABLIERUNG EINES MODELLPROJEKTS zu „Vorabprüfungen“



Situationsanalyse:

- Krankenhausvertreterinnen und -vertreter berichteten in den Praxisworkshops von regelmäßigen Überprüfungen, ob Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht behandelt wurden, sprich ob überhaupt eine Behandlung von Nöten ist, und wenn ja, ob diese stationär oder ambulant erfolgen sollte.
- Dies führt bei einzelnen Eingriffen zu einem erheblichen Bürokratieaufwand sowohl für die Kliniken als auch für den Medizinischen Dienst. Hier steht die Frage im Raum: War die Leistung nötig, und wenn ja, wäre sie auch ambulant durchführbar gewesen?

Herausforderung:

- Steigerung der Indikationsqualität in der Form, dass bei planbaren, medizinischen Eingriffen – beispielsweise durch eine Vorab-Notwendigkeitsprüfung durch die Kostenträger – bürokratieerzeugende Nachfragen und Prüfungen am Ende des Behandlungsprozesses vermieden werden.

Lösung bzw. Lösungsansatz für Bayern:

Etablierung eines bayerischen Modellprojektes zu Vorabprüfungen:

- » Es ist beabsichtigt, ein „Modellprojekt“ von einzelnen bayerischen Krankenkassen, dem Medizinischen Dienst Bayern sowie mit ausgewählten bayerischen Kliniken zu etablieren, um zu erproben, ob sog. Vorabprüfungen in ausgewählten, elektiven Indikationsgebieten helfen können, während und im Nachgang der Behandlung unnötige Bürokratie abzubauen.
- » In diesem „Modellprojekt“ soll entsprechend ermittelt werden, inwiefern unbürokratische „Vorabanfragen“ bei den Kostenträgern helfen können, späteren Dokumentations- und Prüfaufwand zu reduzieren.
- » Um einen zusätzlichen Verwaltungsaufwand zu verhindern, werden gemäß einzelner, gemeinsam ausgewählter Indikationsgebiete, wie z.B. der stationären Schmerztherapie, klare Kriterien und Algorithmen erarbeitet, die eine Vorabprüfung (als eine Art „strukturierte Zweitmeinung“) schnell und aufwandsarm ermöglichen, um auch Wartezeiten für Patientinnen und Patienten zu vermeiden. Auch sollen die Möglichkeiten eines automatisierten, digitalen Verfahrens im Rahmen des Modellprojekts überprüft werden.
- » Nach der Vorstellung der Modellergebnisse wird entschieden, ob dies Teil einer regelhaften Lösung sein kann, um in bayerischen Krankenhäusern Bürokratie abzubauen.



10. STÄRKUNG

von Digitalisierung und Automatisierung

Situationsanalyse:

- Digitalisierung und Automatisierung sind deutschlandweit und auch im Krankenhauswesen wichtige, aber breite und oftmals unspezifische Themen.
- Krankenhäuser haben es selbst in der Hand, innerbetriebliche Prozesse zu definieren, die sie digitalisieren und automatisieren wollen.
- Hinsichtlich des Digitalisierungs- und Automatisierungsgrads besteht aktuell in den bayerischen Krankenhäusern ein heterogener Stand.
- Best-Practice-Beispiele der an dem durchgeführten Modellprojekt beteiligten Krankenhäuser, wie z. B. das Klinikum Kulmbach, das Klinikum Garmisch-Partenkirchen und die Klinik Kitzinger Land zeigen, dass die Digitalisierung wesentlicher Bereiche in wenigen Monaten durch ein klares Bekenntnis aller Beteiligten gelingen kann. Die Krankenhäuser bestätigen, dass eine digitale Patientenakte und die vollständige Digitalisierung des Dokumentationsprozesses zu einer großen Zeitersparnis und einem internen Bürokratieabbau innerhalb des Krankenhauses führen können. Pflegekräfte würden wahrnehmbar entlastet. Diese freigewordenen Personalressourcen können dann für die Patientenversorgung genutzt werden: ein krankenhauserinterner Beitrag zur Lösung des Fachkräfteproblems.

Herausforderungen:

- Der Krankenhausbereich muss bei Digitalisierung und Automatisierung noch stärker vorankommen. Nur eine Optimierung der internen Verwaltungsprozesse kann auch eine hochwertige und moderne Patientenversorgung gewährleisten.

- Medienbrüche durch analoge Parallelprozesse gilt es zu vermeiden. Es dürfen durch Digitalisierung und Automatisierung keine zusätzlichen bürokratischen Hürden entstehen.

Lösung bzw. Lösungsansatz für Bayern:

- » Die Projektpartnerinnen und -partner weisen darauf hin, dass die Nutzung der Digitalisierung zu einem deutlichen Abbau von Bürokratie führt. Sie appellieren an die bayerischen Krankenhäuser, diese Möglichkeiten umfassend und rasch zu nutzen.
- » Gleichzeitig sind die Kliniken aufgerufen, durch Kooperationen Kräfte zu bündeln und Einkaufsvorteile zu erzielen. In Bayern geht dabei die Bayerische Krankenhausgesellschaft mit der Gründung der Klinik IT Genossenschaft und einer gemeinschaftlichen Ausschreibung des Patientenportals für 110 Krankenhäuser voraus.
- » Der Medizinische Dienst Bayern ermöglicht zwischenzeitlich einen vollständig digitalen Austausch bei Krankenhausabrechnungsprüfungen und Strukturprüfungen. Das Leistungserbringer-Portal (LE-Portal) zur digitalen Übertragung aller erforderlichen Daten (Aufträge, Befunde, Dokumente etc.) ist etabliert, um die Kommunikation zwischen dem Medizinischen Dienst und den Krankenhäusern zu erleichtern.



BAYERN | DIREKT ist Ihr direkter Draht zur Bayerischen Staatsregierung.

Unter Telefon **089 12 22 20** oder per E-Mail unter direkt@bayern.de erhalten Sie Informationsmaterial und Broschüren, Auskunft zu aktuellen Themen und Internetquellen sowie Hinweise zu Behörden, zuständigen Stellen und Ansprechpartnern bei der Bayerischen Staatsregierung.

IMPRESSUM

Herausgeber:	Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege Haidenauplatz 1 81667 München Telefon: +49 89 540233-0 Fax: +49 89 540233-90999	Gewerbemuseumsplatz 2 90403 Nürnberg Telefon: +49 911 21542-0 Fax: +49 911 21542-90999
Gestaltung:	CMS – Cross Media Solutions GmbH, Würzburg	
Druck:	XPress Digital Media GmbH, Würzburg	
Stand:	Juli 2023	
Artikelnummer:	stmgp_gesund_184	

HINWEIS

Diese Druckschrift wird kostenlos im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von den Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zweck der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden. Bei publizistischer Verwertung – auch von Teilen – wird um Angabe der Quelle und Übersendung eines Belegexemplars gebeten.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind vorbehalten. Die Broschüre wird kostenlos abgegeben, jede entgeltliche Weitergabe ist untersagt. Diese Broschüre wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Eine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit kann jedoch nicht übernommen werden. Für die Inhalte fremder Internetangebote sind wir nicht verantwortlich.