

Bundesministerium für Gesundheit  
Herrn Bundesminister Lauterbach  
Mauerstraße 29  
10117 Berlin

[karl.lauterbach@bmg.bund.de](mailto:karl.lauterbach@bmg.bund.de)

---

## Lieferverpflichtungen nach § 21 Abs. 3b und Abs. 7 KHEntgG

Sehr geehrter Herr Minister Lauterbach,

die Umsetzung der im Krankenhaus-Transparenzgesetz enthaltenen Lieferverpflichtungen gemäß § 21 Abs. 3b und 7 KHEntgG bereiten den Krankenhäusern in der Praxis erhebliche Schwierigkeiten, dies gilt auch für die Hersteller der Softwaresysteme, mit denen diese Daten erhoben und verarbeitet werden.

---

Seit der Veröffentlichung der Datensatzspezifikation durch das InEK am 3.5.2024 erreichen die DKG Hilferufe vor allem aus großen Krankenhäusern – insbesondere den Universitätskliniken – die belegen, dass die nachträgliche Erhebung und Übermittlung der Informationen in den meisten Fällen technisch noch nicht unterstützt werde und der manuelle Aufwand für eine Nacherfassung z. B. der Beatmungstunden in dafür bisher nicht vorgesehenen Systemen für viele Krankenhäuser nicht mehr darstellbar ist.

Mit Blick auf den Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens hatte die DKG früh davor gewarnt, dass eine so kurze Umsetzungsfrist durch die Krankenhäuser, aber auch seitens der Industrie auch aufgrund der Vielzahl paralleler Umsetzungsthemen in der Praxis nicht umsetzbar sein dürfte.

Unabhängig von fachlichen Fragen, die derzeit noch mit dem InEK geklärt werden, wird in der Praxis nicht nur die kurze Lieferfrist, sondern auch die inhaltliche Erfüllbarkeit der Datenlieferungen infrage gestellt. Beispielsweise stellt die Aufteilung der ärztlichen Vollkräfte anhand ihrer ggf. unterschiedlichen Qualifikationen in Bezug auf ihre täglichen Einsatzzeiten Krankenhäuser schon heute vor einen erheblichen bürokratischen Mehraufwand, der sich mit der im Medizinforschungsgesetz vorgesehenen Zuordnung zu den Leistungsgruppen demnächst noch erheblich verschärfen wird. Dabei ist vielfach offen, welche Qualifikationen in welchen Kombinationen anzugeben sind. Zudem ist eine rückwirkende Anwendung der Datensatzbeschreibung für diejenigen Kliniken kaum möglich, deren aktuelle Dokumentation weder in der gewünschten inhaltlichen Form noch im erwarteten technischen Format zur Verfügung steht. Unklar bleibt auch, welcher Stand der quartalsweisen Lieferung zugrunde gelegt

werden soll, eine Stichtagsregelung hierzu, die bei einer Personalstanderhebung zu erwarten gewesen wäre, fehlt.

Das InEK unterstützt Krankenhäuser nach Kräften, um die geforderten Datenmeldungen zu realisieren. Dies darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die vom Gesetzgeber vorgesehenen Fristen nicht zu halten waren. Der Verweis auf Arbeitsentwürfe, die den Gesellschaftern des InEK bereitgestellt wurden, hilft aufgrund der explizit untersagten Weitergabemöglichkeit an den Verbandsbereich oder die Industrie nicht weiter.

Die Nutzung bestehender Systeme für die Erhebung der erforderlichen Daten ist in vielen Fällen nicht möglich bzw. erfordert umfangreiche Anpassungen. Programmierung, Test, Auslieferung und Schulung für entsprechende Module und Schnittstellen ist im verbleibenden Zeitraum nicht realistisch. Aktuell genutzte Zeiterfassungssysteme dienen der arbeitnehmerbezogenen Erfassung von Arbeitszeiten, nicht jedoch der Zuordnung der geleisteten Arbeitszeit zu einer Organisationseinheit mit Standort, Fachabteilung und dafür genutzter Facharzt- oder Weiterbildungsqualifikation.

Aktuelle Softwareprodukte, die – ähnlich wie die PPUGV-Exporte – zumindest übergangsweise Exporte aus Personalsoftware erzeugen können, in dem die gewünschten Inhalte zum ärztlichen Personal zusammenfassend exportiert werden können, haben in der Regel eine Limitierung bei der Angabe der VK von eins. Die in der Datensatzbeschreibung beispielhaft genannte Vorgehensweise zur Ermittlung der überdurchschnittlichen VK von 1,050 bei 42 Wochenstunden müsste jeweils nachträglich, händisch aufbereitet werden, um eine richtige VK-Umrechnung darzustellen. Darüber hinaus werden allein für PPUGV-Module Kosten in Höhe von etwa 50.000,- EUR für die Anschaffung aufgerufen. Und selbst mit diesen Modulen werden die Dateien, insbesondere die Datei „Pflegepersonal.csv“ in der Regel nachträglich noch mittels MS-Excel bearbeitet, um alle geforderten Informationen des § 21 KHEntgG übermitteln zu können. Eine Refinanzierung dieser Module und Schnittstellen ist nicht vorgesehen.

Die Befürchtung der DKG, dass mit dem KHTG ein enormer bürokratischer Mehraufwand entstehen wird, hat sich vor allem auf Basis der Rückmeldungen der Universitätsklinik bestätigt. Die erwarteten Meldungen lassen sich in komplexen Strukturen nicht ohne weiteres abbilden.

In diesem Zusammenhang möchten wir auch unsere Kritik an der Datenlieferung nach § 21 Abs. 3b KHEntgG erneuern, die für Patienten, die zwischen dem 1.1.2024 bis 1.5.2024 ins Krankenhaus aufgenommen wurden. Eine Erfassung der Standorte bezogen auf jeden einzelnen OPS- und ICD-Kode ist nach entsprechender Anpassung der Primärsysteme künftig technisch vielleicht umsetzbar, die Zuordnung einer Diagnosestellung zu einem Standort entbehrt jedoch jeglicher Logik und unterstreicht, dass Krankenhäuser zunehmend als Datensammelstellen missbraucht werden. Der entstehende personelle und finanzielle Aufwand wird ignoriert. Es wird weiterhin die Angabe der Standorte gefordert, an denen der Patient beatmet wurde. Diese Angabe liegt in den Krankenhausinformationssystemen (KIS) in der Regel nicht vor, stattdessen findet die Dokumentation der Beatmungsetappen in der Regel in den in den Intensivbereichen eingesetzten Subsystemen (Patientendatenmanagementsysteme / PDMS) statt. An die abrechnenden Systeme wird von den PDMS oftmals nur die Summe der Beatmungstunden übermittelt, die diese dann für die Abrechnung, den § 21-Datensatz und den Datenaustausch nach § 301 SGB V übernehmen.

Die geforderte Angabe der Standorte, an denen eine Beatmung stattgefunden hat, kann in vielen Fällen nur erreicht werden, indem eine zusätzliche Schnittstelle zwischen KIS und PDMS geschaffen wird und die Datenstrukturen auf der Empfängerseite erweitert werden. Auch dies ist mit erheblichen Aufwänden verbunden. Auch bei KIS, die bereits heute eigene Funktionen zur Erfassung von Beatmungszeiten bereitstellen, müssen die Datenstrukturen und Erfassungsdialoge um die Standortzuordnung erweitert werden, was in Hinblick auf die Fristen ebenfalls kritisch zu bewerten ist.

Hinsichtlich der Angabe der beteiligten Standorte bei der Dokumentation von sog. Komplexprozeduren oder auch mengenbezogenen Operationen- und Prozeduren-Schlüsseln (OPS) ist anzumerken, dass diese bisher ohne Angabe des Behandlungsstandorts dokumentiert werden. Ob sich mögliche Prozeduren bei Verlegungen auch auf mehrere Standorte beziehen, musste bisher nicht dokumentiert werden und kann auch derzeit nicht aus den Systemen abgeleitet werden, sodass eine zusätzliche Erfassungsmöglichkeit erst zu schaffen ist.

Für alle Krankenhäuser, die die erforderliche Erfassungsmöglichkeit bisher noch nicht zur Verfügung haben, wird sich insbesondere für Krankenhäuser mit mehreren Standorten ein erheblicher Mehraufwand in der Nachdokumentation ergeben.

Zudem sind noch eine Reihe von Detailfragen offen, z. B. der Umgang mit Rundungsdifferenzen, die im Kontext der standortbezogenen Angabe von Beatmungszeiten, die sich bei Aufteilung der Beatmungsintervalle bezogen auf einzelne Standorte in Vergleich zu den Beatmungstunden des Gesamtfalls ergeben können.

Die DKG fordert daher die Aussetzung der Datenlieferung, um gemeinsam mit dem InEK bestehende Unklarheiten ausräumen und den notwendigen Vorlauf für die Anpassung der Systeme in den Krankenhäusern schaffen zu können. Darüber hinaus regt die DKG an, im Rahmen einer Informationsveranstaltung des BMG / InEK die Krankenhäuser über die Zwecke der Verarbeitung der geforderten Daten zu informieren und die sich hieraus ergebenden inhaltlichen und technischen Anforderungen an die Datenlieferungen zu erläutern.

Über all dem stehen unsere Forderung und Erwartung nach einer umfassenden Entbürokratisierung und Deregulierung. Bisher klafft hier zwischen der politischen Ankündigung von Ihnen und dem politischen Handeln eine überdeutliche Lücke.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Gerald Gaß