DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Vorschläge der Krankenhäuser

zur GKV-Finanzstabilisierung

an die FinanzKommission Gesundheit

(Stand: 28.11.2025)

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung 2

Maßnahmenvorschläge zur GKV-Finanzstabilisierung 3

1) INZ-Direktzugangsgebühr i.H.v. 20 Euro 3

2) Deregulierung kleinteiliger Personalvorgaben 4

3) Eindämmung Leiharbeit und AÜG-Bereichsausnahme 5

4) Direktfinanzierung der Systemzuschläge durch die Kassen 7

5) Ambulantisierung von KH-Leistungen über einen DRG-Kurzlieger-Bereich 8

6) DeQS-RL: Finanzierung LAGen durch Länder statt GKV 9

7) Abschaffung des Bundes-Klinik-Atlas (BKA) 10

8) Anpassung der Definition von Krankenhausstandorten 11

9) Reduktion von QS-Nachweispflichten 12

10) Deregulierung Personalvorgaben in PPP-RL 13

11) SÜV: Automatische hausärztliche Ermächtigung 14

Vorbemerkung

Die Bundesregierung hat am 12. September 2025 die „FinanzKommission Gesundheit“ einberufen und beauftragt, Maßnahmen zur dauerhaften Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erarbeiten. Die Kommission ist am 25. September 2025 erstmalig im Rahmen ihrer konstituierenden Sitzung zusammengekommen.

Ein erster Bericht ist bis Ende März 2026 mit ab 2027 finanzwirksamen, kurzfristigen Maßnahmen ohne Beitragserhöhungen zu erstellen. Hierbei sollen zudem die im Koalitionsvertrag geplanten Vorhaben (u. a. Primärarztsystem sowie Notfall- und Rettungsdienstreform) auf ihre Finanzwirkung untersucht und maßgebliche Kostentreiber in den einzelnen Leistungsbereichen identifiziert werden. Bis Ende des Jahres 2026 soll die Kommission weitere Maßnahmen zur langfristigen Stabilisierung der GKV-Finanzen vorlegen.

Im Rahmen einer ersten Beteiligungsrunde hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft Maßnahmenvorschläge zur GKV-Finanzstabilisierung eingebracht, die im Nachfolgenden aufgeführt werden.

Maßnahmenvorschläge zur GKV-Finanzstabilisierung

1) INZ-Direktzugangsgebühr i.H.v. 20 Euro

Maßnahmenbeschreibung:

Der Referentenentwurf für eine Notfallreform sieht eine zentrale Patientensteuerung über die 116117 vor. Hilfesuchende, die vorher nicht die Akutleitstelle kontaktiert haben und in einer Notaufnahme bzw. einem INZ vorstellig werden, sollen sich zwar auf längere Wartezeiten einstellen, dieser „Nachteil“ wird im Zweifel aber nicht deutlich spürbar sein. Eine Direkt-Zugangsgebühr wäre hingegen unmittelbar spürbar und hätte daher das Potenzial, das GKV-System zu entlasten, indem Patienten direkt in die richtige Versorgungsebene gelenkt werden und auch ein bewussteres Empfinden für Notfälle und Nicht-Notfälle erhalten. Die In-Rechnung-Stellung muss durch die Krankenkassen erfolgen, da diese Verwaltungsaufgabe den Krankenhäusern und INZ nicht zugemutet werden kann und dies auch im Sinne sozialer Gerechtigkeit Vorteile hat.

Regelungsvorschlag:

Die Zuzahlung/ Gebühr muss im SGB V verankert werden. Den Krankenkassen muss diese Aufgabe übertragen werden und ihnen muss versagt werden, auf diese Gebühr aus wettbewerblichen Gründen zu verzichten.

Wirksamkeit/ Zeithorizont:

Dauerhaft – kurzfristig (für 2027)/ ab Greifen der Notfallreform

Finanzielle Wirkung:

Die finanzielle Wirkung der vorgeschlagenen Regelung wird davon abhängen, wie gut die 116117 künftig ist und wie sie von der Bevölkerung angenommen wird. Daher kann man dies nur unter diversen Annahmen beziffern: Ausgehend von derzeit fast 13 Mio. ambulanten Notfällen in Krankenhäusern, von denen ca. 41 % selbständig die Notaufnahme aufsuchen, ergeben sich jährliche Einnahmen i. H. v. ca. 106 Mio. Euro. Dies wird zwar abnehmen, wenn die 116117 gut funktioniert und von der Bevölkerung angenommen wird, gleichzeitig werden aber indirekte Einsparungen durch die Inanspruchnahme des passenden Angebotes und des Vermeidens von Notaufnahmen- und INZ-Kontakten erzielt. Eine genauere Bezifferung dieses Umstandes ist an dieser Stelle leider noch nicht möglich.

Berechnungsgrundlage:

DKI-Factsheet Notfallversorgung, November 2025 (DKI – Vorlagen Grafiken)

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität/ Verteilungs- und Belastungseffekte:

Der Einzug bzw. die In-Rechnungstellung durch die Krankenkassen gewährleistet, dass diese mit Hilfe ihrer bisherigen Möglichkeiten die wirtschaftliche und soziale Belastung ihrer Versicherten berücksichtigen und bspw. auf Grundlage des bekannten Zuzahlungs-Befreiungs-Systems auf eine In-Rechnung-Stellung verzichten können.

2) Deregulierung kleinteiliger Personalvorgaben

Maßnahmenbeschreibung:

Kleinteilige Personalvorgaben, Personalbemessungsinstrumente sowie die mit Ihnen verbundenen Dokumentations- und Meldepflichten sollten in ihrer Anzahl und in ihrem Umfang deutlich reduziert werden. Die Maßnahme entlastet, da sich die verschiedenen Regelkreise überschneiden und oft zur Doppelerfassung derselben Zielparameter führen. Da eine automatisierte Ausleitung aus Krankenhausinformationssystemen häufig fehlt, ist regelmäßig eine händische Erfassung von Daten notwendig. Eine Reduzierung der hohen und zum Teil redundanten Vorgaben verspricht deshalb einen effizienteren Personaleinsatz und somit auch Einsparpotentiale bei den Personalkosten, die mit ca. 60 % den größten Kostenfaktor bei der Krankenhausfinanzierung bedingen.

Regelungsvorschlag:

- Abschaffung der PpUG und des PpQ zugunsten eines PPR-Korridors
- Abschaffung des Psych-Personalnachweises und der Übermittlungspflicht zum Pflegepersonal nach § 21 KHEntgG für Psych-Einrichtungen
- Abschaffung der für den Bundesklinikatlas eingeführten Personalmeldepflichten
- Keine Einführung neuer Personalbemessungsinstrumente für Ärzte, weitere Gesundheitsberufe und die Pflege in der Notaufnahme
- Umfassende Straffung der Strukturvorgaben (Leistungsgruppen, OPS, G-BA-Richtlinien)
- Bürokratiearme Ausgestaltung verbleibender Personalvorgaben, Ganzhaus-Ansatz statt kleinteiligem Stations- und Schichtbezug (Somatik und Psych)

Wirksamkeit/ Zeithorizont:

Dauerhaft – kurzfristig (für 2027)

Finanzielle Wirkung:

Der Personalaufbau der letzten Jahre wurde durch bürokratische Vorgaben quasi aufgezehrt. Gleichzeitig erfordern künftige Herausforderungen (Demografie, Resilienz) einen weiteren Personalaufbau. Die skizzierten Maßnahmen könnten rechnerisch ca. 11.000 ärztliche VK, 42.000 pflegerische VK und 12.500 VK in anderen Berufen freisetzen. Das würde einen weiteren Personalaufbau bremsen und alleine im ärztlichen und pflegerischen Bereich ein jährliches Einsparpotenzial von etwa 4,65 Mrd. Euro generieren.

Berechnungsgrundlage:

Die Krankenhäuser schätzen, dass die vorgeschlagenen Änderungen 15 Minuten Bürokratieaufwand pro Vollkraft (VK) und Tag einsparen. Rechnerisch würden damit ca. 30.000 VK freigesetzt (darunter 5.500 ärztliche und 12.000 pflegerische VK). Durch effizientere Personalsteuerung verdoppelt sich dieses Einsparpotenzial in patientennahen Berufsgruppen. Das monetäre Einsparpotenzial basiert auf dem Kostennachweis 2023: Personalkosten bedingten 60 % der Krankenhaus-Gesamtkosten, wobei Ärzte und die Pflege den größten Anteil darstellten. Basierend auf durchschnittlichen Personalkosten von 150.000 Euro pro ärztlicher VK und 71.000 Euro pro pflegerischer VK ergeben sich für das freigesetzte Personal in diesen Berufsgruppen Kosten von rund 1,65 Mrd. Euro bzw. 3 Mrd. Euro.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität/ Verteilungs- und Belastungseffekte:

Bei den genannten Personalvorgaben handelt es sich um kleinteilige und vielfach redundante Strukturvorgaben. Die Befürchtung, dass deren Abbau zu Qualitätseinbußen führt, ist daher unbegründet. Durch Fehlallokationen und mangelnde Flexibilität sind sie der Optimierung der Versorgungssituation vor Ort oft sogar eher hinderlich: Durch die kleinteiligen Dokumentationspflichten geht wertvolle Arbeitszeit, auch in den patientennahen Berufsgruppen, verloren. Das Personal wird nicht dort eingesetzt, wo es am dringendsten benötigt wird, sondern dort, wo die Vorgaben es erfordern. Die Krankenhäuser regen daher an, den künftigen Fokus stattdessen auf die Versorgungsziele und Ergebnisqualität zu legen.

3) Eindämmung Leiharbeit und AÜG-Bereichsausnahme

Maßnahmenbeschreibung:

Leiharbeit im Krankenhaus hat in den letzten Jahren untragbare Ausmaße angenommen. Leiharbeitsfirmen bestimmen Konditionen und vermitteln Personal zum Vielfachen der tariflichen Kosten an Kliniken. Es bedarf daher wirksamer Einschränkungen der Leiharbeit im Krankenhaus. Krankenhäuser werden aber vielfach selbst ungewollt zu Verleihern, wenn sie im Rahmen der Vorgaben der ärztlichen und pflegerischen Weiterbildung ihre Mitarbeiter an

externe Weiterbildungsstellen entsenden. Dies führt für die Krankenhäuser zu hohem bürokratischem Aufwand bei der Beantragung einer Arbeitnehmerüberlassungserlaubnis und auch bei Umgehungsstrategien. Insofern ist hier eine AÜG-Bereichsausnahme im Rahmen der Aus- und Weiterbildung notwendig.

Regelungsvorschlag:

Anpassung AÜG zur Eindämmung der Leiharbeit:

- Begrenzung der Vergütungssätze von Leiharbeitsfirmen auf das 1,5-fache der tariflichen Vergütung
- Besondere Anforderungen für die Verleihung von Gesundheitspersonal (Qualifikationsnachweis, Fortbildungsverpflichtungen), andernfalls Erlaubnisentziehung

Anpassung AÜG für Bereichsausnahme Aus- und Weiterbildung:

- Entsendungen von Personal im Rahmen einer Aus- oder Weiterbildung fallen nicht unter die Erlaubnispflicht
- Anknüpfungspunkt: Absolvierung einer Aus- bzw. Weiterbildung im Rahmen von landes- oder bundesrechtlichen Regelungen (ärztliche Weiterbildung nach WBO bzw. pflegerische Weiterbildung nach Landesrecht/ DKG-Empfehlung)

Wirksamkeit/ Zeithorizont:

Dauerhaft – kurzfristig (für 2027)

Finanzielle Wirkung:

Die Begrenzung der Vergütungssätze der Leiharbeit auf das 1,5-fache kann 450 Mio. Euro pro Jahr in der Pflege einsparen. Im ärztlichen Dienst können 200 Mio. Euro pro Jahr eingespart werden. Wenn sich der Umfang der Leiharbeit aufgrund der Maßnahmen halbiert, würde der Einspareffekt insgesamt ca. 1 Mrd. Euro betragen. Bei Bürokratiekosten der AÜG-Pflicht von ca. 3.000 Euro pro Arzt (Kosten Beantragung, Erlaubnis, personeller Aufwand) können knapp 100 Mio. Euro pro Jahr eingespart werden, in der pflegerischen Weiterbildung mind. 10 Mio. Euro pro Jahr.

Berechnungsgrundlage:

Die Berechnungen basieren auf den Grunddaten der Krankenhäuser sowie dem Kostennachweis der Krankenhäuser, die das Statistische Bundesamt veröffentlicht. Die Kosten für Leiharbeit entstammen der Blitzumfrage des DKI zur Leiharbeit aus November 2022. Die Bürokratiekosten für die AÜG-Pflicht von Aus- bzw. Weiterbildungen stellt u. a. auf die Kosten

für die Beantragung für die Erlaubnis bei der Bundesagentur für Arbeit ab. Zudem fallen weitere Kosten an (z. B. Personalaufwände bei den Krankenhäusern). Auch Umgehungsmaßnahmen (wie z. B. die Kündigung und Wiedereinstellung; ggf. neue Personalakquise) sind mit vergleichbaren Kosten verbunden.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität/ Verteilungs- und Belastungseffekte:

Die Eindämmung der Leiharbeit im Krankenhaus hat positive Effekte auf die Patientenversorgung. Studien belegen, dass der Einsatz von Leiharbeit im Krankenhaus negative Effekte auf die Patientenversorgung hat.

Auch die ÄUG-Bereichsausnahme der Aus- und Weiterbildung hat positive Effekte auf die Patientenversorgung. Sie erleichtert angehenden Fachärzten, ihre Weiterbildung möglichst schnell und effizient zu absolvieren. Damit stehen Fachärzte und Pflegefachpersonen schneller der Patientenversorgung zur Verfügung. Es ist zudem ein Beitrag zur Absicherung der Aus- und Weiterbildungskapazitäten, was dem Fachkräftemangel entgegenwirkt und damit vielfache positive Auswirkungen auf die Patientenversorgung hat.

4) Direktfinanzierung der Systemzuschläge durch die Kassen

Maßnahmenbeschreibung:

Die Finanzierung verschiedener Institute im Gesundheitswesen wie des InEK oder des G-BA erfolgt über die Erhebung von Systemzuschlägen, die vom Krankenhaus bei der Abrechnung voll- und teilstationärer Krankenhausleistungen in Rechnung zu stellen sind. Diese sind dann wiederum an das InEK bzw. den G-BA nach vorgegebenen Regeln mit Melde- und Nachweispflichten abzuführen. Das aktuelle Verfahren verursacht sowohl auf Krankenhausseite als auch auf Seiten der Institute einen hohen Aufwand. Der administrative Aufwand für die Institute verursacht entsprechende Personalaufwendungen, mit denen wiederum die Krankenkassen über die Einbeziehung in die Systemzuschläge belastet werden.

Regelungsvorschlag:

Aufhebung der § 17b Abs. 5 KHG, §§ 91 Abs. 3, 139a, 137a SGB V i. V. m. § 139c SGB V, Einführung einer Vorschrift zur Direktfinanzierung der Institute

Wirksamkeit/ Zeithorizont:

Dauerhaft – kurzfristig (für 2027)

Finanzielle Wirkung:

Dauerhafte moderate Personalkosteneinsparungen, die letztlich der GKV zu Gute kommen.

Berechnungsgrundlage:

Die Berechnungsgrundlage ist nicht allgemein zugänglich.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität/ Verteilungs- und Belastungseffekte:

Nein

5) Ambulantisierung von KH-Leistungen über einen DRG-Kurzlieger-Bereich

Maßnahmenbeschreibung:

Es werden Krankenhausleistungen (DRG-Fallpauschalen) ausgewählt, die sich grundsätzlich für ein ambulantes Setting insbesondere im Kontext eines Krankenhauses eignen. Für diese Leistungen werden Kurzlieger-DRG innerhalb des bestehenden aG-DRG-Katalogs kalkuliert, deren Vergütung unabhängig davon erfolgt, ob die Leistung nur einige Stunden oder einige Tage benötigt. Dadurch ist es wirtschaftlich sinnvoll, die Strukturen und Abläufe für geeignete Behandlungen so anzupassen, dass die Verweildauer der Patienten ohne Beeinträchtigung der Behandlungsqualität möglichst kurz ist. Idealerweise werden diese Prozesse durch eine unterstützende Finanzierung in der Einführungsphase begleitet, um eine größtmögliche Dynamik zu erzeugen. Durch die zu erwartende Verkürzung der Behandlungen sinken deren Kosten und führen mit einem zeitlichen Verzug über die Kalkulation des InEK zu einer entsprechenden Absenkung der Vergütungen. Der Kurzlieger-Bereich unterliegt dabei nicht der Normierung, die die Gesamtvergütung im Rest-DRG-Bereich konstant hält, sodass die gesetzliche Krankenversicherung über geringere Krankenhausaugaben partizipiert.

Die derzeitige sektorengleiche Vergütung nach § 115f SGB V ist im Anwendungsjahr 2026 mit zu erwartenden ca. 1,1 Mio. Fällen bereits an ihre Grenzen gestoßen. Es sind hier im Leistungskatalog bereits Leistungen enthalten, die ausschließlich im Krankenhaus angeboten und durchgeführt werden. Eine weitere Ambulantisierung über diesen Weg ist nicht mehr möglich, ohne massive Abstriche in der Versorgungssicherheit hinzunehmen. Außerdem sind in der derzeitigen Ausgestaltung der Hybrid-DRG nach § 115f SGB V teure Fehlallokationen von Finanzmitteln und Ressourcen zu erwarten. Nur mit der Implementierung eines Kurzlieger-Bereichs können nach internationalem Vorbild von ambulanten, fachärztlichen Leistungen an den Krankenhäusern die grundsätzlich möglichen Ambulantisierungspotentiale (z. B. 20 %) auch in Deutschland realisiert werden, ohne Abstriche bei der Versorgungssicherheit befürchten zu müssen.

Regelungsvorschlag:

Aufhebung des § 115f SGB V (Sektorengleiche Vergütung – Hybrid-DRG), Einführung von Kurzlieger-DRG innerhalb des bestehenden aG-DRG-Entgeltsystems durch Ergänzung des § 17b KHG und des KHEntgG

Wirksamkeit/ Zeithorizont:

Dauerhaft – kurzfristig (für 2027)

Finanzielle Wirkung:

Das Einsparpotential ist hoch und richtet sich nach der Auswahl der Leistungen, der Vergütungen der Kurzlieger-DRG und der zu erwartenden Dynamik im Leistungsangebot der Krankenhäuser. Mit einer anfänglichen Unterstützungsfinanzierung kann die Umsetzung schneller, dynamischer und letztendlich umfangreicher erfolgen, mit höherem insgesamt resultierenden Einsparvolumen.

Berechnungsgrundlage:

Eine Einschätzung der Größenordnung ergibt sich aus den Daten des § 21 KHEntgG.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität/ Verteilungs- und Belastungseffekte:

Nein

6) DeQS-RL: Finanzierung LAGen durch Länder statt GKV

Maßnahmenbeschreibung:

Derzeit werden die Haushaltskosten der Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) für Qualitätssicherung gemäß § 22 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bezahlt. Durch die zukünftig enge Verzahnung von Landeskrankenhausplanung und Qualitätskriterien wäre eine komplette oder auch anteilige Übernahme der Kosten durch das jeweilige Bundesland gerechtfertigt. Inhaltlich wäre hierdurch auch eine engere Verzahnung/ bessere Abstimmung von Anforderungen aus der Landeskrankenhausplanung und Qualitätsvorgaben des G-BA zu erwarten.

Regelungsvorschlag:

Änderung in § 22 DeQS-RL und Anpassungen der jeweiligen vertraglichen Grundlagen der LAGen

Wirksamkeit/ Zeithorizont:

Dauerhaft – langfristig (ab 2028)

Finanzielle Wirkung:

Gemäß § 22 Abs. 3 DeQS-RL sind der Haushalt sowie ein jährlicher Geschäftsbericht, welche mindestens eine für die Aufgaben nach § 6 differenzierte Übersicht der entstandenen Kosten umfassen, durch die LAG bis spätestens zum 30. Juni des Folgejahres an den G-BA zu übermitteln und zu veröffentlichen. Das Einsparpotenzial kann somit leicht recherchiert oder beim G-BA erfragt werden.

Berechnungsgrundlage:

Veröffentlichte Haushaltskosten der LAGen

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität/ Verteilungs- und Belastungseffekte:

Nein

7) Abschaffung des Bundes-Klinik-Atlas (BKA)

Maßnahmenbeschreibung:

Der BKA erzeugt Parallelstrukturen zu bestehenden Qualitätsportalen, die insbesondere auf Basis der Qualitätsberichte der Krankenhäuser gem. § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V geführt werden. Er stellt im Vergleich zu den bestehenden Vergleichsportalen keine transparente und verlässliche Quelle für Patienten und andere Zielgruppen dar, da er Fehlinformationen veröffentlicht und nicht das gesamte Spektrum der Leistungserbringung im Krankenhaus abbildet. Die Datenlieferverpflichtungen für die Krankenhäuser nach § 21 KHEntgG wurden für den BKA erheblich erweitert (detaillierte Meldepflichten für ärztliches Personal) und erzeugen enormen bürokratischen Aufwand.

Regelungsvorschlag:

Ersatzlose Streichung von § 135d SGB V und von § 21 Abs. 3d und Abs. 7 KHEntgG

Wirksamkeit/ Zeithorizont:

Dauerhaft – kurzfristig (für 2027)

Finanzielle Wirkung:

Die Abschaffung des BKA spart IT-Betriebskosten und Personalkosten für 10 Mitarbeitende am IQTIG ein. Die bürokratische Belastung in den Krankenhäusern wird reduziert und ein

effizienterer Personaleinsatz ermöglicht. Der BKA kostet insgesamt ca. 1,5 Mio. Euro. Diese könnten komplett eingespart werden. Würde statt des BKA das Deutsche Krankenhaus Verzeichnis verwendet, dessen Kosten sich auf ca. 120.000 Euro jährlich belaufen, würden ca. 1,4 Mio. Euro eingespart.

Berechnungsgrundlage:

Veröffentlichte Kosten des IQTIG und Bundestagsdrucksachen zum Betrieb des Bundes-Klinik-Atlas sowie Übersicht des InEK zu den Datenlieferfristen

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität/ Verteilungs- und Belastungseffekte:

Die Veröffentlichungen im BKA nehmen kaum Einfluss auf die Patientensteuerung aufgrund der geringen Aussagekraft und Nutzung und keinen Einfluss auf die Versorgungsqualität, da überwiegend Inhalte zur Strukturqualität aus Datenquellen genutzt werden, die auch nach einer Einstellung des BKA weiter bestehen werden.

8) Anpassung der Definition von Krankenhausstandorten

Maßnahmenbeschreibung:

Krankenhausstandorte können per gesetzlicher Definition nur eine Fläche von maximal 2.000 Metern Radius umfassen. Die Definition eines Krankenhausstandortes über dieses rein räumliche Kriterium ist inadäquat, entbehrt einer fachlichen Grundlage und behindert moderne, effiziente Versorgungsstrukturen. Krankenhäuser mit mehreren Gebäuden – bspw. aus Übernahmen o. Ä. – sind so gezwungen, an den einzelnen Standorten strukturelle und organisatorische Vorhaltungen zu unterhalten, die kostspielige und ineffiziente Doppelstrukturen bilden. Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung empfiehlt die Anpassung der Definition auf 5.000 Meter (Dritte Stellungnahme, S. 14).

Regelungsvorschlag:

In § 2a Abs. 1 Satz 2 KHG wird „2.000 Meter“ durch „5.000 Meter“ ersetzt. Hilfsweise wird in § 2a Abs. 4 KHG ergänzt, dass die Krankenhausplanungsbehörden der Länder im Benehmen mit der DKG und dem GKV-Spitzenverband Ausnahmeregelungen treffen können.

Wirksamkeit/ Zeithorizont:

Dauerhaft – kurzfristig (für 2027)

Finanzielle Wirkung:

Mittleres Einsparpotential ca. im zweistelligen Millionenbereich durch den Abbau von Doppelstrukturen, effizienteren Geräte- und Personaleinsatz, organisatorische Vereinfachung in Krankenhäusern und bspw. bei MD-Prüfungen, Abbau verwaltungstechnischer Aufwände in zahlreichen Krankenhäusern.

Berechnungsgrundlage:

Eigene Schätzung

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität/ Verteilungs- und Belastungseffekte:

Die Flächenbegrenzung von 2.000 Metern ist aus Sicht der Versorgungsqualität haltlos. Sie steht einer hochqualitativen Versorgung eher entgegen, als sie zu sichern, indem bspw. die räumlich übergreifende Nutzung von Expertise blockiert wird. Die Anpassung auf 5.000 Meter könnte die Versorgungsqualität daher verbessern.

9) Reduktion von QS-Nachweispflichten

Maßnahmenbeschreibung:

Die verschiedenen Qualitätssicherungsrichtlinien des G-BA nach § 136 Abs. 1 S. 1 Nr. 2, insbesondere QFR-RL und QSFFx-RL, enthalten im Rahmen von Nachweisverfahren, Strukturabfragen und weiteren Regelungen zahlreiche nicht harmonisierte und insgesamt übermäßig bürokratische Meldepflichten: kleinteilige, teilweise tagesgenaue und unverzüglich wahrzunehmende Nachweis- und Meldepflichten in verschiedenen Formaten, Bezugszeiträumen und Meldewegen. Der Nutzen dieser Meldungen ist oft unklar oder gering. Redundante Meldungen müssen zusammengeführt und kleinteilige Meldepflichten vereinfacht werden, um überbordende und unverhältnismäßige bürokratische Aufwände der Krankenhäuser und der Meldungsempfänger (Krankenkassen, IQTIG, G-BA) abzubauen.

Regelungsvorschlag:

Anpassung der Qualitätssicherungsrichtlinie Früh- und Reifgeborene sowie der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur; Schaffung einer Rahmenregelung zu harmonisierten, bürokratiearmen und anwenderfreundlichen Nachweispflichten für Krankenhäuser unter Beachtung der Qualitätssicherung und auch anderer Bereiche mit vergleichbaren Meldepflichten.

Wirksamkeit/ Zeithorizont:

Dauerhaft – kurzfristig (für 2027)

Finanzielle Wirkung:

Einsparpotential ca. im einstelligen Millionenbereich durch den Abbau bürokratischer Verpflichtungen und effizienteren Personal- und Ressourceneinsatz in Krankenhäusern und bei Meldungsempfängern.

Berechnungsgrundlage:

Eigene Schätzung

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität/ Verteilungs- und Belastungseffekte:

Es handelt sich um den Abbau redundanter und nicht versorgungsrelevanter Dokumentations- und Kommunikationsverpflichtungen, der keine Auswirkungen auf die o. g. Aspekte hat.

10) Deregulierung Personalvorgaben in PPP-RL

Maßnahmenbeschreibung:

Die hohen Verwaltungskosten durch die PPP-RL sind unnötig. Zur Planungssicherheit und Entlastung der Versorgung erfordert es folgende Maßnahmen:

Bezugsgröße: Mindestvorgaben müssen sich auf das gesamte Krankenhaus und das Kalenderjahr beziehen, nicht auf Quartale und Standorte.

Flexibilität: Der starre Berufsgruppenbezug muss aufgehoben werden, um neue und qualifizierte Berufsgruppen berücksichtigen zu können.

Sanktionen: Das Leistungserbringungsverbot muss aufgrund der Versorgungsverpflichtung entfallen. Es sind gestufte, verhältnismäßige Sanktionen einzuführen. Mehrfachprüfungen müssen reduziert werden.

Regelungsvorschlag:

- Anpassung § 136a Abs. 2 SGB V: Modifikation des unverhältnismäßigen Vergütungswegfalls, Auftrag zur Deregulation, Vorgabe zur (Änderung der) Bezugsgröße aufnehmen
- Anpassung der PPP-RL
- Anpassung der MD-QK-RL

Wirksamkeit/ Zeithorizont:

Dauerhaft – Zeithorizont unbekannt

Finanzielle Wirkung:

Die Maßnahmen werden systematisch unnötige Mehrfachtätigkeiten reduzieren. Die Umstellung auf jährliche, aggregierte Nachweise und die Streichung redundanter Prüfungen führen zu einer deutlichen Entlastung des Klinikpersonals von administrativen Arbeitsstunden (mind. 20 % bis 40 % der derzeitigen Verwaltungskosten für die PPP-RL-Nachweisführung). Hinzu kommen die Verwaltungskosten bei den Krankenkassen, dem Medizinischen Dienst, der Selbstverwaltung, den Landesbehörden für Krankenhausplanung usw.

Berechnungsgrundlage:

Die Annahme des Einsparvolumens stützt sich nicht auf ein öffentlich zugängliches Rechenmodell, sondern ist plausibel basierend auf der geschätzten Reduktion des administrativen Aufwandes in den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken durch

- die Reduktion der Frequenz
- die Reduktion der Granularität und
- die Reduktion der Prüftätigkeit.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität/ Verteilungs- und Belastungseffekte:

Die Flexibilisierung des Berufsgruppenbezuges und die Aufhebung des starren Quartalsbezuges ermöglichen eine patientenorientiertere Personalsteuerung durch optimalen Ressourceneinsatz.

Die Ausweitung des Bezugsrahmens (gesamtes Jahr und Krankenhaus) stabilisiert kleine Standorte in ländlichen oder strukturschwachen Regionen. Dies erhöht die Zugangschancen für Patienten, da weniger kurzfristige Abmeldungen oder Schließungen drohen.

Die bürokratischen Aufwände der Krankenhäuser reduzieren sich, die Planungssicherheit verbessert sich und trägt zum Erhalt stabiler Versorgungsstrukturen bei.

Keine direkten Effekte zwischen verschiedenen Einkommensgruppen erwartet, da die Maßnahmen primär administrative Prozesse und die Personalverfügbarkeit betreffen.

11) SÜV: Automatische hausärztliche Ermächtigung

Maßnahmenbeschreibung:

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g SGB V (SÜV) sollen automatisch eine haus- und fachärztliche Ermächtigung erhalten.

Die Maßnahme beseitigt die hohe administrative Hürde von Einzelermächtigungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die automatische Ermächtigung verhindert Verzögerungen bei der Aufnahme der ambulanten und somit weiterführend sektorenübergreifenden Tätigkeit und erleichtert die Etablierung/ Umwandlung zu einer SÜV sowie einen flexiblen Betrieb. Es entstehen keine Versorgungslücken (besonders in unterversorgten Gebieten). Die nahtlose Versorgungskette steigert die Effizienz und die Behandlungsqualität und entlastet die Krankenkassen von teuren stationären Fällen.

Regelungsvorschlag:

- Anpassung des § 116a Absatz 2 und 3 SGB V: Automatische Ermächtigung einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung für die hausärztliche Versorgung sowie die im Versorgungsauftrag festgelegten Fachgebiete.
- Folgewirkungen in Bezug auf die Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA sind zu prüfen.

Wirksamkeit/ Zeithorizont:

Dauerhaft – Zeithorizont unbekannt

Finanzielle Wirkung:

Die Maßnahme beseitigt hohe, wiederkehrende Verwaltungshürden bei der Etablierung der SÜV und den Kassenärztlichen Vereinigungen. Die automatische Ermächtigung führt zu einem nahezu vollständigen Wegfall der aufwendigen Prüf-, Genehmigungs- und Einspruchsverfahren. Das höchste Potenzial liegt in der Vermeidung von teuren stationären Aufnahmen (Folgekosten), da SÜV die Versorgungslücken effizienter schließen und die ambulante Versorgung stärken.

Berechnungsgrundlage:

Die Annahme eines Einsparvolumens stützt sich nicht auf ein öffentlich zugängliches Rechenmodell, sondern ist eine plausible Annahme basierend auf der geschätzten Reduktion des administrativen Aufwandes und der Vermeidung teurerer stationärer Behandlungen.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität/ Verteilungs- und Belastungseffekte:

Die Qualität wird durch eine schnellere und effizientere sektorenübergreifende Versorgungskette gestärkt. Dies führt zu besseren Behandlungsergebnissen und verhindert unnötige Verzögerungen.

Die automatische Ermächtigung beseitigt eine große Hürde für neue Versorgungseinrichtungen. Besonders in ländlichen oder unterversorgten Gebieten

verbessert sich der Zugang zu fachärztlicher und hausärztlicher Versorgung signifikant, da Versorgungslücken rascher geschlossen werden.

Die Belastung der Krankenhäuser bei der Gründung neuer Einheiten wird deutlich reduziert. Die Belastung der Patienten sinkt, da sie seltener zwischen den Sektoren hin- und hergeschickt werden.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Wegelystraße 3
10623 Berlin

Tel. (030) 3 98 01-0
Fax (030) 3 98 01-3000
E-Mail dkgmail@dkgev.de