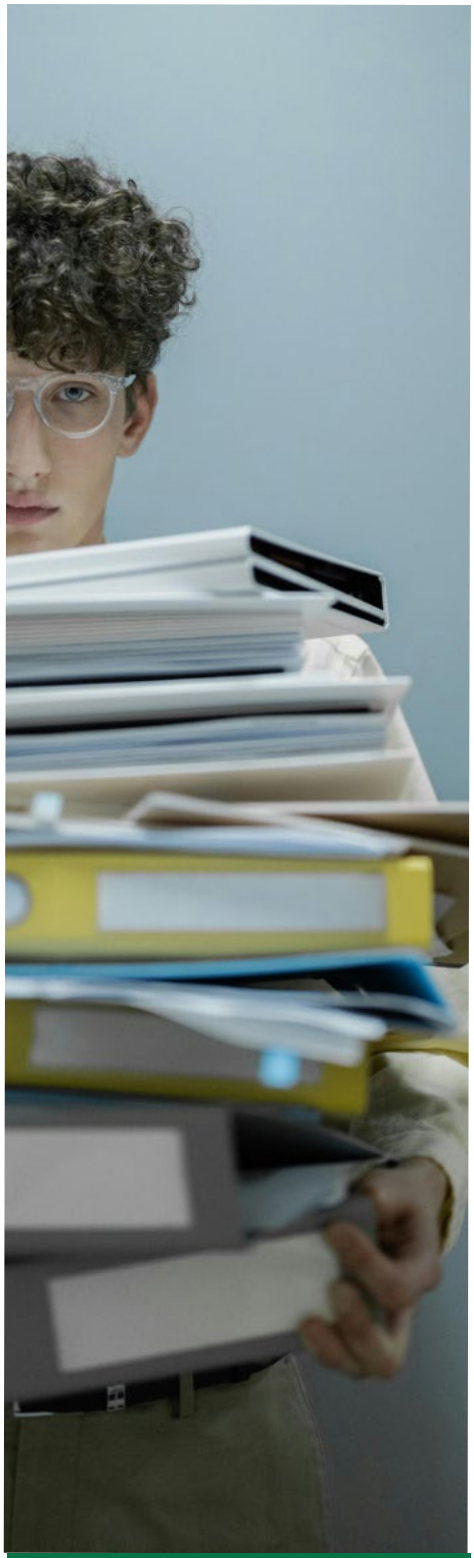


DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Weniger Bürokratie – Mehr Ressourcen für Patientinnen und Patienten

Positionen der
Deutschen Krankenhausgesellschaft
zum Abbau von Überbürokratisierung

Einleitende Worte zur 2. Auflage

In den vergangenen Jahren wurde durch den stetigen Anstieg detaillierter Einzelbestimmungen und einen zunehmenden Komplexitätsgrad ein hohes Maß an Überbürokratie im Gesundheitswesen und insbesondere auch in der stationären Versorgung erzeugt. Ein Gegensteuern ist überfällig, um das System funktionsfähig zu halten und Personalressourcen und Finanzmittel auch im Sinn einer optimalen Patientenversorgung bestmöglich einzusetzen.

In der letzten Legislaturperiode hat sich diese Entwicklung trotz gegenteiliger Versprechungen weiter verschärft. So wurden der Bundes-Klinik-Atlas und neue Meldepflichten für die Personalbemessung gesetzlich verankert, verbunden mit massiven Mehraufwänden für die Krankenhäuser. Ein Bürokratieabbaugesetz dagegen wurde wiederholt angekündigt, ist aber bis zuletzt nicht über den Status einer Absichtserklärung hinausgewachsen.

Bereits 2024 hatte die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) umfangreiche Lösungsvorschläge zum Bürokratieabbau zusammengestellt, die sowohl systemische wie auch konkrete Ansätze umfassen. Anlässlich der neuen Legislaturperiode wurden diese Vorschläge nun überarbeitet: Die bisher dargelegten Ansätze und Zahlen wurden aktualisiert und die neuen Themen „Ärztliche Personalausstattung nach § 21 KHEntgG“, „Ärztliche Personalbemessung gemäß § 137m SGB V“ und „Personalbemessung für andere Gesundheitsberufe im Krankenhaus gemäß § 137n SGB V“ ergänzt.

Sehr vereinzelt wurden Lösungsvorschläge (z. B. Umwandlung des kompliziert zu berechnenden Aufschlags bei der Abrechnungsprüfung in eine Pauschale) von der Gesetzgebung bereits umgesetzt und sind in der vorliegenden 2. Auflage daher nicht mehr aufgeführt. Damit in den Krankenhäusern eine echte Entlastung möglich wird, ist es in der aktuellen Legislatur entscheidend, dass auch bei der Mehrheit der bisher nicht adressierten Themen schnell gehandelt wird.

Die Krankenhäuser sind davon überzeugt, dass eine enge, partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Politik, Selbstverwaltung und Versorgungspraxis der Schlüssel für einen erfolgreichen Bürokratieabbau ist, und stehen der Ministerin und dem Bundesgesundheitsministerium für die erforderlichen nächsten Schritte gerne zur Verfügung.

Zusammenfassung

Allgemein müssen …

… **Nachweispflichten** grundlegend reduziert und vereinfacht werden. Gleiche Sachverhalte sollten nur einmal aufbereitet und übermittelt werden müssen. Mindestens ist eine Normierung unter Beachtung einer angemessenen Detailtiefe und der technischen Umsetzbarkeit erforderlich. Praxisvertreter und -vertreterinnen müssen in die Erstellung mit einbezogen und es muss regelmäßig überprüft werden, ob die Informationen auch aus Routinedaten ermittelt werden können.

… die **Bürokratiefolgenabschätzungen** gestärkt werden. Es müssen gleiche Prüfregeln für alle Regulierungsebenen gelten, die Einschätzungen Verbindlichkeit erhalten und die beauftragten Gremien entsprechend personell und finanziell ausgestattet werden.

… **ausreichende Umsetzungsfristen** für neue gesetzliche Verpflichtungen und eine **regelmäßige Evaluation** bestehender Vorschriften sichergestellt werden.

… die Normgebung und -durchsetzung neu organisiert werden, z. B. im Bereich der Qualitätssicherung, und es muss dabei auf eine strikte **Trennung von Normgebung** und Durchsetzung geachtet werden.

… **Digitalisierungsprozesse** gut durchdacht werden und es muss genügend Zeit für eine mehrwertorientierte Neugestaltung der Informationssysteme und der betroffenen Versorgungsprozesse eingeräumt werden, um eine tatsächliche Erleichterung statt neuer Mehraufwände für das klinisch tätige Personal zu erzeugen. Ziel sollte immer sein, dass Sachverhalte nur ein einziges Mal händisch erfasst und dann automatisiert aufbereitet und weiterverwendet werden.

Wesentliche Ansatzpunkte für einen **Abbau konkreter bürokratischer Pflichten** umfassen:

- In der **Qualitätssicherung**: Konsequente Umsetzung des G-BA-Eckpunktebeschlusses zur Erhöhung der Effektivität und Effizienz der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung, Anpassungen bei den Qualitätssicherungsrichtlinien und den Qualitätsberichten der Krankenhäuser sowie Einrichtung eines Webportals für einfache Datenabfragen.

- Bei der **Personalausstattung und den einhergehenden Nachweispflichten**: Grundlegende Überarbeitung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie und Anpassungen bei der Pflegepersonalbedarfsbemessung. Abschaffung des Psych-Personalnachweises, der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG), des Pflegepersonalquotienten, der ärztlichen Personalbemessung im Krankenhaus, der Personalbemessung für andere Gesundheitsberufe im Krankenhaus, der Übermittlungspflicht zur ärztlichen Personalausstattung nach § 21 KHEntgG sowie der Übermittlungspflicht zu PpUG für Psych-Einrichtungen nach § 21 KHEntgG.

- **Zum Prüfwesen durch den Medizinischen Dienst (MD): MD-Strukturprüfungen**: Vereinheitlichung von Strukturprüfungen und Qualitätsprüfungen zu einem gemeinsamen Prüfregime mit einheitlicher Verlängerung des Prüfrhythmus auf drei Jahre, kritischer Überprüfung aller vorgeschriebenen Strukturmerkmale, zeitnaher Umsetzung der geplanten zentralen Datenbank sowie Streichung der Vorhaltefrist für Strukturmerkmale nach OPS-Kodes drei Monate vor Beginn der Leistungserbringung. Abrechnungsprüfung: Vereinbarung eines abschließenden, übersichtlichen Standarddokumentensatzes.

- Im Bereich **Krankenhausfinanzierung**: Neuausrichtung des PEPP-Systems, Abschaffung des Psych-Krankenhausvergleichs, Streichung von Nachweisen zur zweckentsprechenden Mittelverwendung, Abschaffung der Digitalisierungsabschlussvereinbarung, Abschaffung der DRG- und G-BA-Systemzuschläge zugunsten einer direkten Finanzierung, Durchführung des Zuzahlungsinkassos wieder durch die Krankenkassen.

- Bei der **Zulassung zur Leistungserbringung**: Verschlankung und Vereinfachung der Antrags- und Mitteilungsverfahren für das ambulante Operieren im Krankenhaus, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung und NUB-Leistungen.

- In der **Organisation von Anschlussversorgung**: Aufwandsreduktion bei Antragstellung und Verlängerung der maximalen Dauer von Übergangspflege, Vereinheitlichung der Einleitungswege für Anschlussrehabilitation.

- Im Bereich **elektronische Abrechnung**: Vermeidung von Abrechnungen in Papierform, Anpassung der Datenübermittlungsmöglichkeiten nach § 301 bzw. § 300 SGB V (Nachricht SAMU, Aufnahmenachricht, Orpha-Codes und Chargendokumentationspflicht bei Arzneimitteln) sowie einheitlicher Umgang mit der Krankenhaus-Einweisungs-Richtlinie.

- Im Bereich **Gesundheitsdaten & Datenschutz**: **Datenstrategie**: Mehrfachnutzung des §301-Datenstandards und Bereitstellen von Katalogdaten und Schlüsseldaten in leistungsrechtlich verbindlicher und maschinenlesbarer Form.

- Aussetzung oder Vereinfachung der **Krankenhauskapazitätssurveillance** und Beschränkung der **Meldepflichten zu Infektionskrankheiten** auf die Labormeldepflichten.

- **Informations- und Einwilligungspflichten von Patientinnen und Patienten**: Abschaffung der Patientenquittung und der Frage nach Hausärztin/Hausarzt bzw. Datenübermittlung an die Hausärztin bzw. den Hausarzt, Anpassungen beim Implantateregister, Freistellung für Krankenhäuser aus den Datenbereitstellungspflichten im Rahmen des Europäischen Gesundheitsdatenraums, Abschaffung der Pflicht zur Information über die elektronische Patientenakte für Krankenhäuser und finanzielle Kompensation für Kopien der Patientenakte; Abschaffung des Einwilligungsvorbehalts zur Mitteilung eines Pflegegrads bei Privatpatientinnen und Privatpatienten, der Patienteninformation und Einwilligung in das Entlassmanagement in Schriftform, der Einwilligung in die elektronische Übermittlung von Anschlussheilbehandlungsanträgen sowie des Einwilligungsvorbehalts bei Datenübermittlungspflichten zum Transplantationsregister.

- Bereichsausnahme der Krankenhäuser in Bezug auf das **Handels- und Dienstleistungsstatistikgesetz** sowie das **Lieferkettensorgfaltspflichtengesetz**, Überarbeitung der Dokumentationspflicht für **Import-Arzneimittel bei Lieferengpass**, Vereinfachung der **Anerkennungsverfahren für internationale Talente aus Drittstaaten**, Streichung der Befristung beim **Energieaudit** und Anpassung der **Trinkwasserverordnung** in Bezug auf Legionellen.

Inhalt

I. Aktuelle Lage und Herausforderungen 7

I.I Komplexität und Detailtiefe von Vorschriften 7

I.II Struktur der Normgebung und -durchsetzung 9

I.III Administrative Aufwände in den Krankenhäusern 10

II. Grundlegende Ansatzpunkte eines ernsthaften Bürokratieabbaus 12

II.I Entbürokratisierungspotenziale von Vorschriften 12

II.III Flankierende Maßnahmen zur Entlastung der Krankenhäuser 16

Anhang 18

Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Abbau von Überbürokratisierung

I. Aktuelle Lage und Herausforderungen

Unnötige Bürokratie im Gesundheitswesen – im Folgenden als Überbürokratisierung bezeichnet – muss dringend abgebaut werden. In dieser Zielsetzung sind sich Selbstverwaltung, Länder, Bund und Bundesgesundheitsministerium im Prinzip einig. Durch verbesserte Vorgaben können erhebliche personelle Kapazitäten freigesetzt werden, die für eine empathische, zugewandte Patientenversorgung dringend benötigt werden: Schon eine Stunde weniger Bürokratie pro Vollkraft und Tag setzt rein rechnerisch 123.000 Vollkräfte in den Krankenhäusern frei[1], darunter rund 22.100 Vollkräfte im ärztlichen und 48.900 Vollkräfte im pflegerischen Bereich[2]. Diese Entlastung ist insbesondere wichtig, weil die demographische Entwicklung einerseits zu einem steigenden Versorgungsbedarf und andererseits zu einer Verknappung des vorhandenen Personals führt.

Überbürokratisierung zeigt sich in verschiedenen Dimensionen, die in der Praxis durch diverse Wechselwirkungen vielfach miteinander verwoben sind:

I.I Komplexität und Detailtiefe der Rechtsnormen

I.II Struktur der Normgebung und -durchsetzung

I.III Administrative Aufwände in den Krankenhäusern

In dem vorliegenden Positionspapier werden diese Dimensionen zunächst nacheinander beleuchtet und anschließend aktive Lösungsvorschläge zur jeweiligen Bekämpfung von Überbürokratisierung gemacht.

I.I Komplexität und Detailtiefe von Vorschriften

Die gesetzliche sowie untergesetzliche Normsetzung im Gesundheitssektor war in den vergangenen Jahren durch einen umfassenden Reform- und Veränderungswillen geprägt. Allein in der vergangenen 20. Legislaturperiode sind 23 Gesetze mit unmittelbarer Relevanz für die

1 Rechengrundlage: 987.000 Vollkräfte (Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2023).

2 Blitzumfrage „Bürokratiebelastung im Krankenhaus“ des Deutschen Krankenhausinstituts, September 2025.

Krankenhäuser in Kraft getreten. Weitere Gesetze waren in Planung, konnten durch das Ende der Wahlperiode aber nicht mehr umgesetzt werden. In der vorausgegangenen 19. Legislaturperiode war die Zahl neuer, für die Krankenhäuser relevanter Gesetze – die Pandemie herausgerechnet – bereits ähnlich hoch (29). Hinzu kommen weitere Vereinbarungen und Richtlinien, die auf der Selbstverwaltungsebene getroffen werden. Zugleich werden bestehende Vorschriften anlässlich neuer Gesetzesvorhaben, Vereinbarungen und Richtlinien oft nicht ausreichend angepasst, zusammengefasst oder außer Kraft gesetzt.

Resultat ist eine zunehmend komplexe und detaillierte Regulierungsfülle, die unübersichtlich und teilweise schwer umsetzbar ist und zu immensen Mehraufwänden führt: Eine hohe Anzahl an Einzelbestimmungen begünstigt Widersprüche zwischen und Unschärfen innerhalb der einzelnen Vorgaben. Auf Basis verschiedener gesetzlicher Grundlagen werden trotz identischer Zielsetzung unterschiedliche Nachweispflichten gegenüber verschiedenen externen Stellen vorgeschrieben und dadurch weitere Mehraufwände erzeugt.

Praxisbeispiel:

Für den Bereich der Personalausstattung bestehen u. a. Nachweispflichten gemäß der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV), der Richtlinie Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), der Qualitätssicherungs- Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) des G-BA, den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser des G-BA, im Rahmen des §21-Datensatzes (der 2024 für den Transparenzatlas nochmals deutlich erweitert wurde), im Rahmen der OPS-Komplexcodes, im Rahmen der Einführung der neuen Leistungsgruppen sowie im Rahmen der Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV). Mit der gesetzlichen Fixierung einer Personalbemessung für den ärztlichen Bereich sowie für weitere Berufsgruppen wurden 2024 perspektivisch weitere Nachweispflichten auf den Weg gebracht.

Diese Vorgaben haben jeweils eine eigene Logik, sodass erstellte Nachweise oft nicht mehrfach verwendet werden können, sondern zugrunde liegende Daten für jede Lieferpflicht neu aufbereitet werden müssen. Der erzeugte Aufwand wird aufseiten der Entscheidungsträger chronisch unterschätzt und den Krankenhäusern nicht refinanziert.

Zeitgleich bestehen je nach Hierarchieebene unterschiedliche Regelungen für den Gestaltungsprozess der Gesetze, Verordnungen und Richtlinien aus Politik und Selbstverwaltung.

Praxisbeispiel:

Der Normenkontrollrat prüft Regelungsentwürfe der Bundesministerien vor deren Vorlage an das Bundeskabinett zwingend dahin gehend, ob die (Bürokratie-)Kosten methodengerecht und verständlich dargestellt wurden, ob es praxistauglichere Alternativen gibt und ob eine digitale Umsetzung von Beginn an mitgedacht wurde. Regelungsvorlagen aus dem Bundestag bzw. dem Bundesrat werden dagegen nur auf vorherigen Antrag vom Normenkontrollrat geprüft. Für untergesetzliche Verordnungen und Richtlinien auf Ebene der Selbstverwaltung ist keine Prüfung durch den Normenkontrollrat vorgesehen. Stattdessen gibt es innerhalb des G-BA eine eigene Stabsstelle Bürokratieabbau, die die einheitliche Anwendung der Methodik für die Bürokratiekostenermittlung innerhalb des G-BA garantieren soll.

Warum bei bestimmten Gesetzen eine externe Kontrolle der Bürokratiekostenberechnung

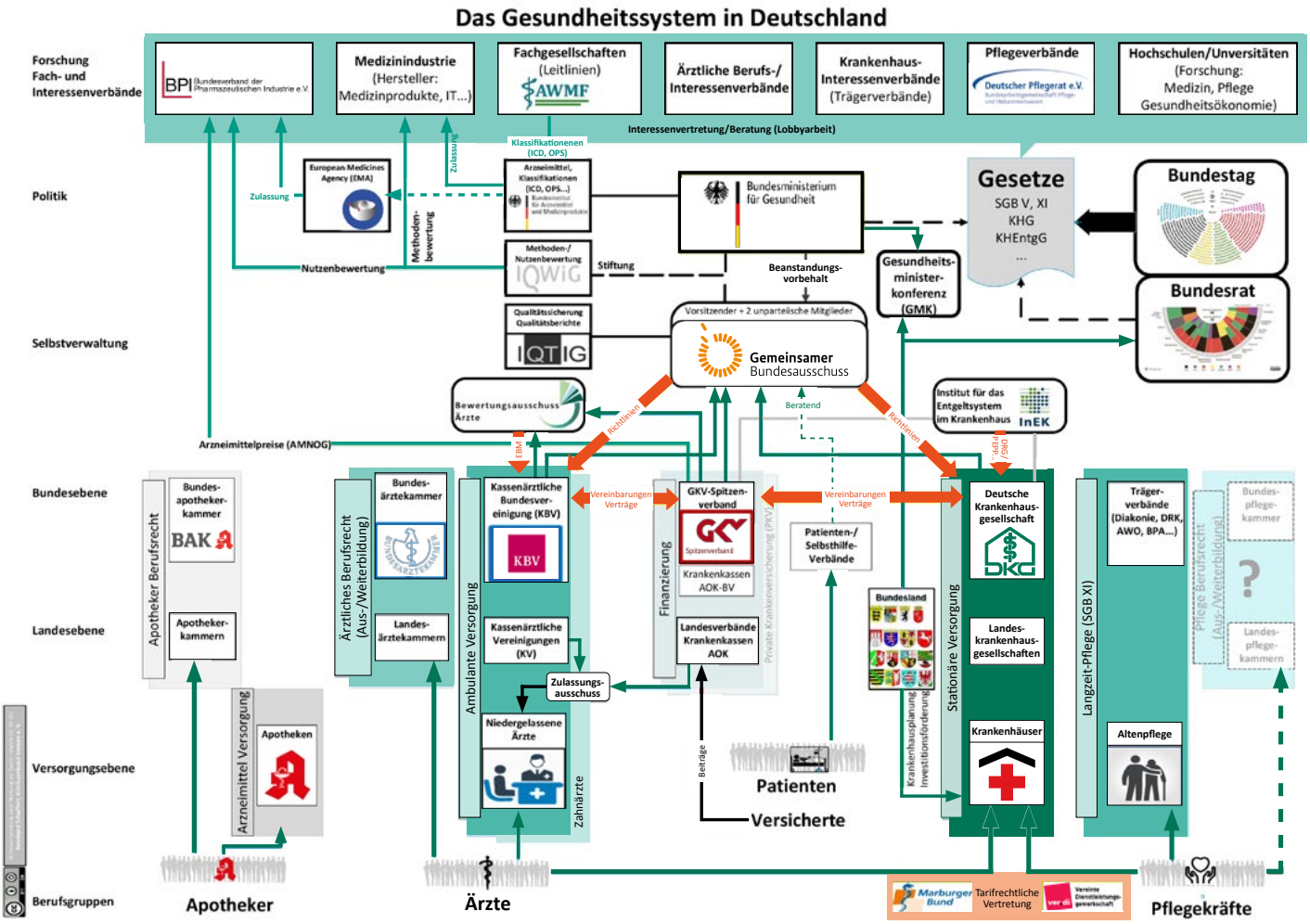
erfolgt, bei anderen dagegen nicht und warum in der untergesetzlichen Normsetzung wiederum eine Selbstkontrolle durchgeführt wird, ist den Akteuren in der Versorgung, etwa den Krankenhäusern, kaum vermittelbar: Für sie sind alle Vorgaben rechtlich bindend und müssen gleichermaßen erfüllt werden.

Zudem handelt es sich lediglich um Prüfungen der korrekten Bürokratiekostenermittlung, nicht jedoch des Inhalts: Das Kosten-Nutzen-Verhältnis der neuen Vorschrift oder ob es Überschneidungen mit anderen Vorgaben gibt, wird daher nicht ermittelt. Auch werden neue Vorschriften selbst bei negativem Prüfergebnis nicht zwingend gestoppt, sondern das Prüfergebnis muss lediglich gemeinsam mit den Drucksachen veröffentlicht werden.

Durch kurze Umsetzungsfristen zwischen dem Inkrafttreten neuer Regulierungen und dem Datum der Ersterfüllungspflicht wird eine adäquate Vorbereitung auf neue Berichtspflichten zusätzlich erheblich erschwert. Auch fehlt eine zentrale Anlaufstelle des Gesetzgebers, die bei Rückfragen rechtlich verbindlich Umsetzungshilfe anbietet.

I.II Struktur der Normgebung und -durchsetzung

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland wird nicht nur zentral durch die Gesetzgebung des Bundes, sondern in wesentlichen Punkten auch durch die Subsidiaritätsprinzipien von Föderalismus und Selbstverwaltung geprägt. Durch die Gesetzgebung der Länder werden bundesweit



gesetzte Rahmenbedingungen komplettiert und an die Verhältnisse vor Ort angepasst. In der näheren Ausgestaltung von Verordnungen und Richtlinien auf untergesetzlicher Ebene durch die Selbstverwaltung wird zudem sichergestellt, dass Behandlungsrealität und Praxisperspektive mitberücksichtigt werden.[3] Die Komplexität der Normgebung und -durchsetzung trägt allerdings selbst zur Überbürokratisierung bei.

Durch das Nebeneinander von Gesetzen über Verordnungen und Richtlinien bis hin zu technischen Umsetzungsvorgaben werden Zuständigkeiten innerhalb des Gesetzgebungsprozesses zunehmend zersplittert. Gleichzeitig werden durch die klassische Normenhierarchie[4] Umsetzungshindernisse erst spät offenbar. Notwendige Anpassungen auf höheren Ebenen sind dann nicht mehr zeitnah umsetzbar.[5] Die Selbstverwaltungspartner haben einen gesetzlichen Auftrag zur Interessenwahrung. Deshalb sind notwendige Kompromisse in den untergesetzlichen Richtlinien oft kleinteilig. Zusätzlich kommt es aufgrund der Ausgestaltung von Zuständigkeiten und der faktischen Besetzung von Gremien anhaltend zur Bevorzugung bestimmter Interessen gegenüber anderen. In der Vergangenheit wurde durch die Neuorganisation von Strukturen und das Einbinden neutraler Akteure mehrfach versucht, dem entgegenzuwirken.[6]

Praxisbeispiel:

Durch Maßnahmen der Qualitätssicherung sollen die Patientensicherheit gewährleistet und die Qualität der Patientenversorgung kontinuierlich verbessert werden. Bisher werden die dafür notwendigen Maßnahmen ganz wesentlich im G-BA ausgearbeitet. Es gibt aber auch Überlappungen mit anderen Systemen, z. B. den Strukturprüfungen bei OPS-KodeS. Das verursacht redundante und widersprüchliche Regelungen, hohe Aufwände und Bürokratie. Zudem steht immer wieder in der Kritik, ob die Instrumente der Qualitätssicherung tatsächlich geeignet sind, Qualitätsdefizite zu adressieren, oder ob sie nicht für andere Zwecke, etwa die kalte Strukturbereinigung der Krankenhauslandschaft, zweckentfremdet werden.

I.III Administrative Aufwände in den Krankenhäusern

In der Folge werden die deutschen Krankenhäuser seit Jahren mit einer überzogenen Dokumentation konfrontiert und überlastet. Dies gilt über Träger-, Größen-, Stadt-Land- und Bundesländergrenzen hinweg. Um der unüberschaubaren Flut von Dokumentations- und Nachweispflichten gerecht zu werden, müssen immer mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für administrative Zwecke abgestellt werden.

3 Eigene farbliche Bearbeitung nach Klinikverbund Hessen via https://www.klinikverbund-hessen.de/fachinformationen/details/schema- zum-gesundheitssystem-in-deutschland.html; zur besseren Lesbarkeit wurde hier auf eine gendersensible Sprache verzichtet.

4 Im Rahmen der klassischen Normenhierarchie sind z. B. allein für den Bereich der Pflegepersonaluntergrenzen vier Vorschriften zu beachten: die Verordnungsermächtigung nach § 137i SGB V und die Pflegepersonaluntergrenzenverordnung des BMG sowie die PpUG-Sanktionsvereinbarung und die PpUG-Nachweisvereinbarung zwischen DKG und GKV-Spitzenverband. Insgesamt entspricht das einem Umfang von etwa 95 DIN-A4-Seiten.

5 Dies betrifft z. B. Hürden im Bereich der technischen Operationalisierung.

6 Vgl. z. B. MDK-Reformgesetz, in Kraft getreten am 1. Januar 2020.

So erhöhte sich die Zahl der Vollkräfte im Verwaltungsdienst allein zwischen 2010 und 2023 um 18,8 % und verursacht inzwischen 6 % der Gesamtpersonalkosten in den Häusern.[7] Aber auch Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte sind derzeit drei bis vier Stunden pro Tag mit administrativen Tätigkeiten beschäftigt, wie verschiedene Erhebungen konstant belegen.[8] Das führt zu zunehmender Unzufriedenheit bei allen Beschäftigten und zu weniger Zeit für den direkten Kontakt mit den Patientinnen und Patienten.

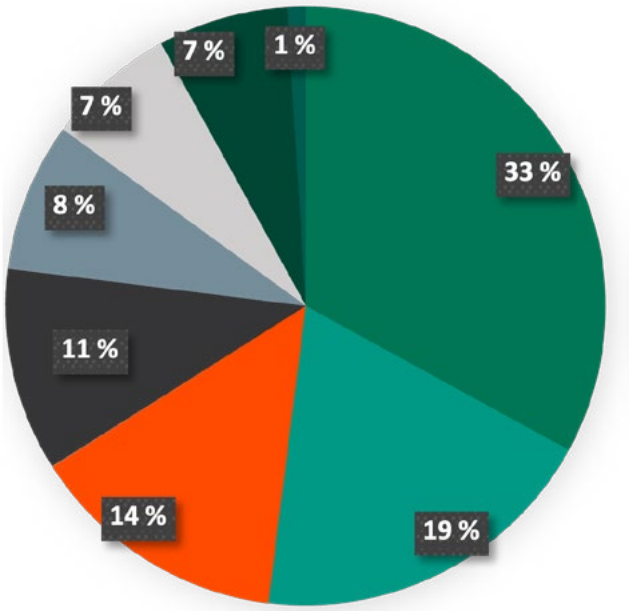
Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat ihre Mitgliedsverbände und die dort organisierten Krankenhäuser im Februar 2024 befragt, was schlanken administrativen Abläufen in den Krankenhäusern aus ihrer Sicht am meisten im Wege steht. Dazu sollten verschiedene Aspekte relativ zueinander gewichtet werden. Der größte Anteil wurde dabei mit 33 % einem drohenden Finanzierungsausfall bei weniger detaillierter Dokumentation beigemessen.

Ausgewählte Stimmen aus den Krankenhäusern:[9]

„Es genügen nicht die Informationen, die in einem Arztbrief stehen: Die Medizinischen Dienste wollen einen gesonderten Nachweis für die im Arztbrief genannte Information."

„Zum Teil werden Unterlagen gefordert, obwohl die Position [für unser Krankenhaus] nicht zutreffend ist."

Weitere Hindernisse, die eine schlanke Administration behindern, wurden wie folgt bewertet:



Quelle: DKG-Umfrage zur Bürokratiebelastung in den Krankenhäusern, Februar 2024

- Drohender Finanzierungsausfall bei weniger detaillierter Dokumentation
- Schnittstellen-Inkompatibilität oder Hürden bei der Implementierung
- Fehlende Finanzierung effizienterer Abläufe
- Fehlender gemeinsamer Datenmeldeweg für Meldepflichten gegenüber unterschiedlichen externen Stellen
- Hürden beim Datenschutz
- Unsicherheit bzgl. der Vorgaben und Pflichten
- Fehlendes Personal
- Medizinrechtliche Bedenken

7 Vgl. Statistisches Bundesamt, Kostennachweis der Krankenhäuser 2023 und Grunddaten der Krankenhäuser 2023.

8 Vgl. Blitzumfrage „Bürokratiebelastung im Krankenhaus" des Deutschen Krankenhausinstituts, September 2025, via https://www.dki.de/forschungsprojekt/dki-blitzumfrage-aktuelle-burokratiebelastung-in-den-krankenhausern, MB-Monitor 2024 via https://www.marburger-bund.de/bundesverband/themen/marburger-bund-umfragen/mb-monitor-2024-hohe-belastung-unzureichende, und HIMSS-Studie 2015 via https://www.nuance.com/asset/de_de/collateral/healthcare/analyst-report/ar-dragon-medical-zeitdiebe-im-krankenhaus-de-de.pdf.

9 Kommentare aus der DKG-Umfrage zur Bürokratiebelastung in den Krankenhäusern, Februar 2024.

II. Grundlegende Ansatzpunkte eines ernsthaften Bürokratieabbaus

II.I Entbürokratisierungspotenziale von Vorschriften

a. Vereinfachung und Vereinheitlichung von Nachweispflichten

Nachweispflichten (beispielsweise für Strukturvorgaben oder Personalnachweise) sollten grundlegend vereinfacht werden, indem sie in der Regel nur einmal abgefragt bzw. auf eine einzelne Rechtsgrundlage beschränkt werden. Es ist nicht nachvollziehbar, warum gleiche Sachverhalte für verschiedene Zielvorhaben mehrfach nachgewiesen und unterschiedlich aufbereitet werden müssen. Bei Begrenzung auf eine einmalige Nachweispflicht entfällt neben der aufwendigen, mehrfachen Datenaufbereitung und -übermittlung auch die mehrfache Kontrolle gleicher Sachverhalte aufgrund unterschiedlicher Prüfungsgrundlagen mit unterschiedlichen Rechtsfolgen. Im Rahmen der neuen LOPS-Richtlinie wurden zuletzt einige dieser wichtigen Anliegen aufgegriffen. In zahlreichen weiteren Bereichen hat sich die Regelungsdichte – entgegen der vom Gesetzgeber geäußerten Intention – in der letzten Legislatur jedoch sogar noch erhöht.[10] Das belastet nicht nur die Krankenhäuser, sondern auch die entsprechenden Prüfinstanzen. Wichtig ist deshalb, dass künftig auch die Datenstrukturen in diesen Bereichen fortschreitend gebündelt und zentralisiert werden.[11]

Nachweispflichten, die ausnahmsweise innerhalb mehrerer Zielvorhaben abgefragt werden, müssen in einem zweiten Schritt zumindest normiert werden: Das umfasst die Verwendung einer einheitlichen Bezugsgröße[12], die Begrenzung auf eine einheitliche und angemessene Detailtiefe und eine einheitliche Gültigkeitsdauer für alle betroffenen Nachweispflichten.

Bei der Normierung muss auch die technische Umsetzbarkeit berücksichtigt werden: Messmethoden, die sich aufwandsarm in die vorbestehenden Daten- und IT-Strukturen einpflegen bzw. aus ihnen ableiten lassen, sind zu bevorzugen. Zur Sicherstellung der Praxistauglichkeit müssen in den Gestaltungsprozess außerdem Praxisvertreterinnen und -vertreter einbezogen werden.

Zudem muss die Gültigkeitsdauer für bereits erbrachte Nachweise deutlich verlängert werden, um einen aktuell unverhältnismäßig hohen Aufwand zu beschränken.

Ferner muss für jede Nachweispflicht verpflichtend überprüft werden, ob sie durch eine

10 Zum Beispiel wurde zusätzlich zu den bisher bereits für die Qualitätsberichte übermittelten Angaben zur ärztlichen Personalausstattung eine neue Übermittlungspflicht nach § 21 Abs. 2 Ziffer 1f KHEntgG eingeführt, inkl. kaum umsetzbarer Zuordnung des ärztlichen Personals zu den Leistungsgruppen und geplanter Veröffentlichung dieser Daten im Bundes-Klinik-Atlas.

11 Vgl. auch Anhang, Seiten 1 ff., 8 ff., 19 ff.: Vorschläge zur Qualitätssicherung, zur Personalausstattung und zum MD-Prüfwesen.

12 Beispielsweise Einigung, ob ein Parameter mit 2-Schicht-, 3-Schicht- oder Tagesbezug und patientenzahl- oder bettenzahlabhängig erfasst wird.

Auswertung ohnehin vorhandener technischer Routinedaten ersetzt werden kann (sog. Sekundärdatennutzung[13]). Häufig wird nicht berücksichtigt, dass viele Aufgaben, die mit komplexen und sanktionsbewehrten Meldepflichten einhergehen, aus bereits vorhandenen Datenströmen und -standards automatisiert und aufwandsärmer abgeleitet werden können. Das birgt vor allem dann Synergiepotenziale, wenn wenige Schnittstellen (z. B. Fall-/Abrechnungsdaten, Personaldaten) konsequent ausgebaut und dann mehrfach genutzt werden, statt immer neue Berichtspflichten mit abweichenden Standards parallel bedienen zu müssen. Hier kann Überbürokratie besonders effektiv eingespart werden. Zudem handelt es sich um ein sehr transparentes Verfahren, da beispielsweise fehlerhafte Technik oder inhaltliche Defizite im Detail offenbart werden. Voraussetzung für die Sekundärdatennutzung ist, dass der Empfängerkreis der verwendeten Routinedaten inhaltlich und zeitlich unter Beachtung des Datenschutzes zweckgebunden und bedarfsgerecht erweitert wird.

Sämtliche bestehende und künftige Nachweispflichten für gleiche Sachverhalte sind an die jeweilige Normierung anzupassen. Überschneidungen zwischen einzelnen Rechtsgrundlagen werden so identifiziert und abgebaut und die Berichtspflichten für die Krankenhäuser vereinheitlicht und vereinfacht. Vorgaben müssen lediglich dann nicht normiert werden, wenn klar voneinander getrennte Bereiche mit eigenen Bedürfnissen betroffen sind.[14] Zudem sollte gesetzlich festgelegt werden, dass Krankenhäuser nur dann zur Nachweiserbringung verpflichtet werden dürfen, wenn die entsprechende Position auf sie zutrifft.

b. Bürokratiebegrenzung bei neuen Vorschriften

Damit Vereinfachung und Vereinheitlichung von Nachweispflichten konsequent umgesetzt werden, muss die Bürokratiefolgenabschätzung im Vorfeld neuer Vorschriften über ihre heutige Form hinaus deutlich erweitert werden. Dazu müssen unabhängig von der Regulierungsebene (Bund, Länder, Selbstverwaltung) die gleichen Regeln gelten.

Außerdem sollte nicht nur, wie bereits üblich, die Methodik der Bürokratiefolgenabschätzung bewertet werden, sondern auch eine inhaltliche Prüfung erfolgen.[15] Werden die resultierenden Mehraufwände als unverhältnismäßig hoch eingestuft, sollte es künftig eine Verpflichtung zur Nachbesserung geben. Die Bürokratiefolgenabschätzung muss Konsequenzen haben, um ihren Zweck zu erfüllen und nicht selbst zu unnötiger Bürokratie beizutragen. Um diese Ziele zu erreichen, müssen die bereits vorhandenen Strukturen ausgebaut und gestärkt werden: Der Normenkontrollrat muss personell aufgestockt und um Expertinnen und Experten aus Klinik sowie aus der technischen Umsetzung ergänzt werden. Gleichzeitig muss die Rolle als neutrales Gremium zwingend gewahrt werden.

Nach Inkrafttreten neuer Vorschriften bedarf es ausreichender Umsetzungsfristen, damit sie in

13 Vgl. auch Anhang, Seite 44: Krankenhauskapazitätssurveillance.

14 Zum Beispiel sollten die Pflegepersonalnachweise für die Psychiatrie nach PPP-RL und für die Somatik nach PpUGV und PPR 2.0 aufgrund unterschiedlicher Behandlungsrealitäten nicht vereinheitlicht werden. Dass die Psychiatrie ebenfalls die Pflegekräfte im Rahmen des §21-Datensatzes melden muss, der der Logik der PpUGV folgt, ist dagegen nicht nachvollziehbar (vgl. auch Anhang, Seite 18: Übermittlungspflicht zu PpuG nach § 21 KHEntgG für Psych-Einrichtungen).

15 Details hierzu siehe vorheriges Kapitel.

geeigneten Softwarelösungen umgesetzt und betroffene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter adäquat geschult werden können. Nur so wird sichergestellt, dass neue Vorgaben möglichst aufwandsarm in bestehende Prozesse integriert werden. Eine adäquate Anpassung der Umsetzungsfristen ist insbesondere auch dann erforderlich, wenn zuvor Verzögerungen im Gesetzgebungsprozess aufgetreten sind.[16] Auch reicht es ganz klar nicht aus, digitale Lösungen für neue Regelungen per se als bürokratieabbauend zu betrachten, wie es der Gesetzgeber häufig tut. Digitale Lösungen wirken nur dann bürokratieabbauend, wenn die zugrunde liegenden Prozesse analysiert und angepasst werden können. Dies muss auch in der Normgebung konsequent berücksichtigt werden. Entsprechend bedarf es einer klaren Verantwortlichkeit aufseiten der Normgebung, neue Regelungen prozesseffizient und bürokratieminimierend umzusetzen. Dazu gehört auch, dass Normenverzeichnisse mit gesetzgeberischem Charakter grundsätzlich frei abrufbar und auswertbar sein müssen und sie vom Normgeber in entsprechend strukturierten Formaten sowie historisiert tagesaktuell und redundanzfrei bereitgestellt werden.[17]

Zudem sollten bei Inkrafttreten offizielle Ansprechpartnerinnen bzw. -partner benannt werden, die beim Rollout der Vorgaben verbindlich unterstützen können. Die so erhobenen Rückmeldungen aus der Praxis dienen zudem als weiterer Kontrollpunkt, ob der Aufwand einer neuen Vorschrift im klinischen Alltag verhältnismäßig ist.

c. Regelmäßige Evaluation bestehender Vorschriften

Bestehende Gesetze und Verfahren müssen regelmäßig kritisch evaluiert und angepasst bzw. außer Kraft gesetzt werden, wenn sie ihre ursprünglichen Ziele verfehlen[18], diese in neuen Verfahren besser abgebildet werden[19] oder sich ihre Aufwand-Nutzen-Relation als nicht verhältnismäßig erweist[20].

16 Vgl. z. B. Krankenhaustransparenzgesetz, in Kraft getreten am 28. März 2024: Trotz des verspäteten Inkrafttretens war als Frist zur erstmaligen Lieferung neuer Nachweise nach § 21 Abs. 7 KHEntgG weiter der 15. Januar 2024 benannt, als zweite Frist der 15. April 2024. Beide Fristen konnten mangels der notwendigen technischen Voraussetzungen faktisch nicht erfüllt werden und haben zu großer Verunsicherung in den Krankenhäusern geführt.

17 Vgl. auch Anhang, Seite 43: Datenbereitstellungspflichten für Normgeber.

18 Vgl. auch Anhang, u. a. Seite 23 und 24: PEPP-System und Psych-Krankenhausvergleich.

19 Vgl. auch Anhang, Seite 11: Pflegepersonaluntergrenzen (PpUGV).

20 Vgl. auch Anhang, Seite 32: Übergangspflege.

Konkreter Handlungsbedarf

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat zu einer Vielzahl von Gesetzen, Verordnungen und Vereinbarungen aus den Bereichen konkrete Lösungsvorschläge erarbeitet, um Überbürokratisierung konsequent abzubauen:

- Qualitätssicherung
- Personalausstattung und -nachweispflichten
- MD-Prüfwesen
- Krankenhausfinanzierung
- Zulassung zur Leistungserbringung
- Organisation von Anschlussversorgung
- Elektronische Abrechnung
- Umgang mit Gesundheitsdaten, Datenschutz und Datenstrategie
- Krankenhauskapazitätssurveillance
- Infektionsschutz
- Informations- und Einwilligungspflichten von Patientinnen und Patienten
- Sonstige Entlastungspotenziale

Diese Vorschläge sind im beigefügten ***Anhang*** ausführlich dargestellt.

II.II Umstrukturierung von Normgebung und -durchsetzung

In seiner momentanen Ausgestaltung trägt das System der Normgebung und -durchsetzung selbst zur Überbürokratisierung bei. Eine Neustrukturierung ist daher dringend erforderlich.

Für die Qualitätssicherung und -verbesserung hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) bereits im März 2024 ein Konzept vorgestellt, wie ein neues System künftig konkret ausgestaltet sein könnte: Weil sich die Beratungen im G-BA in der Vergangenheit nicht allein am Ziel der Sicherung und der kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung orientiert haben, wird vorgeschlagen, die Qualitätssicherung aus der Zuständigkeit des G-BA herauszulösen. Stattdessen werden alternative Strukturen mit einer Neuverteilung von Aufgaben und Kompetenzen unter stärkerem Einbezug der Länder vorgeschlagen. Unter anderem soll es einen von Bund und Ländern gemeinsam verantworteten Abstimmungsprozess mit wissenschaftlich-fachlicher Zuarbeit durch ein Qualitätsinstitut und unter Beteiligung der Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung, insbesondere des GKV-Spitzenverbands und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, geben. Außerdem sollen Normsetzung und Durchführung klar voneinander getrennt werden, um Interessenkonflikte zu vermeiden.[21]

Diese Vorschläge müssen aufgegriffen und ergänzende Überlegungen auch für weitere Bereiche der Normsetzung und Durchführung im Gesundheitssektor getroffen werden. Klassische Normenhierarchien müssen dabei möglichst vermieden und verschiedene Experten (z. B. aus Selbstverwaltung, IT und Praxis) frühzeitig in die Gestaltungsprozesse neuer Vorschriften eingebunden werden.

21 „Ein neues System der Qualitätssicherung und -verbesserung der Patientenversorgung“, Vorschlag der Deutschen

Durch den Einbezug der Vertreterinnen und Vertreter aus der Praxis und jener aus der technischen Operationalisierung werden insbesondere unverhältnismäßig hohe Umsetzungsaufwände und die tatsächlich entstehende bürokratische Belastung frühzeitig erkennbar. Noch im Gesetzgebungsprozess selbst müssen in solchen Fällen entsprechende Gegenmaßnahmen erfolgen.

Durch die Neuorganisation der Strukturen werden die zunehmende Zersplitterung von Gesetzen und untergesetzlichen Vorschriften eingeschränkt, kleinteilige Kompromisse vermieden und gegenseitiges Misstrauen zwischen den verschiedenen Akteuren aus Politik und Selbstverwaltung abgebaut.

II.III Flankierende Maßnahmen zur Entlastung der Krankenhäuser

Eingesparte Ressourcen verbleiben bei den Krankenhäusern

Durch den konsequenten Abbau von Überbürokratisierung sinken Kosten und Personalmehreinsatz für diverse Erfassungsvorgänge. Diese eingesparten Ressourcen müssen bei den Krankenhäusern verbleiben. Nur so können flankierende Maßnahmen finanziert werden, die geeignet sind, die administrativen Abläufe in den Häusern weiter zu entlasten und so im Ergebnis wieder mehr Zeit für die medizinische Behandlung von Patientinnen und Patienten zu haben. Diese Maßnahmen sind dringend erforderlich, weil die Finanzierung von medizinischen Leistungen und Investitionen der Krankenhäuser schon seit Langem unzureichend ist. Der Investitionsbedarf wird von den Bundesländern bereits seit Jahrzehnten nicht adäquat refinanziert. Jedes Jahr wächst das so entstehende Defizit um aktuell etwa 3 Mrd. Euro.[22] Bei aktuell rund 80 % defizitären Kliniken[23] ist auch die Betriebskostenfinanzierung strukturell absolut unzureichend. Allein seit Beginn der Inflationskrise 2022 hat sich in diesem Bereich ein Gesamtdefizit von über 14 Mrd. Euro[24] entwickelt.

Effiziente Softwarelösungen fördern

Gute Digitalisierung setzt gut durchdachte Prozesse vorauS. Beispielsweise müssen, im Gegensatz zu papiergebundenem Vorgehen, sämtliche Sonderkonstellationen technisch vollständig abgebildet werden. Das macht gute digitale Lösungen hochkomplex und teuer. Gleichzeitig können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch geeignete Softwarelösungen, wie z. B. die Integration von Personalmeldungen, DEMIS-Meldungen und Bettenbelegungen über Standardschnittstellen, deutlich entlastet werden. Anwenderfreundlichkeit, Interoperabilität und Zeitersparnis für die Mitarbeitenden müssen in den Fokus genommen werden. Zielvorgabe sollte immer sein, dass Daten innerhalb des Krankenhausinformationssystems (KIS) nur einmal händisch erfasst und dann automatisiert zwischen den verschiedenen Komponenten des Systems ausgetauscht und weiterverarbeitet werden können. Werden im Rahmen der Behandlung digitale Daten erzeugt, sollen sie den Patientinnen und Patienten (kostenfrei) zur Verfügung gestellt werden (ePA). Die Kosten hierfür müssen jedoch in der Betriebskostenfinanzierung

22 2016: 3,1 Mrd. Euro, 2017: 3,4 Mrd. Euro, 2018: 3,4 Mrd. Euro, 2019: 3,5 Mrd. Euro, 2020: 2,8 Mrd. Euro, 2021: 3,4 Mrd. Euro, vgl. Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, DKG 2018–2022.

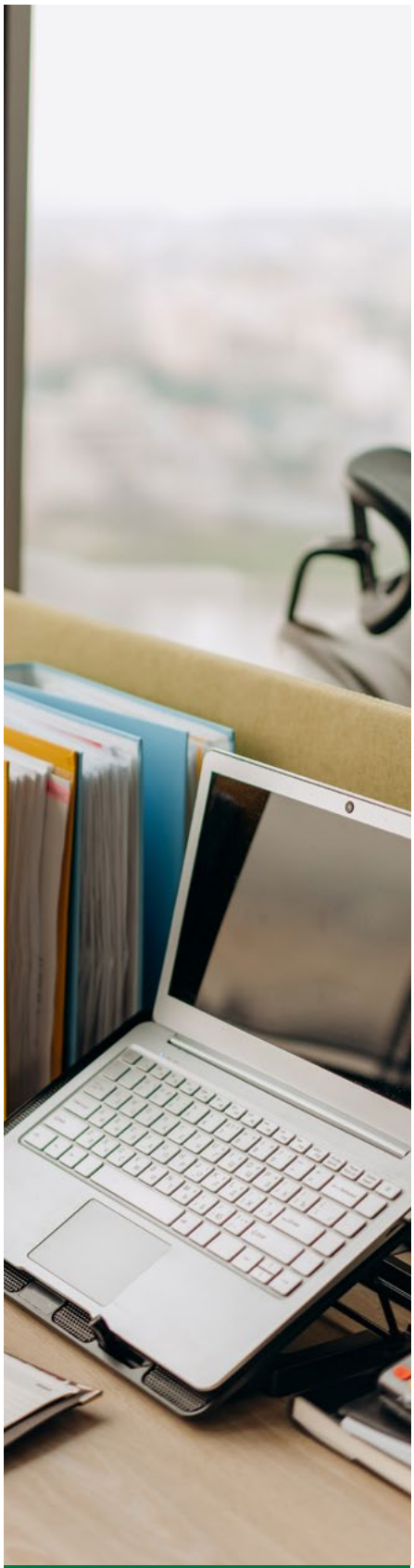
23 Vgl. DKI Krankenhausbarometer 2024.

24 Vgl. Defizituhr der DKG.

der Krankenhäuser abgebildet werden. Werden darüber hinaus Daten für Berichts- und Datenübermittlungspflichten an Dritte zur Verfügung gestellt, muss auch dieser Aufwand adäquat abgebildet werden. Dies würde einerseits die Transparenz des bürokratischen Aufwands und damit die Sensibilität für dessen Vermeidung fördern. Andererseits würden die Krankenhäuser endlich in die Lage versetzt, die Kosten für die Entwicklung von Schnittstellen oder die Schulung des notwendigen Personals zu refinanzieren und nicht aus anderen Quellen querzufinanzieren.

Freigesetzte Personalressourcen nutzen

Durch den Abbau von Überbürokratisierung entlastetes Personal hat mehr Zeit für seine originären Aufgaben. Für die patientennahen Berufsgruppen bedeutet das, sie haben konkret mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten. Keinesfalls darf es deshalb im Zuge der Entlastungsmaßnahmen zu einem Abbau von Stellen kommen, da diese vor Ort für die Patientenversorgung dringend gebraucht werden. Die spürbare Entlastung im Arbeitsalltag steigert zudem die Attraktivität der Gesundheitsberufe, sodass Stellenbesetzungsprobleme konsekutiv reduziert werden können.



Anhang

DKG-Positionspapier zum Abbau von Überbürokratisierung

Weniger Bürokratie – Mehr Ressourcen für Patientinnen und Patienten

Qualitätssicherung

1. Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung

§ 136 Abs. 1 S. 1 SGB V, Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)

Hintergrund

Seit Einführung der Fallpauschalen und Sonderentgelte in Deutschland müssen Krankenhäuser zur Messung ihrer Versorgungsqualität in ausgewählten Leistungsbereichen Daten erheben, aufbereiten und an die Bundesebene übermitteln, um sich einem bundes- und landesbezogenen Leistungserbringervergleich zu stellen, zunächst nach der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL, außer Kraft getreten zum 1. Januar 2021), seit 2019 nach der auch für den vertragsärztlichen Bereich geltenden Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL), in die sämtliche Leistungsbereiche der QSKH-RL überführt wurden. Mittlerweile besteht die DeQS-RL aus 17 Verfahren, von denen drei sektorenübergreifend, 13 ausschließlich für die Krankenhäuser und eines ausschließlich für Psychotherapeuten gelten. Im Erfassungsjahr 2023 wurden bei den Krankenhäusern ca. 4 Mio. Datensätze erhoben.

Problemstellung:

- Zeitaufwendige Erhebung und Ausleitung bzw. Übermittlung der QS-Dokumentation je Behandlungs- fall in den von der DeQS-RL geregelten Verfahren.

- Zeitaufwand für die krankenhausinterne Einarbeitung in die neue und anschließend jährlich aktualisierte Softwarespezifikation einschließlich Ausfüllhinweisen, in die jeweils die adressierten Fachdisziplinen (Abteilungsleitungen) einbezogen werden müssen.

- Zeitaufwand für die Abstimmung und Wartungsarbeiten mit dem EDV-Dienstleister bzgl. des großen jährlichen Updates zum jeweils neuen Erfassungsjahr (kann bei großen Krankenhäusern mehrere Tage in Anspruch nehmen), aber auch bzgl. der kleineren unterjährigen Software-Updates (regelmäßige QS-Filter-Anpassungen bzgl. der Ein- und Ausschlusskriterien für ICD/OPS-Kodes im Herbst oder kleinere Fehlerbehebungen durch das IQTIG).

- Zeitaufwendige krankenhausinterne Weiterleitung der Auswertungsergebnisse in Form der quartalsweisen Zwischenberichte und des jährlichen Rückmeldeberichts an die adressierten Fachdisziplinen (Abteilungsleitungen).

- Im Falle rechnerischer Auffälligkeiten, d. h. Qualitätsindikatorergebnissen, die vom zu erreichenden Wert abweichen: Zeitaufwand für die Erstellung schriftlicher Stellungnahmen je auffälligen Qualitätsindikator durch die zuständigen Fachabteilungen und deren fristgerechte Ausleitung an die zuständige Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) bzw. das IQTIG. Der hohen Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten steht aufgrund des methodischen Überarbeitungsbedarfs vieler Qualitätsindikatoren (z. B. durch Aktualisierung aus LL-Entwicklungen, technischen Fortschritt, Deckeneffekte) nur eine relativ geringe Anzahl tatsächlich qualitativer Auffälligkeiten gegenüber, sodass sich neben dem hohen Aufwand durch das ständige

Anwachsen der Verfahren, Qualitätsindikatoren und Kennzahlen über die Jahre auch ein Akzeptanzproblem für die datengestützte Qualitätssicherung ergeben hat. Ein weiteres Akzeptanzproblem ergibt sich durch methodische Hürden, da neue Verfahren jeweils ohne Test eingeführt werden und somit nicht ausgereift sind. Lediglich über die Sanktionsfreiheit und Nichtveröffentlichung der Ergebnisse im ersten Jahr wird dies etwas aufgefangen.

- Wenngleich § 299 SGB V vorgibt, dass die Datenerhebungen in der Regel auf eine Stichprobe zu begrenzen sind, wurden die Verfahren der DeQS-RL bislang stets als Vollerhebung konzipiert.

Lösungsvorschläge

- Methodische Überarbeitung der bestehenden Verfahren im Hinblick auf Aufwand und Nutzen (vgl. G-BA-Eckpunktebeschluss vom 21. April 2022) mit dem Ziel der Überarbeitung, Aussetzung oder Auf- hebung von Datenfeldern, Qualitätsindikatoren oder des gesamten QS-VerfahrenS. Bislang liegen IQTIG-Empfehlungen für 3 + 6 Verfahren vor und wurden überwiegend umgesetzt. Weitere sechs QS-Verfahren sind in der Überarbeitung. DKG-Kritik: In die Aufwandsbetrachtung muss regelhaft auch der Aufwand einbezogen werden, der beim Verfassen der Stellungnahmen zu rechnerisch auffälligen Qualitätsindikatorergebnissen entsteht. Dies wurde vom IQTIG nur exemplarisch durchgeführt. Insgesamt werden die bislang vorliegenden Empfehlungen von der DKG aber befürwortet.

- Identifikation und Fokussierung auf relevante Verbesserungspotenziale der Versorgungsqualität (vgl. G-BA-Eckpunktebeschluss vom 21. April 2022). Das IQTIG wurde am 12. Mai 2023 beauftragt, ein Konzept zur kontinuierlichen und systematischen Identifizierung von relevanten Qualitätsdefiziten und Verbesserungspotenzialen zu entwickeln und anzuwenden. Der Abschlussbericht ist am 31. Juli 2025 vorzulegen.

- Weitgehender Verzicht auf QS-Dokumentation und Nutzung alternativer Datenquellen (z. B. Krebsregisterdaten) oder bereits für andere Zwecke erhobener Daten (z. B. Abrechnungsdaten, Sozialdaten bei den Krankenkassen). Dies ist ebenfalls im o. g. G-BA-Eckpunktebeschluss verankert und vom IQTIG bei der Verfahrensneu- und -weiterentwicklung zu beachten. Bislang werden in neun QS-Verfahren Sozialdaten genutzt, wobei sowohl innerhalb dieser als auch in den übrigen Verfahren weiteres Potenzial zur Umstellung auf Sozialdaten besteht. Ein erstes Verfahren mit Nutzung von Krebsregisterdaten ist in Entwicklung.

- Weiterentwicklung des Verfahrens zur qualitativen Beurteilung. Die Qualitätsindikatoren sollten wieder stärker als Aufgreifkriterien verwendet werden und die Beurteilung, ob tatsächlich ein Qualitätsdefizit vorliegt, der Begutachtung durch Fachexperten überlassen bleiben. Nach Auffassung der DKG reichen wenige Qualitätsindikatoren je Verfahren aus und der Aufwand für die QS-Dokumentation könnte weiter reduziert werden. Das IQTIG wurde am 6. März 2024 mit der Weiterentwicklung des Verfahrens der qualitativen Beurteilung beauftragt. Der Abschlussbericht ist am 30. September 2025 vorzulegen.

- Fokussierung auf Stichproben anstatt Vollerhebungen. Das IQTIG wurde am 6. Dezember 2023 mit der Entwicklung und Erprobung eines Stichprobenkonzeptes zur Weiterentwicklung der datengestützten Qualitätssicherung beauftragt

(Folgebeauftragung aus der o. g. Beauftragung vom 19. Mai 2022 zu den drei Modellverfahren gemäß G-BA-Eckpunktebeschluss vom 21. April 2022, vgl. erster Spiegelpunkt). Der Abschlussbericht ist am 31. Oktober 2025 abzugeben.

- Weiterentwicklung der Einrichtungsbefragung im Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektion“ (QS WI) im Hinblick auf Effektivität und Effizienz. Das IQTIG wurde am 19. Januar 2023 mit der Weiterentwicklung des Verfahrens beauftragt. Es werden gesetzliche Regelungsinhalte (z. B. aus den Hygieneverordnungen der Länder) abgefragt, die bereits von den Gesundheitsämtern auf der Landesebene kontrolliert werden. Aus Sicht der DKG sollte die Einrichtungsbefragung in dieser Form für die Krankenhäuser abgeschafft werden. Über das Modul der fallbezogenen QS-Dokumentation im Verfahren QS WI werden Krankenhäuser weiterhin in das Verfahren einbezogen. Die Weiterentwicklungsempfehlungen des IQTIG liegen vor und werden derzeit im G-BA beraten. Durch die Einführung von Follow-up-Indikatoren auf Basis von Sozialdaten werden zunehmend auch in anderen DeQS-Verfahren Wundinfektionen als Teil der Komplikationen erfasst, sodass die Sinnhaftigkeit eines separaten Verfahrens kritisch hinterfragt werden kann. Das Verfahren QS WI befindet sich weiterhin in der Erprobung. Im kommenden Jahr wird der G-BA unter Einbeziehung der Evaluationsergebnisse darüber entscheiden, ob das Verfahren weiterentwickelt fortgeführt oder abgeschafft wird.

2. Qualitätssicherungsrichtlinien des G-BA nach § 136 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V, insbesondere zu Früh- und Reifgeborenen und zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur

§ 136 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V, Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL); Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)

Hintergrund

Insbesondere die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) enthält zahlreiche nicht harmonisierte und in ihrer Gesamtheit übermäßig bürokratische Meldepflichten: Im Rahmen des Nachweisverfahrens für die Budgetverhandlungen muss einmal jährlich eine Checkliste ausgefüllt werden. Wird eine Qualitätsanforderung für einen bestimmten Zeitraum nicht eingehalten, muss überdies auch unterjährig unverzüglich berichtet werden. Im Rahmen der Strukturabfrage muss die gleiche Checkliste einmal jährlich, jedoch zu einem anderen Zeitpunkt und mit einem anderen Bezugszeitraum, an das IQTIG übermittelt werden. Dazu muss eine Konformitätserklärung postalisch und elektronisch an das IQTIG gesandt werden. Das Auftreten von Ausnahmetatbeständen, die es den Krankenhäusern erlauben, temporär von den Mindestanforderungen abzuweichen, muss in der Strukturabfrage dokumentiert, zusätzlich aber auch stets unverzüglich den Landesverbänden der Krankenkassen (LVKK) angezeigt werden. Wird die 48-Stunden-Frist der Ausnahmetatbestände für die Nichteinhaltung pflegerischer Anforderungen überschritten oder die Anforderungen anderweitig nicht eingehalten, muss ein klärender Dialog eingeleitet werden, wofür das Krankenhaus sich per E-Mail an den G-BA wendet.

Ähnlich kleinteilig und überbordend sind die Meldepflichten in der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenk- nahen Femurfraktur (QSFFx-RL), insbesondere im Rahmen des Nachweisverfahrens, geregelt.

Problemstellung:

- Pflichten zur Meldung oder Übermittlung von Inhalten zu verwandten oder gleichen Sachverhalten, jedoch in verschiedenen Formen und an verschiedene Adressaten innerhalb der gleichen Richtlinie sind redundant und bringen vermeidbare bürokratische Aufwände.

Lösungsvorschläge

- Die Richtlinien müssen überarbeitet werden, sodass redundante Meldepflichten zu identischen Inhalten entfallen; wo mehrere Meldungen zu ähnlichen Inhalten notwendig sind, sollen diese prozessual und in der Regelungsgrundlage aufeinander abgestimmt sein. Nach Möglichkeit sollte dabei auch zwischen G-BA-Vorgaben und anderweitigen Vorgaben harmonisiert werden.

- Zu kleinteilige Meldepflichten, z. B. zu eng beschränkten Ausnahmetatbeständen, die nur bestimmte Anforderungen betreffen, sind nicht zielführend und sollten entfallen.

- Meldepflichten sollten über ein zentrales Webportal wahrgenommen werden.

3. Krankenhaustransparenzverzeichnis

§ 135d SGB V (Krankenhaustransparenzgesetz), § 21 Abs. 3d SGB V

Hintergrund

Gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V i. V. m. § 136b Abs. 6 und 7 SGB V sind Krankenhäuser zur Qualitätsberichterstattung verpflichtet. Einzelheiten sind in den Regelungen zum strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) festgelegt. In den Qualitätsberichten werden jährlich umfangreiche Daten zu Leistungsspektrum und -umfang, zu Ergebnissen gemäß DeQS-RL und zu Qualitätssicherungsverfahren der Krankenhäuser erfasst und veröffentlicht. Die Qualitätsberichte schaffen Transparenz über die Qualität und Strukturen der Krankenhausversorgung. Die Daten der Qualitätsberichte werden von zahlreichen Internetportalen verwendet und dienen insbesondere Patientinnen und Patienten und Leistungserbringern als umfassende Grundlage für informierte Entscheidungen. Mit dem „Deutschen Krankenhaus Verzeichnis“ stand auch dem Bund bereits vor der Einführung des Bundes-Klinik-Atlas im April 2024 ein Portal zur Verfügung, das Transparenz über die Krankenhäuser schafft.

Mit dem Krankenhaustransparenzgesetz, insbesondere dem neuen § 135d SGB V, wurde das neue „Transparenzverzeichnis“ geschaffen, das mit der identischen Zielsetzung weitgehend identische Daten veröffentlicht. Während die Qualitätsberichte vom G-BA betreut werden, untersteht das Transparenzverzeichnis nur dem BMG.

Problemstellung:

- Durch das Inkrafttreten des Krankenhaustransparenzgesetzes, insbesondere des neuen § 135d SGB V zum „Transparenzverzeichnis“, wurden erhebliche Parallelstrukturen zum bereits bestehenden Qualitätsbericht der Krankenhäuser gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V und aufwendige, neue Datenlieferpflichten geschaffen. Dies führt zu überflüssigen Mehraufwänden und Unklarheit.

- Der Bundes-Klinik-Atlas führt zur Fehlinformation der Bevölkerung, indem er immer wieder fehlerbehaftete Informationen veröffentlicht, nicht das gesamte Spektrum der Leistungserbringung im Krankenhaus abbildet und die Leistungsbereiche Psychiatrie und Psychosomatik komplett ausspart.

- Zudem wurden ausschließlich für das Transparenzverzeichnis neue Datenlieferverpflichtungen für die Krankenhäuser in § 21 KHEntgG festgelegt, die, insbesondere durch die neuen äußerst detaillierten Meldepflichten für das ärztliche Personal gemäß § 21 Abs. 7 KHEntgG, einen enormen und unverhältnismäßigen bürokratischen Aufwand erzeugen (vgl. auch Vorschlag 13).

- Die in § 135d Abs. 3 Nr. 4 vorgesehene Entwicklung und Veröffentlichung von Indizes zur Bewertung von Qualität auf der Basis rein rechnerischer Methodik ist zudem wissenschaftlich nicht haltbar, inadäquat zur Darstellung und

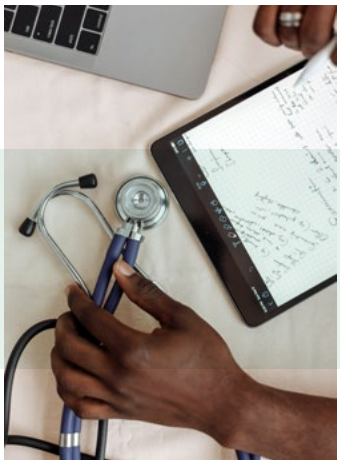
Beurteilung der Qualität und schafft keine Transparenz.

Lösungsvorschläge

- Die durch das Krankenhaustransparenzgesetz eingefügten § 135d SGB V und § 21 Abs. 3d und Abs. 7 KHEntgG sind ersatzlos zu streichen. Als Ersatz sollte das „Deutsche Krankenhaus Verzeichnis“ als Portal des Bundes wieder etabliert werden, wie es bereits bis April 2024 der Fall war.

- Falls von gesetzgeberischer Seite auf die Transparenz und Qualitätsberichterstattung der Krankenhäuser Einfluss genommen werden soll, sollte dafür an bestehenden, etablierten Strukturen wie etwa dem „Deutschen Krankenhaus Verzeichnis“ und den Portalen des G-BA und der Krankenkassen gemäß § 136b Abs. 7 angeknüpft und darauf aufgebaut werden.

- Auch die Selbstverwaltung strebt an, die Veröffentlichung von Ergebnisqualitätsdaten der Krankenhäuser methodisch weiterzuentwickeln, doch der Aufbau von Parallelstrukturen und zusätzlicher Bürokratie kann diesem Ziel nicht zuträglich sein.



4. Etablierung eines Webportals für einfache Datenabfragen gemäß diversen Richtlinien des G-BA

§ 136 Abs. 1 S. 1 SGB V, Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL); § 136 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 und entsprechende Richtlinien des G-BA;
§ 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V, Mindestmengen-Regelung (Mm-R); ggf. weitere

Hintergrund

Mehrere Richtlinien des G-BA (u. a. zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, Mm-R, DeQS-RL) sehen eine Übermittlung von umfangreichen Nachweisen, Meldungen, Strukturabfragen, Meldungen zu Ausnahmetatbeständen, Anträgen usw. vor. Selbst innerhalb einzelner Richtlinien sind unterschiedliche Adressaten vorgesehen, beispielsweise IQTIG, Kassenvertreter vor Ort und/oder Landesverbände der GKV. Zur Durchführung der Datenübermittlung müssen oft spezielle Softwaremodule erworben werden, einheitliche Meldewege fehlen. Teilweise bestehen zusätzlich Überschneidungen mit Vorgaben aus anderen Richtlinien.

Beispiel: Das DeQS-Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)“ enthält als Verfahrenselement zusätzlich zur fallbezogenen QS-Dokumentation auch eine Einrichtungsbefragung, bei der einmal jährlich Fragen zum Hygiene- und Infektionsmanagement beim stationären und ambulanten Operieren beantwortet werden müssen. Die Umsetzung erfolgt für die Krankenhäuser über zwei fehleranfällige kosten- und wartungsintensive Softwaremodule, jeweils für ambulantes und stationäres Operieren. Zusätzlich ist eine Soll-Statistik einschließlich Konformitätserklärung abzugeben. Die Einführung weiterer Einrichtungsbefragungen ist vorgesehen (QS Sepsis ab 2026, QS Entlassmanagement – Verfahrensstart noch unklar).

Problemstellung:

- Datenübermittlungswege und -verfahren zum Zweck der gesetzlichen Qualitätssicherung sind stark fragmentiert; sie unterscheiden sich neben dem Inhalt und Umfang auch in ihrem Zeitpunkt, Bezugszeitraum, Meldeweg, Adressat/Empfänger und in ihrer Häufigkeit.

- Krankenhäuser müssen für zahlreiche verschiedene Datenerfassungen, Meldungen, Nachweise, Strukturabfragen etc. verschiedener G-BA-Richtlinien und Regelungen jeweils spezifische Verfahren befolgen und teilweise spezifische kostenintensive Softwaremodule anschaffen.

- Für einige Nachweisverfahren muss die Richtigkeit der Angaben durch eine, teils noch postalisch zu übermittelnde, unterschriebene Konformitätserklärung bestätigt werden.

Lösungsvorschläge

- Im Zeitalter der Digitalisierung ist es dringend erforderlich, dass die Meldewege vereinheitlicht werden und die normativ auferlegte Datenerfassung für jede Einrichtung so einfach wie möglich gemacht wird. Hierfür ist ein zentrales Webportal vom bzw. im Auftrag des Normgebers zur Sicherstellung eines transparenten und wirtschaftlichen Vorgehens zu implementieren,

analog z. B. zu ELSTER. Eine Schnittstelle für ggf. käuflich zur Verfügung stehende Software wäre möglich und sollte berücksichtigt werden.

- Dieses Webportal soll insbesondere Richtlinien adressieren, die mit ihren Vorgaben einerseits eine vergleichsweise geringe Menge an zu erhebenden Daten vorsehen und andererseits direkte Datenflüsse vom Absender an die Empfänger vorgeben. Zum Teil sind Verfahren hierfür spezifisch, aber eben nicht kohärent festgelegt (z. B. Struktur-Richtlinien); zum Teil werden hierfür Insellösungen von in einem Oligopol agierenden Softwareanbietern auf Kosten der abhängigen Leistungserbringer entwickelt, bei denen häufig individuelle Umsetzungsprobleme zutage treten (z. B. Mm-R, DeQS- RL). Die Verlagerung dieser Datenübermittlungen in ein Webportal vereinfacht einzelne Verfahren an sich, macht spezifische Softwaremodule überflüssig und lässt die Menge an notwendigen Übermittlungen insgesamt übersichtlicher navigieren.
- Der G-BA wird gesetzlich beauftragt, ein zentrales Webportal zur Verfügung zu stellen, über das Krankenhäuser gebündelt verschiedene Datenübermittlungspflichten aufwands- und kostenarm wahrnehmen können; Authentifizierungs- und Plausibilisierungsprozesse tragen dazu bei, die Integrität und Validität der Daten zu gewährleisten.

5. Mindestmengen

§ 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V, Mindestmengenregelungen (Mm-R)

Hintergrund

Nach § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V beschließt der G-BA einen Katalog planbarer Leistungen, die mit einer Mindestmenge belegt sind. Zum Erhalt einer Leistungsberechtigung für das Folgejahr sind die Krankenhäuser verpflichtet, im aktuellen Jahr eine Prognose aufgrund der Leistungszahlen des vorangegangenen Kalenderjahres bzw. des 3. und 4. Quartals des Vorjahres sowie des 1. und 2. Quartals des aktuellen Jahres abzugeben. Die entsprechenden Daten werden mithilfe von Softwaremodulen, die auf einer Spezifikation des IQTIG beruhen, den LVKK gemeldet. Hier wird ein spezielles kostenintensives Softwaremodul von in einem Oligopol agierenden Softwareanbieter für die Meldung weniger Zahlen benötigt. Sinnvoll wäre es hier, neben der Meldung über die Spezifikation auch eine Meldung in Textform zu ermöglichen.

Problemstellung:

- Weiterer Datenpfad zur Meldung einiger weniger Zahlen.

- Zur verpflichtenden Prognosedarlegung wird ein kostenintensives Softwaremodul benötigt, das nur einmal im Jahr zur Meldung weniger Zahlen genutzt wird.

Lösungsvorschläge

- Grundsätzlich befürwortet die DKG Mindestmengen zum Ausschluss von Gelegenheitsversorgung.

- Die Prognosedarlegung sollte jedoch auch ohne Nutzung eines auf Spezifikationen basierenden Softwaremoduls direkt an die LVKK (elektronisch oder schriftlich) möglich sein; Änderung des § 3 Abs. 3 Mm-R („Zur Sicherstellung einer bundeseinheitlichen Erfassung der erbrachten Leistungen nach Abs. 2 und deren Erhebung für den einzelnen Standort hat der Träger des Krankenhauses eine im Auftrag des G-BA vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen [IQTIG] entwickelte und vom G-BA beschlossene Softwarespezifikation für die Krankenhausstandorte zu verwenden“) dahin gehend, dass keine Verpflichtung zur Nutzung der Spezifikation besteht und ggf. eine Meldung auch in Textform erfolgen kann, sowie eine entsprechende Anpassung des § 5 Mm-R.

6. Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

§ 136a Abs. 2 SGB V, PPP-RL

Hintergrund

Seit 2020 gilt für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL). Sie legt Mindestvorgaben (Minutenwerte) für die Personalausstattung der Kliniken differenziert nach den fünf Berufsgruppen Ärztinnen bzw. Ärzte, Pflegefachpersonen, Psychologinnen bzw. Psychologen, Physiotherapeutinnen bzw. Physiotherapeuten/ Bewegungstherapeutinnen bzw. Bewegungstherapeuten sowie Spezialtherapeutinnen bzw. Spezialtherapeuten und Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeiter fest. Sowohl in der Nachweisforderung als auch im Rahmen der Qualitätskontrollen des MD sind die Aufwände weiterhin äußerst umfangreich. Verlangt werden bis zu fünf Lieferungen im Jahr mit Nachweisen an bis zu drei Datenempfänger.

Die Datenlieferung auf Vollkraftstunden-Ebene bedeutet zudem, dass jede Arbeitsstunde in einem aufwendigen Verfahren bewertet werden musS. Ferner bildet die Zuordnung der Regelaufgaben zu den einzelnen Berufsgruppen die Versorgungsrealität nicht hinreichend ab. Darüber hinaus erfolgen Kontrollen gleicher Daten durch den MD mit unterschiedlichen Intentionen und Zielstellungen, die stark kollidieren. Sie erhöhen den bürokratischen Aufwand in der Nachweisführung für die Einrichtungen wie auch die Aufwände rund um die Modalitäten bei den Prüfungen des MD. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass mit dem Psych-Personalnachweis eine weitere Nachweisverpflichtung im Kontext der Personalausstattung der Psychiatrie und Psychosomatik vorliegt.

Problemstellung:

- Bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben: quartalsweise Übersendung von bis zu 14 Nachweistabellen von jeder psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtung an drei Datenempfänger (an Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, das IQTIG sowie die jeweilige Landesaufsichtsbehörde).

- Finanzielle Sanktionen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sowie bei Nichteinhaltung der Mitwirkungspflichten nach § 11 Abs. 2 und 3 i. V. m. § 11 Abs. 13.

- Aufwendige Dokumentation und Nachweisführung bei einer Anrechnung von Aufgaben auf andere Berufsgruppen der PPP-RL.

- Kleinteilige Dokumentation von ermittelten Mindestvorgaben, tatsächlicher Personalausstattung, strukturellen Informationen des Krankenhauses (u. a. Personalausstattung im Tag- und Nachtdienst, Erfüllung Anforderungen im Quartal, Anrechnung von Fach- und Hilfskräften, Ausnahmetatbeständen, Qualifikation des Personals, Dokumentation der Regelaufgaben).

- Gegebenenfalls doppelte Prüfungen von Routinedaten durch den MD (Abrechnungsprüfungen, Qualitätskontrollen).

Lösungsvorschläge

- Ermittlung des Umsetzungsgrads über alle Berufsgruppen hinweg und damit Änderung der Bezugsgröße der Mindestvorgaben.

- Anpassung der quartals- und standortbezogenen Mindestvorgaben hin zu jährlichen Mindestvorgaben auf Einrichtungsebene.

- Erhöhte Flexibilisierung der Anrechnungsmöglichkeiten der Berufsgruppen.

- Entfall der detaillierten Qualifikationsnachweise des Nachweises zur PPP-RL.

- Streichung der Datenübermittlung an die Landesaufsichtsbehörden, da in der Regel keine Nutzung erfolgt.

- Streichung der Dokumentation der Regelaufgaben auf Basis der Übermittlung von OPS-Kodes.

- Streichung der Mehrfachunterschriften am Ende der Nachweise.

7. Psych-Personalnachweis

§ 18 Abs. 2 BPflV

Hintergrund

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 19. Dezember 2016 wurde in § 18 „Übergangsvorschriften" BPflV in Abs. 2 ergänzt, dass der Personalnachweis auf Grundlage der Psych-PV in den Jahren 2017 bis 2019 auch den Kostenträgern in den Budgetverhandlungen vorzulegen ist. Zudem wurde diese Nachweispflicht in § 18 Abs. 3 BPflV für die Jahre 2017 bis 2019 mit der Möglichkeit verknüpft, bei einer Unterschreitung der Psych-PV-Vorgaben die zusätzlich erforderlichen Stellen nachzuverhandeln, wobei die hieraus resultierenden Personalkosten vollständig im Gesamtbetrag zu berücksichtigen waren. Insofern war der Psych-PV-Nachweis im Interesse einer ausreichenden Personalausstattung begründet und nachvollziehbar.

Für die Jahre ab 2020 hat das Krankenhaus dem InEK und den Krankenkassen gemäß § 18 Abs. 2 BPflV die Einhaltung der vom G-BA festgelegten Vorgaben zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal sowie eine darüber hinausgehende, im Gesamtbetrag vereinbarte Besetzung mit therapeutischem Personal nachzuweisen. Zwischenzeitlich hat der G-BA umfangreiche und differenzierte Nachweise zur Einhaltung der Personalmindestanforderungen sowie die Durchsetzungsmaßnahmen (Vergütungswegfall) bei Nichteinhaltung geregelt. Die gemäß § 18 Abs. 2 BPflV nachzuweisende Umsetzung des vereinbarten Personals bleibt dabei unberücksichtigt, sodass § 18 Abs. 2 BPflV keinerlei Bedeutung für die Einhaltung der Personalmindestanforderungen hat. Das unkoordinierte Nebeneinander der beiden Nachweispflichten zur Personalausstattung ist aus Sicht der Krankenhäuser nicht nachvollziehbar.

Problemstellung:

- Nachdem der G-BA die Nachweise zur Einhaltung der Personalmindestanforderungen sowie die Durchsetzungsmaßnahmen (Vergütungswegfall) in der PPP-RL ohne Berücksichtigung des Psych-Personalnachweises nach § 18 Abs. 2 BPflV geregelt hat, ist das unkoordinierte Nebeneinander der beiden Nachweispflichten nicht nachvollziehbar.

Lösungsvorschlag

- Abschaffung des Psych-Personalnachweises gemäß § 18 Abs. 2 BPflV und Anpassung des § 3 BPflV.

8. Pflegepersonaluntergrenzen (PpUGV)

§ 137i SGB V, Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung, Pflegepersonaluntergrenzen-Nachweis-Vereinbarung

Hintergrund

Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 137i SGB V wurden zum 1. Januar 2019 eingeführt. Ziel des Gesetzgebers war es, die Arbeitssituation von Pflegekräften zu verbessern und die Qualität der pflegerischen Patientenversorgung zu erhöhen. Bereits zu diesem Zeitpunkt hat die DKG wiederholt auf die mangelnde Datengrundlage zur Bestimmung der Untergrenzen verwiesen. Eine Vereinbarung von DKG und GKV-Spitzenverband durch entsprechenden gesetzlichen Auftrag konnte daher nicht abgeschlossen werden. Daraufhin hat das BMG eine Ersatzmaßnahme vorgelegt und die Einführung von Personaluntergrenzen zunächst für die Bereiche Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie und Kardiologie bestimmt. In den folgenden Jahren kamen – ebenfalls durch Ersatzmaßnahme – sukzessive Pflegepersonaluntergrenzen für viele weitere Bereiche hinzu. Gleichzeitig verwies die DKG weiterhin auf ihre grundsätzlichen Kritikpunkte an der Maßnahme, ohne dass sich hierdurch jedoch grundlegende Änderungen ergaben. Pandemiebedingt war die PpUGV jedoch von März 2020 bis Januar 2021 außer Kraft gesetzt.

Problemstellung:

- Die Festlegung der PpUGV erfolgt empirisch und nicht am tatsächlichen Bedarf orientiert.
- Es besteht eine Vielzahl an sanktionsbewährten Melde- und Nachweispflichten gegenüber den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK): quartalsweise Meldung der Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen sowie nicht erfüllter Schichten (Angaben jeweils monatsweise und nach Station und Schicht differenziert), jährliche Meldung des Erfüllungsgrads der Pflegepersonaluntergrenzen inkl. Wirtschaftsprüfer-Bestätigung sowie Meldungen zu Personalverlagerungen und zum Wegfall pflegesensitiver Bereiche.
- Die Evaluation der Pflegepersonaluntergrenzen hat deutlich gemacht, dass die Untergrenzen bei hohem bürokratischem Aufwand so gut wie keine Auswirkungen auf die Patientenversorgung und die Situation des Pflegepersonals haben.
- Notwendige Software ist teuer, die Nachweisführung ist zeitintensiv.
- Mit Scharfschaltung der PPR 2.0 und der Kinder-PPR 2.0 (vgl. auch Vorschlag 10) entsteht eine Doppelerfassung für denselben Zielparameter, wenn die PpUGV nicht außer Kraft gesetzt wird.

Lösungsvorschlag

- Abschaffung bzw. Überführung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern, da die Scharfstellung der PPR 2.0 und der Kinder-PPR 2.0 in Kraft getreten ist.

9. Pflegepersonalquotient

§ 137j SGB V

Hintergrund

Der Pflegepersonalquotient beschreibt gemäß § 137j Abs. 1 S. 1 SGB V das Verhältnis der Anzahl des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zum Pflegeaufwand eines Krankenhauses und wird seit dem Jahr 2020 vom InEK ermittelt und veröffentlicht. Zum besseren Verständnis wird laut InEK in der vergleichenden Zusammenstellung das Verhältnis aus Pflegeaufwand geteilt durch die Pflegekräfte, also der Kehrwehrt, angegeben. Der Pflegeaufwand wird anhand des Katalogs zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand („Pflegelast-Katalog“) berechnet. Der Pflegelast-Katalog ist ursprünglich mit dem Ziel entwickelt worden, eine Risikoadjustierung nach Schweregrad für die Pflegepersonaluntergrenzen vorzunehmen, wofür er aber nie verwendet wurde. Der Katalog beinhaltet für alle DRGs des aG-DRG-Systems 2025 (= G-DRG-System für das Jahr 2025 nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten) sowie für die über „Hybrid-DRGs“ vergüteten Leistungen ein tagesbezogenes Relativgewicht für den Pflegeaufwand einer Patientin oder eines Patienten und berücksichtigt dabei mögliche Fachabteilungsaufenthalte auf Normal- oder Intensivstation. Er basiert damit letztlich auf den durchschnittlichen Pflegepersonalkosten und bildet nicht den Pflegebedarf ab. Gemäß § 137j Abs. 2 S. 2 SGB V haben der GKV-Spitzenverband und die DKG im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die Vertragspartner nach § 11 KHEntgG (Ortsebene) die Höhe und nähere Ausgestaltung von Sanktionen zum Pflegepersonalquotienten vereinbart (Pflegepersonalquotient-Sanktionsvereinbarung), falls ein Krankenhaus die in einer Rechtsverordnung des BMG – mit Zustimmung des Bundesrats – festgelegte Untergrenze des Pflegepersonalquotienten unterschreitet. Bislang ist eine solche Rechtsverordnung nicht in Kraft getreten bzw. überhaupt vom BMG in Angriff genommen worden.

Problemstellung:

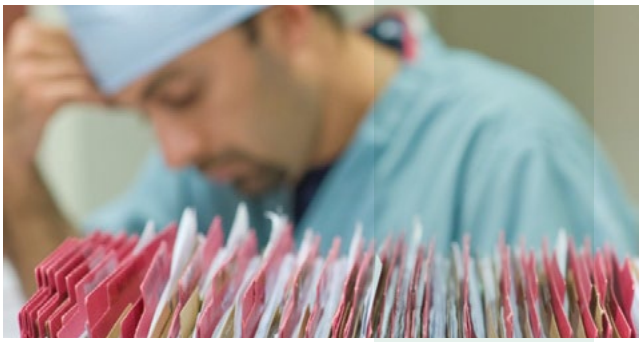
- Die Methodik des Pflegepersonalquotienten ist längst überholt, da die Pflegepersonalkosten nicht mehr über die Fallpauschalen refinanziert werden, sondern unabhängig davon anhand nachgewiesener Kosten über das Pflegebudget. Der Pflegepersonalquotient entbehrt daher jeglicher Grundlage zur Bewertung einer angemessenen Pflegepersonalausstattung von Krankenhäusern. Er basiert nur auf den kalkulatorischen Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser und bildet keineswegs den Pflegebedarf ab.

- Mit der Einführung der PPR 2.0 ist der methodisch veraltete Ansatz des Pflegepersonalquotienten vollends überflüssig geworden. Mit der PPR 2.0 liegt zukünftig ein verlässlicheres und bedarfsgerechtes Instrument zur Bestimmung der Soll- und Ist-Pflegepersonalausstattung vor.

Lösungsvorschläge

- Aus diesen Gründen ist der Pflegepersonalquotient sofort außer Kraft zu setzen. Dies würde insbesondere beim InEK zu einer wesentlichen Entlastung führen, wenn die aufwendige Ermittlung des Personalquotienten und die jährliche Weiterentwicklung des Pflegelastkatalogs wegfielen.

- Zudem würde damit ein unbrauchbarer Indikator zur Pflegepersonalausstattung ohne Mehrwert für Patientinnen und Patienten, Pflegekräfte und Krankenhäuser abgeschafft.



10. Pflegepersonalbedarfsbemessung (PPR 2.0 und Kinder-PPR 2.0.)

§ 137k SGB V, Pflegepersonalbemessungsverordnung

Hintergrund

Mit der Einführung des Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstruments PPR 2.0 wird der Personalbedarf konkret an den Bedarfen der Patientinnen und Patienten ermittelt. Das Instrument stellt damit einen deutlichen Fortschritt im Vergleich zu den Pflegepersonaluntergrenzen dar. Dabei ist besonders erfreulich, dass das BMG sowohl die Instrumente selbst als auch die zwischen DKG, Deutschem Pflegerat (DPR) und ver.di konsentierten Anwendungsvorschriften weitgehend übernommen hat. Dies führt zu einer breiten Akzeptanz in der Pflege und den Krankenhäusern und ist ein wichtiges Signal für die weitere Verbesserung der Personalsituation und Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte. Allerdings gibt es an einigen Punkten weiterhin Nachbesserungsbedarf, um zusätzliche bürokratische Aufwände durch die Einführung der PPR 2.0 bzw. Kinder-PPR 2.0 zu vermeiden.

Problemstellung:

- Auch die Umsetzung der PPR 2.0 bzw. Kinder-PPR 2.0 führt zu zahlreichen Meldepflichten gegenüber dem InEK nach § 7 PPBV: Die Krankenhäuser sind verpflichtet, erstmals bis zum 31. Januar 2025 die gemäß §§ 4, 5 und 6 bestehenden quartalsweisen Meldepflichten zur Soll- und Ist-Personalbesetzung (jeweils monatsweise und nach Station und Schicht differenziert) zu erfüllen. Bis 30. Juni 2026 ist erstmals die Gesamtmeldung mitsamt einer Bestätigung der Richtigkeit durch eine Wirtschaftsprüfgesellschaft zu übersenden. Die Übermittlung der Angaben hat dabei für jeden Standort separat zu erfolgen.

- Derzeit ist eine fehlende Meldung der o. g. Daten im Rahmen der PPB-Sanktionsvereinbarung sanktioniert. Erfüllungsgrade finden in der Sanktionierung noch keine Berücksichtigung.

- Die Ausweitung der Datenerfassung und -lieferung ist mit Kosten u. a. für zusätzliche Software verbunden, die nicht refinanziert werden.

- Die zurückliegende Erprobungsphase hat gezeigt, dass während der Einführungsphase aufseiten der Krankenhäuser – neben einer ausreichenden Vorlaufzeit – ein hoher Schulungs- und Informationsbedarf besteht, um reibungslose Abläufe zu ermöglichen. Zwar fungiert das InEK bereits als Datenannahmestelle für die PpUG, allerdings bedarf es neben den personellen Kapazitäten insbesondere auch pflegewissenschaftlicher Expertise und vor allem Erfahrung mit den Instrumenten PPR 2.0 und Kinder-PPR 2.0 für diese weitaus komplexeren Fragestellungen.

Lösungsvorschläge

- Ganzhausansatz statt kleinteiligen Stations- und Schichtbezugs: Der Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung muss auf der Krankenhausebene betrachtet werden.

- Zurverfügungstellung eines bundesweiten digitalen Erfassungstools für die PPR 2.0 durch das Bundesministerium für Gesundheit.

- Unterstützung der Krankenhäuser bei inhaltlichen Rückfragen sicherstellen, z. B. durch entsprechende pflegewissenschaftliche Expertise beim InEK.

11. Ärztliche Personalbemessung im Krankenhaus

§ 137m SGB V

Hintergrund

Mit Inkrafttreten des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) wurde der Paragraph 137m in das SGB V aufgenommen und die Einführung einer ärztlichen Personalbemessung damit gesetzlich verankert. Der Paragraph ist ähnlich angelegt wie seinerzeit der § 137k SGB V zur Personalbemessung in der Pflege. Noch bis 30. September 2025 wird ein Konzept zur Soll-Erfassung der im Krankenhaus tätigen Ärzte erprobt. Dabei handelt es sich um das „Ärztliche Personalbemessungssystem der BÄK“ (ÄPS-BÄK), das von der Bundesärztekammer entwickelt wurde. Eine eigenständige, neue Ist-Erfassung der ärztlichen Personalausstattung soll es nicht geben, stattdessen sollen die Daten aus den bereits sehr umfangreichen Lieferverpflichtungen zum ärztlichen Personal nach § 21 Abs. 7 KHEntgG verwendet werden. Anschließend kann das Bundesgesundheitsministerium unter Einbeziehung der vorgelegten Ergebnisse eine Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats erlassen, in der das Nähere bestimmt wird. Weitere Mindestvorgaben zur ärztlichen Personalausstattung im Rahmen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bleiben unberührt. Die DKG ist in die genannten Prozesse nicht einbezogen.

Problemstellung:

- Verbindliche Vorgaben zur ärztlichen Personalausstattung für einzelne Behandlungsbereiche existieren bereits im Rahmen verschiedener Richtlinien des G-BA. Mit der ärztlichen Personalbemessung sowie im Rahmen der Leistungsgruppen-Verordnung werden aktuell zwei weitere Systeme für denselben Zweck eingesetzt. Die Anwendung von drei verschiedenen Systemen mit jeweils eigenen Logiken für denselben Zweck verursacht einerseits vermeidbare administrative Mehraufwände in den Häusern, andererseits droht perspektivisch eine mehrfache Sanktionierung für gleiche Sachverhalte.

- Es ist positiv zu werten, dass keine erneute eigenständige Erfassung der Ist-Zahlen eingeführt werden soll. Allerdings ist die Erfassung nach § 21 Abs. 7 KHEntgG äußerst kleinteilig und wird deshalb von den Krankenhäusern in Gänze abgelehnt. Durch die Verknüpfung entsteht die Gefahr, dass die geplante Soll-Erfassung im Lauf der Entwicklung angepasst und im Ergebnis ähnlich kleinteilig umgesetzt wird.

- Sowohl die künftige Datenerfassung und -lieferung als auch eventuell zusätzlich zu besetzende Stellen sind für die Krankenhäuser mit Zusatzkosten verbunden, die nicht refinanziert werden.

- Die Verantwortung, dass offene Stellen trotz entsprechender Bemühungen aufgrund mangelnder Verfügbarkeit auf dem Arbeitsmarkt nicht besetzt werden können, wird einseitig dem Krankenhaus zugeschoben.

Lösungsvorschläge

- Die Einführung immer neuer, aufwendiger und sich in Teilen überschneidender Personalbemessungsinstrumente sollte aufgegeben werden. Daher sollte auf die Umsetzung des

- § 137m SGB V verzichtet und die entsprechende Regelung ersatzlos gestrichen werden.

- Ist die Umsetzung nicht zu verhindern, dürfen die Regelungen allenfalls Empfehlungscharakter haben.

- Auf keinen Fall darf sich aus der ärztlichen Personalbemessung die Einführung eines ärztlichen Budgets analog zum Pflegebudget ergeben.

12. Personalbemessung für andere Gesundheitsberufe im Krankenhaus

§ 137n SGB V

Hintergrund

Gemäß § 137n SGB V ist im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. September 2025 eine Kommission für die Personalbemessung (KPiK) einzurichten, um die Notwendigkeit der Entwicklung und Einführung von einheitlichen Personalbemessungsinstrumenten für andere Gesundheitsberufe im Krankenhaus zu untersuchen. Die KPiK setzt sich zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern des GKV-Spitzenverbands, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), des Verbands der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband), der jeweiligen Gesundheitsberufe und der Wissenschaft. Der GKV-Spitzenverband richtet zur Koordination und Organisation der KPiK eine Geschäftsstelle ein.

Der § 137n SGB V wurde eingeführt, um sicherzustellen, dass die Personalbemessung in Krankenhäusern auf einer soliden Grundlage basiert. Die Empfehlungen, welche von einer Kommission für Personalbemessung im Krankenhaus erarbeitet werden, sollen Ansätze zur Personalbemessung, die Notwendigkeit von Personalbemessungsinstrumenten, Wechselwirkungen mit bestehenden Regelungen in den §§ 137k, 137l und 137m SGB V sowie Erfüllungsaufwand und Digitalisierungsvoraussetzungen für die Umsetzung einer Personalbemessung für andere Gesundheitsberufe umfassen. Die im Rahmen von § 137n SGB V vorgesehenen neuen Instrumente zur Personalbemessung für andere Gesundheitsberufe schaffen zusätzliche bürokratische Komplexität und stellen die Kliniken vor erhebliche Umsetzungsprobleme. Die Personalsituation in den betreffenden Berufsgruppen ist bereits heute angespannt. Neue starre Vorgaben ohne gesicherten Versorgungsnutzen für die Patientinnen und Patienten verschärfen Kapazitätsengpässe, gefährden die Versorgungssicherheit und verhindern innovative Versorgungsangebote. Zudem sind Personalbemessungsinstrumente nicht vollumfänglich kongruent mit der Arbeitsweise der anderen Gesundheitsberufe, die zum Teil ohne Schichtsystem sowie vollständig stationsübergreifend arbeiten.

Problemstellung:

Es entsteht zusätzlicher Bürokratieaufwand durch:

- Voraussichtlich doppelte Meldewege durch die Einführung weiterer meldepflichtiger Instrumente
- Voraussichtliche Lieferung von Zusatzinformationen zu spezifischen Fachbereichen, Personalausstattungen und Personalstunden
- Dokumentation des Personaleinsatzes und der Arbeitszeiten
- Voraussichtliche Anpassung der Personalplanung in den Häusern vor Ort, nach Einführung einer neuen Personalbemessungsregelung
- Voraussichtliche Anpassungen in der Personalplanung bei Änderungen der Empfehlungen
- Voraussichtlich zusätzliche Berichtspflichten und Prüfungsvorbereitungen

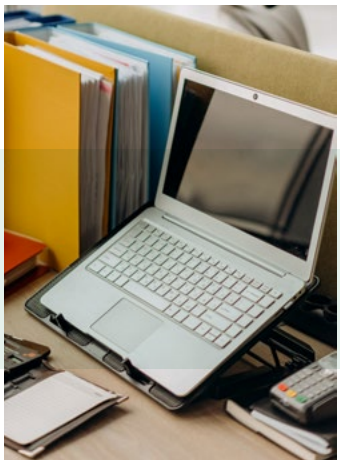
Lösungsvorschläge

- Es sollte auf die Umsetzung des § 137n SGB V verzichtet und die entsprechenden Regelungen ersatzlos gestrichen werden.

- Sollte es davon abweichend trotzdem zu einer Einführung weiterer Personalbemessungsinstrumente kommen, dürfen diese allenfalls Empfehlungs- und Orientierungscharakter haben.

- Die Ansätze der Kommission gemäß § 137n SGB V sind vor dem Hintergrund zu bewerten, dass es keine unerschöpfliche Quelle von Fachpersonal gibt.

- Auf keinen Fall darf sich aus der Personalbemessung für andere Gesundheitsberufe im Krankenhaus die Einführung eines Budgets für die Berufsgruppen analog zum Pflegebudget ergeben.



13. Übermittlungspflicht zur ärztlichen Personalausstattung nach § 21 KHEntgG

§ 21 KHEntgG

Hintergrund

Der § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) verpflichtet die Krankenhäuser seit seiner Einführung 2002, bestimmte Struktur- und Leistungsdaten zu erfassen und zu übermitteln – ursprünglich mit dem Ziel, die Krankenhausfinanzierung weiter zu verbessern. Bereits seit Jahren nehmen Umfang sowie Häufigkeit dieser Datenlieferung jedoch stetig zu, sodass ihre Umsetzung inzwischen eine massive Belastung in den Krankenhäusern darstellt. Mit dem Inkrafttreten des Krankenhaustransparenzgesetzes im Jahr 2023 wurden die Datenlieferverpflichtungen nach § 21 KHEntgG erneut deutlich erweitert, insbesondere aufgrund von neu eingeführten, äußerst detaillierten Meldepflichten für das ärztliche Personal. Diese Angaben gemäß § 21 Abs. 7 KHEntgG müssen von den Krankenhäusern viermal jährlich als Quartalsmeldung zum 15. Januar, 15. April, 15. Juli und 15. Oktober sowie in einer Jahresmeldung zum 31. März des Folgejahres an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermittelt werden. In den Dateien Arztpersonal, Arztqualifikation_Standort und Arztqualifikation_Leistungsgruppen werden Angaben über das Einsatzgebiet des ärztlichen Personals (umgerechnet in Vollkräfte) an den Krankenhäusern übermittelt. Immer wieder wird dabei unterstellt, die zu erhebenden Daten lägen bereits vor und müssten lediglich übermittelt werden. Tatsächlich entstehen den Krankenhäusern durch die Vorgaben aber eklatante Mehraufwände.

Problemstellung:

- Um die Vorgabe korrekt umzusetzen, muss minutengenau dokumentiert werden, welche Tätigkeiten Ärztinnen und Ärzte durchführen. Dies wird notwendig, weil z. B. angegeben werden muss, mit welchem Stellenanteil ein Arzt oder eine Ärztin in den einzelnen Entgeltbereichen tätig ist, also in welchem Umfang Leistungen im DRG-Bereich, im Hybrid-DRG-Bereich oder ambulant erbracht wurden. Eine entsprechende Erfassung ärztlichen Personals nach den verschiedenen Entgeltbereichen existierte bisher in der Regel nicht, da sie für die medizinische Behandlung der Patientinnen und Patienten keine Rolle spielt. Bei dieser minutengenauen Erfassung ergeben sich zudem weitere Abgrenzungsfragen: Gehören beispielsweise medizinische Dokumentation und Fallbesprechung noch zur medizinischen Behandlung oder schon zu administrativen Tätigkeiten? Auch eine Erfassung der Facharztbezeichnung und Zusatzweiterbildung in der vorgesehenen Form ist nur mittels minutengenauer Erfassung ärztlicher Arbeitszeit möglich, da das ärztliche Personal erneut prozentual nach der tatsächlich ausgeübten Tätigkeit zugeordnet werden soll.

- Die Datei Arztqualifikation_Standort ist bereits vollständig in der Datei Arztqualifikation_Leistungsgruppen enthalten, mit dem einzigen Unterschied, dass die Felder Facharztbezeichnung und Zusatzweiterbildung beide in dem Feld Fachexpertise anzugeben sind.

- Überschneidungen mit dem Vertragsarztrecht: Es liegen regulär keine Informationen zum zeitlichen Einsatz von Belegärzten oder deren Zusatzqualifikationen vor. Die Angaben müssen daher aktiv erfragt werden und führen zu Problemen, wenn die Mitwirkung verweigert wird. Ähnliche Herausforderungen gibt es im Bereich der Arbeitnehmerüberlassung.

- Durch die konkrete Ausgestaltung einiger Lieferpflichten wird eine potenzielle automatisierte Ausleitung aus bestehender Krankenhaussoftware unnötig erschwert. Beispielsweise kann die Anzahl für die Angabe „Ärztliches Personal (insgesamt)“ nicht standardmäßig aus der Buchführungssoftware nach KHBV-Vorgaben ausgeleitet werden, weil in der dortigen Dienstart „Ärztliches Personal (00)“ nur klinisch tätige Ärzte erfasst werden und anderweitig tätige Ärzte, die gemäß § 21 Abs. 7 aber ebenfalls erfasst werden müssen, anderen Dienstarten zugeordnet sind (z. B. Medizintechnik, Verwaltung). Zudem haben aktuelle Softwareprodukte, die – ähnlich wie die PpUGV-Exporte – zumindest übergangsweise Exporte aus Personalsoftware erzeugen können, in der Regel eine Limitierung bei der Angabe der Vollkräfte von 1. Zur Ermittlung z. B. von überdurchschnittlichen Vollkräften von 1,050 bei 42 Wochenstunden müssen die generierten Daten daher nachträglich händisch aufbereitet werden, um die VK-Umrechnung richtig darzustellen.

- Zeiterfassungssysteme dienen bisher der arbeitnehmerbezogenen Erfassung von Arbeitszeiten, nicht jedoch der Zuordnung der geleisteten Arbeitszeit zu einer Organisationseinheit mit Standort, Fachabteilung und dafür genutzter Facharzt- oder Weiterbildungsqualifikation. Insgesamt sind die durch die Erweiterung des §21-Datensatzes neu hinzugekommenen Datenlieferpflichten in den meisten Krankenhäusern nicht oder nur wenig aus bestehenden Softwaresystemen ausleitbar. Die erforderlichen Module und Schnittstellenanpassungen sind zudem teuer, eine Refinanzierung ist nicht geplant.

- Die Vorgabe, dass die quartalsweisen Datenlieferungen bis spätestens zum 15. des Monats nach Quartalsende zu erfolgen haben, führt zu äußerst kurzen Lieferpflichten: Zwischen den jeweiligen Personalabrechnungsmonatsabschlüssen (in der Regel 17. bzw. 24. eines Monats) und dem Termin zur fehlerfeien Abgabe beim InEK liegen damit nur wenige Arbeitstage. Diverse Informationen aus anderen Softwaresystemen, die für die detaillierte Datenerfassung zusätzlich notwendig sind (z. B. aus dem Controlling), liegen zu diesem Zeitpunkt überhaupt noch nicht vor. Es besteht daher – neben dem erheblichen Zeitdruck mit Sanktionsandrohung – die Befürchtung, dass es zu Abweichungen zwischen den Datenlieferungen der Häuser sowie zwischen früheren und späteren Datenlieferungen kommt. Die Aussagekraft der Daten, die zu den geforderten Zeitpunkten vorliegen und somit überhaupt übermittelt werden können, ist deutlich eingeschränkt.

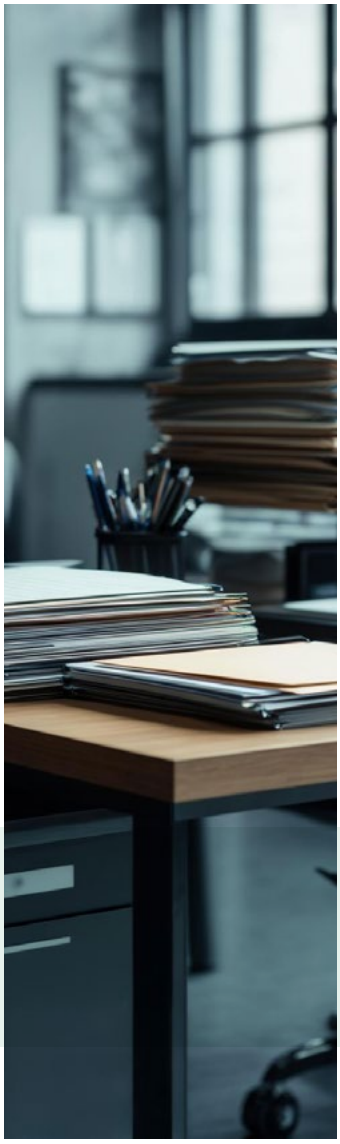
- Unklar ist letztlich auch, welcher Stand der quartalsweisen Lieferung zugrunde zu legen ist, weil eine Stichtagsregelung fehlt.

- Die Krankenhäuser haben zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Leistungsgruppen zugeordnet bekommen. Somit besteht aktuell eine objektive Unmöglichkeit der Datenlieferung, obwohl diese bereits verpflichtend für die Häuser vorgeschrieben ist.

- Der Bundes-Klinik-Atlas hat sich ohnehin als nicht zielführend erwiesen.

Lösungsvorschlag

- Abschaffung des Bundes-Klinik-Atlas und der einhergegangenen Erweiterung der §21-Datensatzes, insbesondere der hoch detaillierten Meldepflicht nach § 21 Abs. 7.



14. Übermittlungspflicht zu PpUG nach § 21 KHEntgG für Psych-Einrichtungen

§ 17d KHG

Hintergrund

Die Krankenhäuser sind gemäß § 21 Abs. 2 Ziffer 1e KHEntgG verpflichtet, die Anzahl des insgesamt beschäftigten Pflegepersonals und des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Pflegepersonals, jeweils aufgeteilt nach Berufsbezeichnungen, zu erfassen und an das InEK zu übermitteln. Nicht erfolgte oder unvollständige Datenübermittlungen nach § 21 KHEntgG werden sanktioniert. Die unter Ziffer „1e“ vorgegebenen Daten werden vom InEK zur Prüfung der Einhaltung und zur Weiterentwicklung der in der Somatik geltenden Pflegepersonaluntergrenzen verwendet.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) vom 11. Juli 2021 wurde die Verpflichtung zur Lieferung dieser Daten durch eine „marginale“ Änderung („und e“) in § 17d Abs. 9 KHG auf die Psych-Einrichtungen ausgeweitet. Diese Informationen liegen in den Psych-Einrichtungen, die grundsätzlich nicht von den PpUG betroffen sind, jedoch in der erforderlichen Tiefe und Struktur nicht vor, sondern müssen aufwendig ermittelt werden, ohne dass eine Erforderlichkeit der Datenerhebung erkennbar ist. Insbesondere ist die geforderte Abgrenzung der „Pflege am Bett“ für die Psych-Einrichtungen unsinnig. Zudem müssen die Psych-Einrichtungen bereits sämtliche therapeutische Berufsgruppen (und nicht nur die Pflege) für den Nachweis der Personalmindestanforderungen des G-BA (PPP-RL) erfassen, so dass kein Verständnis für zusätzliche und sinnfreie Nachweise besteht.

Problemstellung:

- Auch die Psych-Einrichtungen im Geltungsbereich der BPflV müssen die für die Umsetzung der PpUG im Geltungsbereich des KHEntgG erforderlichen Angaben zum Pflegepersonal gemäß § 21 KHEntgG übermitteln, ohne dass ein Sinn oder eine tragfähige Begründung erkennbar sind.

Lösungsvorschlag

- Streichung der sanktionsbewährten Übermittlungspflicht zum Pflegepersonal für Psych-Einrichtungen durch Streichung der Ziffer „e“ in § 17d Abs. 9 KHG.

15. MD-Strukturprüfungen

§ 275a SGB V, MD-QK-RL, LOPS-RL, KHSG, § 137 Abs. 3 SGB V

Hintergrund

Bislang wurden Krankenhäuser mit zwei Formen der Strukturprüfung konfrontiert: der Qualitätskontrolle nach § 275a SGB V a. F. sowie der OPS-Strukturprüfung nach § 275d SGB V a. F.

Grundsätzliches Ziel der Qualitätskontrolle ist es, die Einhaltung von Qualitätsanforderungen, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien und Beschlüssen erlässt, mit den tatsächlichen Gegebenheiten vor Ort abzugleichen. Durchgeführt werden die Kontrollen vom Medizinischen Dienst (MD) auf Basis der „Richtlinie zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes“ (MD-QK-RL), die der G-BA gemäß § 137 Abs. 1 SGB V erlassen hat und die u. a. den Umfang, die Art und das Verfahren der Kontrollen festlegt.

Seit dem Jahr 2021 müssen Krankenhäuser beim zuständigen MD OPS-Strukturprüfungen beantragen, sofern sie bestimmte Leistungen anbieten und abrechnen möchten. Geprüft wird, ob sie die dafür notwendigen Strukturmerkmale erfüllen. Diese sind in den jeweiligen Kodes der Klassifikation für medizinische Leistungen (Operationen- und Prozedurenschlüssel [OPS] nach § 301 Abs. 2 SGB V des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM]) festgelegt. Grundlage der Begutachtung war bislang die äußerst komplexe, ca. 500 Seiten umfassende Richtlinie „Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V“, die allein vom MD Bund entwickelt wurde. Erfüllt das Krankenhaus die geforderten Strukturmerkmale, stellt der MD eine Bescheinigung aus, die gleichzeitig Voraussetzung dafür ist, die Leistung mit den Krankenkassen vereinbaren und ihnen gegenüber abrechnen zu dürfen.

Seit dem Inkrafttreten des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) werden diese Prüfungen durch die Leistungsgruppenprüfung ergänzt. Ziel dieser Prüfung ist die Kontrolle, ob Krankenhäuser die für die Zuordnung zu einer Leistungsgruppe einzuhaltenden Qualitätskriterien, die übergangsweise in der Anlage 1 zu § 135e SGB V bzw. ab dem 1. Januar 2027 in der Rechtsverordnung nach § 135e Abs. 1 S. 3 vorgegeben werden, erfüllen. Grundlage für diese Prüfungen ist die vom MD Bund am 23. Mai 2025 veröffentlichte LOPS-Richtlinie, die die Leistungsgruppenprüfung sowie die OPS-Strukturprüfung verbindet und die StrOPS-RL, nicht jedoch die StrOPS-Prüfung, ersetzt.

Zusätzlich werden 5 bis 15 % aller Krankenhausabrechnungen einer Einzelfallprüfung durch den MD gemäß § 275c SGB V unterzogen, häufig im schriftlichen Verfahren.

Bislang war in der Praxis für die Qualitätskontrolle sowie die OPS-Strukturprüfung kennzeichnend, dass es sich bei ihnen um vielfach parallel laufende, sehr komplexe und sich oftmals bei den Nachweiserfordernissen teils überlappende, aber auch redundante oder widersprüchliche Strukturprüfungen handelte, die zudem eine extrem kleinteilige Dokumentation, insbesondere hinsichtlich der unterschiedlichen Berufsgruppen, erforderten. Diese Komplexität der Prüfungen wird durch die neu eingeführte Leistungsgruppenprüfung

noch erhöht, da diese zusätzlich zu den bestehenden Strukturprüfungen erfolgt und nicht etwa die StrOPS-Prüfung ersetzt.

Die bisherigen OPS-Strukturprüfungen belegen, dass Krankenhäuser unter einem überregulierten Prüfverfahren leiden: In engen Zeitintervallen wurden wiederkehrend Nachweise zu bestehenden Arbeitsverträgen, der Umsetzung von Dienstplänen bis hin zu Gerätelisten/Inventarlisten und Informationen zu detaillierten organisatorischen Abläufen gefordert. Hierbei führten neben dem überbordenden bürokratischen Aufwand, der keinen Mehrwert für die Patientenversorgung hat, teilweise bereits kleinste Verfehlungen zum kompletten Verlust der Abrechnungsmöglichkeit tatsächlich erbrachter hochkomplexer medizinischer Leistungen.

Die StrOPS-Prüfung sorgt in der Praxis zudem für erheblichen Aufwand aufgrund zahlreicher Auseinandersetzungen wegen teilweise nicht nachvollziehbarer Bewertungen, da die Strukturanforderungen im OPS nicht für differenzierte Strukturprüfungen entwickelt wurden. Dies liegt u. a. daran, dass die einzelnen Strukturmerkmale für die Patientenversorgung von unterschiedlicher Bedeutung sind und insofern eine differenziertere Bewertung erforderlich wäre. Stattdessen erfolgt in der Praxis eine Bewertung nach dem „Alles-oder-nichts-Prinzip“, unabhängig von der Bedeutung des jeweiligen StrukturmerkmalS.

Die LOPS-Richtlinie unternimmt lobenswerterweise erste Anstrengungen, diese Aufwände zu reduzieren. So sollen insbesondere Nachweise und Strukturdaten des Krankenhauses nicht mehr für jede Prüfung einzeln und somit mehrfach angefordert werden, sondern einmalig und in der Folge auch wechselseitig und über einen längeren Zeitraum für mehrere Prüfungen und Prüfarten genutzt werden. Auch ist anzuerkennen, dass der MD künftig eine konkretere Unterlagenanforderung vornehmen und nur noch die für die konkrete Prüfung wirklich benötigten Unterlagen anfordern soll. Inwiefern diese Regelungen in der Praxis tatsächlich zu einer Reduzierung des Aufwands und zu einem Abbau der Bürokratie sorgen, bleibt indes abzuwarten.

Problemstellung:

- Zahlreiche Überschneidungen sowie Widersprüche zwischen den Strukturprüfungen (OPS- sowie Leistungsgruppen-Strukturprüfungen einerseits und Qualitätsprüfung andererseits).

- Ergänzung weiterer Strukturprüfungen um vergleichbare Strukturmerkmale, nun zu den neuen Leistungsgruppen.

- Prüfung durch eine zentrale, sich selbst regulierende Prüfstelle (MD); Vermischung von Normsetzung und Durchführung.

- Nach wie vor uneinheitliche Prüfintervalle (alle zwei bis drei Jahre).

- Trotz erster Ansätze immer noch eine überregulierte Prüfrichtlinie.

Lösungsvorschläge

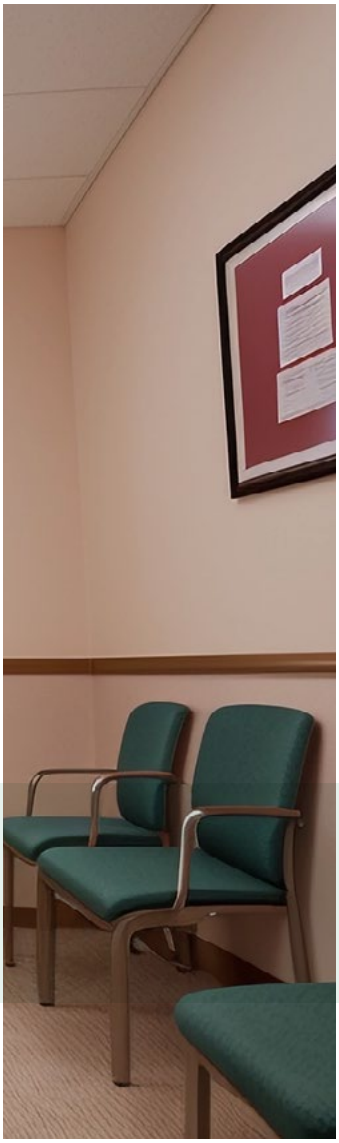
- Trennung der Zuständigkeiten für Normgebung und Durchführung der Leistungsgruppen sowie der Strukturprüfung unter Berücksichtigung eines Interessenausgleichs zwischen den Beteiligten.

- Planungssicherheit schaffen durch einen verbindlichen, einheitlich festgelegten und ausnahmslos auf drei Jahre verlängerten Prüfrhythmus.

- Umfassende Straffung der Strukturvorgaben in der Anlage 1 bzw. der Rechtsverordnung nach § 135e SGB V, im OPS sowie in den G-BA-Richtlinien und Beschränkung auf für die Patientenversorgung relevante und evidenzbasierte Merkmale.

- Zusammenfassung der drei Prüfformen (Strukturprüfung zu Leistungsgruppen, Strukturprüfung zu OPS und Qualitätskontrolle nach der MD-QK-RL) dahin gehend, dass für sämtliche Verfahren nur noch ein einheitliches Prüfregime existiert. Dabei sollte idealerweise das Prüfregime der Qualitätskontrolle in das Prüfregime der Strukturprüfung nach der LOPS-Richtlinie überführt werden.

- Zeitnahe Umsetzung der geplanten zentralen Datenbank zur Vermeidung redundanter Übermittlungen bereits erfolgter Nachweise sowie Digitalisierung des gesamten Prüfverfahrens mit gemeinsamer und zeitgleicher Transparenz für MD und Krankenhaus.



16. Dreimonatige Vorhaltefrist bei Beginn der Leistungserbringung

§ 275a Abs. 7 S. 2 Nr. 1 SGB V

Hintergrund

Beabsichtigt ein Krankenhaus den Beginn der Erbringung von Leistungen, die die Einhaltung von in OPS-Kodes geregelten Strukturmerkmalen erfordern, hat es diese Strukturmerkmale für einen Zeitraum von drei Monaten vor der Anzeige der Leistungserbringung vorzuhalten.

Problemstellung:

- Dem betroffenen Krankenhaus entsteht Aufwand in sachlicher, personeller und finanzieller Hinsicht für die Vorhaltung der zur Erfüllung der Strukturvorgaben notwendigen Infrastruktur bzw. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie für die zum Nachweis der erfolgten Vorhaltung erforderliche Dokumentation.

Lösungsvorschlag

- Ersatzlose Streichung der dreimonatigen Vorhaltefrist in § 275a Abs. 7 S. 2 Nr. 1 SGB V.

17. Dokumentenanforderung durch den Medizinischen Dienst

§ 17c Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHG

Hintergrund

Die Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen der Krankenhäuser im Rahmen von Prüfungen des Medizinischen Dienstes erweitern sich ständig. Vielfach fordert der Medizinische Dienst detaillierte Nachweise, die auch über die Vorgaben der OPS-Kodes hinausgehen.

Problemstellung:

- Krankenhäusern entsteht erheblicher Aufwand in personeller und sachlicher Hinsicht, um umfangreiche Dokumentationen zu erstellen und eine in der Regel umfangreiche Datensammlung für Prüfungen des Medizinischen Dienstes zusammenzustellen, da die Datenanforderungen oft unterschiedlich ausfallen. Zudem besteht oftmals Streit über die Aussagekraft der angeforderten Unterlagen.

Lösungsvorschlag

- Es ist eine gesetzliche Verpflichtung in das KHG aufzunehmen, wonach GKV-Spitzenverband und DKG verpflichtet werden, in der Prüfverfahrensvereinbarung nach § 17c Abs. 2 KHG (PrüfvV) einen abschließenden, übersichtlichen Standarddokumentensatz zu vereinbaren, anhand dessen eine Abrechnungsprüfung stattfindet. Diese Standardunterlagen sind dann dem LE-Portal elektronisch zu übermitteln.

18. PEPP-System

§ 17d KHG, § 3 und § 4 BPflV, Umsetzung durch die Selbstverwaltung und InEK

Hintergrund

Bereits mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 19. Dezember 2016 wurde das Ziel eines landeseinheitlichen Preissystems verlassen und die Anwendung des Psych-Entgeltsystems (pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik [PEPP]) auf der Grundlage eines Budgetsystems geregelt. Hierbei wurde mit

§ 17b Abs. 1 S. 4 KHG explizit vorgegeben, dass unter Berücksichtigung des Einsatzzwecks des Vergütungssystems als Budgetsystem der Differenzierungsgrad praktikabel und der Dokumentationsaufwand auf das notwendige Maß begrenzt sein musS. Allerdings wurde zugleich an der Leistungsorientierung des Entgeltsystems in Form von leistungsorientierten Budgetverhandlungen auf der Grundlage des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4 BPflV (PEPP-Krankenhausvergleich) festgehalten.

Bei der Weiterentwicklung des PEPP-Katalogs konnten die Selbstverwaltungsparteien nach § 17b KHG allerdings aufgrund der leistungsbezogenen Budgetfindung keine grundlegenden Vereinfachungen umsetzen. Nunmehr ist erkennbar, dass die Budgetfindung seit dem Jahr 2020 nicht durch das PEPP-System, sondern von den Personalmindestforderungen des G-BA bestimmt wird. Da der Krankenhausvergleich nach

§ 4 BPflV in dieser Systematik keinen Sinn mehr hat, wird er in der Praxis auch nicht angewendet.

Wenn die PEPP-Entgelte nunmehr als „reine“ Abschlagszahlungen auf das vereinbarte Budget zu verstehen sind, wären grundlegende Vereinfachungen wie z. B. eine Abkehr von den verweildauerabhängigen Vergütungsklassen möglich.

Problemstellung:

- Das nicht mehr zeitgemäße Ziel einer leistungsorientierten Budgetfindung auf der Grundlage des PEPP-Systems verhindert grundlegende Vereinfachungen des PEPP-Systems.

Lösungsvorschläge

- Neuausrichtung des Pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP-Systems) als klares Instrument für Abschlagszahlungen.

- Hierzu ist die Zielsetzung von leistungsorientierten Budgets aus dem Jahr 2016 kritisch zu hinterfragen, die diesbezüglichen gesetzlichen Vorschriften in § 17d KHG und § 3 BPflV anzupassen sowie der leistungsbezogene Vergleich nach § 4 BPflV zu streichen.

- Dabei ist der Auftrag an die Selbstverwaltung zur Vereinfachung des Systems nochmals zu betonen, um die Umsetzung in der Selbstverwaltung, durch das InEK und das BfArM zu gewährleisten.

19. Psych-Krankenhausvergleich

§ 3 und § 4 BPflV

Hintergrund

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 19. Dezember 2016 wurde das Ziel eines landeseinheitlichen Preissystems verlassen und die Anwendung des Psych-Entgeltsystems auf der Grundlage eines Budgetsystems geregelt. Allerdings wurde zugleich an der Leistungsorientierung des Entgeltsystems in Form von leistungsorientierten Budgetverhandlungen auf der Grundlage des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4 BPflV (Psych-Krankenhausvergleich) festgehalten.

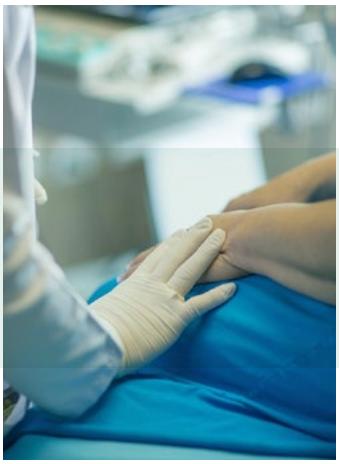
Nunmehr ist erkennbar, dass die Budgetfindung seit dem Jahr 2020 nicht durch das PEPP-System, sondern von den Personalmindestforderungen des G-BA bestimmt wird. Da der Krankenhausvergleich nach § 4 BPflV in dieser Systematik keinen Sinn mehr hat, wird er in der Praxis auch nicht angewendet. Der Aufwand der Krankenhäuser für die Aufbereitung der Daten und deren Übermittlung an das InEK sowie der Aufwand des InEK für die Aufbereitung und Bereitstellung der Auswertungen sind nicht mehr zu rechtfertigen.

Problemstellung:

- Der Psych-Krankenhausvergleich verursacht den Krankenhäusern und dem InEK Aufwand, aber bringt keinen Nutzen.

Lösungsvorschlag

- Abschaffung des Psych-Krankenhausvergleichs durch Streichung des § 4 BPflV und Anpassung des § 3 BPflV.



20. Nachweis der Mittelverwendung für Tariferhöhungen

§ 9 Abs. 1 Nr. 7 KHEntgG

Hintergrund

Bei der Vereinbarung des Basisfallwerts nach § 10 Abs. 1 S. 1 KHEntgG sind nach Maßgabe des § 10 Abs. 5 KHEntgG Tariferhöhungen für Löhne und Gehälter über den Veränderungswert hinaus zu berücksichtigen; eine Erhöhung wirkt als Basiserhöhung auch für die Folgejahre. Die Vereinbarung in Höhe des Unterschieds zwischen der Summe der Tariferhöhungen (Tarifrate) und dem Veränderungswert in einem Jahr obliegt den Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Abs. 1 Nr. 7 KHEntgG i. V. m. § 10 Abs. 5 S. 4 KHEntgG und § 3 Abs. 4 BPflV (Vereinbarung zur Erhöhungsrate). Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vom 11. Dezember 2018 wurden der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragt, gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 7 KHEntgG bis zum 31. März 2019 die Einzelheiten für einen Nachweis, dass die zusätzlichen Mittel für Tariferhöhungen von Pflegepersonal zweckentsprechend für dessen Finanzierung verwendet werden, zu vereinbaren. Krankenhäuser haben Mittel zurückzuzahlen, die sie nicht zweckentsprechend verwendet haben.

Problemstellung:

- Die derzeitige Pflicht zum Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung zusätzlicher Mittel für Tariferhöhungen von Pflegepersonal führt sowohl für die Krankenhäuser als auch für die Kostenträger zu einem bürokratischen Mehraufwand.
- Da im Anwendungsbereich des KHEntgG das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, welches über das Pflegebudget finanziert wird, sachgerechterweise nicht vom Nachweis umfasst ist, muss hier eine entsprechende und teils aufwendige Abgrenzung erfolgen.
- Krankenhäuser, die keinen maßgeblichen oder vergleichbaren Tarifvertrag bzw. keine tarifvertraglichen Regelungen anwenden, müssen die zweckentsprechende Mittelverwendung u. a. durch ein Wirtschaftsprüfertestat nachweisen, was mit einem entsprechenden finanziellen Aufwand verbunden ist, der zum Teil sogar über den eigentlichen Förderbetrag hinausgeht.

Lösungsvorschlag

- Abschaffung der Pflicht zum Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung zusätzlicher Mittel für Tariferhöhungen von Pflegepersonal durch eine gesetzliche Neuregelung.

21. Digitalisierungsabschlagsvereinbarung (KHZG)

§ 5 Abs. 3h KHEntgG

Hintergrund

Gemäß § 5 Abs. 3h KHEntgG wird ein Krankenhaus ab dem 1. Januar 2025 mit einem Abschlag in Höhe von bis zu 2 % des Rechnungsbetrags für jeden voll- und teilstationären Fall sanktioniert, wenn es nicht sämtliche in § 19 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 bis 6 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung genannten digitalen Dienste zur Nutzung bereitstellt. Näheres wurde in der zum 1. August 2023 in Kraft getretenen Digitalisierungsabschlagsvereinbarung bestimmt.

Problemstellung:

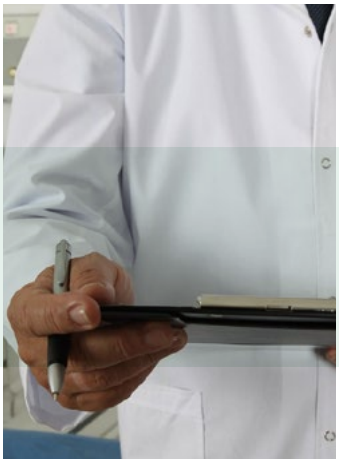
- Die Abschlagsregelungen sind mit einem erheblichen bürokratischen Aufwand verbunden (Erhebung des Umsetzungsstands von ca. 100 abschlagsbewehrten Kriterien mitsamt entsprechenden Nachweisen), dem keinerlei Mehrwert für die Versorgung gegenübersteht.

- Die Zahlen der Fördermittelbewilligungen zeigen deutlich, dass die Krankenhäuser der vom Gesetzgeber geförderten und geforderten Digitalisierungsoffensive in den stationären Versorgungsprozessen in vollem Umfang nachkommen. In der angespannten wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser wurden die Mittel zur Digitalisierung dringend benötigt. Insofern läuft die Sanktionierung als Anreizsystem ins Leere.

- Rückzahlungsverpflichtungen und Umsetzungsfristen ergeben sich zudem bereits aus den jeweiligen landesrechtlichen Vorgaben bzw. den jeweiligen Förderbescheiden. Eine zusätzliche Sanktionierung ist daher unnötig, kontraproduktiv, steuerungsunwirksam und führt zu Mehraufwänden bei den Budgetverhandlungen.

Lösungsvorschlag

- Ersatzlose Streichung von § 5 Abs. 3h KHEntgG



22. DRG-Systemzuschlag und G-BA-Systemzuschlag

§ 17b Abs. 5 KHG, §§ 91 Abs. 3, 139a, 137a SGB V i. V. m. § 139c SGB V

Hintergrund

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. Die Systemzuschläge sind insofern für das Krankenhaus durchlaufende Posten, die jedoch in der Abwicklung Bürokratiekosten nach sich ziehen, für die dem Krankenhaus keine Erstattung zusteht. Hinzu kommt, dass bei den aktuell zu beobachtenden sinkenden Fallzahlen im stationären Leistungsbereich die im Erhebungsjahr abgerechneten Systemzuschläge unterhalb der an die Institute abgeführten Systemzuschläge liegen, da hierfür die zwei Jahre zurückliegenden Fallzahlen maßgeblich sind.

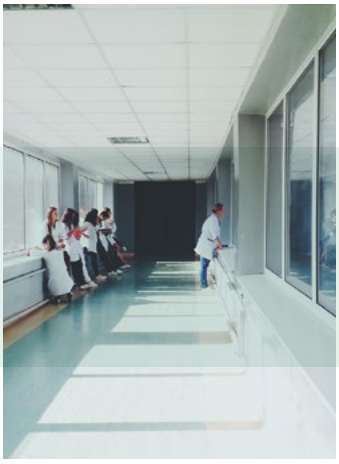
Problemstellung:

- Unnötiger administrativer Aufwand für die Krankenhäuser durch Erhebung und Abführung der Systemzuschläge.

- Sinkende Fallzahlen können bei der aktuellen Systematik zu Erlösverlusten für das Krankenhaus führen.

Lösungsvorschlag

- Abschaffung des DRG-Systemzuschlags und des G-BA-Systemzuschlags zugunsten einer direkten Finanzierung des InEK, des G-BA, IQWiG und IQTIG durch die Krankenkassen, z. B. entsprechend dem Versichertenanteil.



23. Zuzahlungsinkasso

§ 43c Abs. 3 SGB V

Hintergrund

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) wurde § 43b SGB V – nunmehr § 43c SGB V – im Jahr 2009 dergestalt geändert, dass die Einziehung der Krankenhauszuzahlungen nach § 39 Abs. 4 SGB V, einschließlich des vollständigen Inkasso- und Mahnverfahrens, im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen vollumfänglich von den Krankenhäusern durchzuführen ist. Zuvor waren Krankenhäuser lediglich dazu verpflichtet, etwaige Zuzahlungen bei der Entlassung der Patientinnen bzw. Patienten einzuziehen und zu verrechnen. Für den Fall der Nichtzahlung lag das Mahn- und Inkassoverfahren in den Händen der gesetzlichen Krankenkasse.

Problemstellung:

- Die durch das KHRG erfolgten Änderungen sollten rückgängig gemacht und die vorherige Rechtslage wiederhergestellt werden. Zum einen ist Gläubiger des Zuzahlungsanspruchs ausschließlich die Krankenkasse und nicht das KrankenhauS. Zum anderen liegen sämtliche Informationen für die Durchführung des Inkassos, einschließlich der Erkenntnisse über die Zuzahlungsverpflichtung oder sogar -befreiung, bei der Krankenkasse. Es wäre somit sachgerecht, dass auch die Krankenkasse das Inkasso bei ihren Versicherten durchführt. Die Krankenhäuser würden durch die Rückführung des Zuzahlungsinkassos auf die vor dem KHRG geltende Rechtslage von dem gesamten Verwaltungsaufwand, der bei der Durchführung des Inkassos entsteht, befreit werden. Dieser Verwaltungsaufwand sorgt seit Jahren in den Krankenhäusern für erhebliche zusätzliche Bürokratie.

Lösungsvorschlag

- Ersatzlose Streichung von § 43c Abs. 3 SGB V.

24. Mitteilungspflicht ambulantes Operieren im Krankenhaus

§ 115b SGB V

Hintergrund

Krankenhäuser nach § 108 SGB V sind zur ambulanten Durchführung der im AOP-Katalog vereinbarten Operationen, stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen zugelassen. Die durchführbaren ambulanten Operationen werden durch die Selbstverwaltungspartner in einem Katalog vereinbArt. Die Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte erfolgt einheitlich. Um als Krankenhaus an der Versorgung teilnehmen zu können, bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss.

Problemstellung:

- Aufwendiges Mitteilungsverfahren für die Krankenhäuser im Vorfeld der Leistungserbringung: Obwohl Krankenhäuser nach § 108 SGB V mit ihren Leistungsbereichen planerisch auf Landesebene ausgewiesen sind, müssen sie die abteilungsbezogenen Leistungsbereiche und die einzelnen Leistungen, die ambulant am Krankenhaus durchgeführt werden, den o. g. Partnern benennen. Nur auf dieser Basis kann die Abrechnung der Leistungen erfolgen.

- Es gibt ein bundesweites Verzeichnis der Standorte der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen. Dieses wird vom GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 2a Abs. 1 S. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geführt.

- Dieses Verzeichnis der Standorte ist durch die Leistungserbringer regelmäßig zu aktualisieren, sodass diese Informationen den Krankenkassen vorliegen.

- Der § 293 SGB V sieht vor, dass die Kostenträger das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben, insbesondere im Zusammenhang mit der Abrechnung von Leistungen, nutzen.

- Im Rahmen des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V wird dieses Standortverzeichnis allerdings noch nicht zu Abrechnungszwecken umfassend genutzt.

- Die derzeitigen gesetzlichen Anforderungen sehen eine Nutzung von Informationen aus dem Standortverzeichnis zum Nachweis, dass es sich um ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus handelt, nicht vor.

Lösungsvorschläge

- Streichung von § 115 b Abs. 2 S. 2 SGB V im Sinne der Verschlankung und Vereinfachung des bisherigen Mitteilungsverfahrens für zugelassene Krankenhäuser.

- Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft führen auf der

Grundlage der Vereinbarung nach § 2a Abs. 1 S. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ein bundesweites Verzeichnis der Standorte der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen. Die Angaben dieses Verzeichnisses sind künftig von den Krankenkassen zum Datenabgleich für Abrechnungszwecke zu nutzen. Eine darüber hinausgehende Mitteilungspflicht für Krankenhäuser bzgl. der Anmeldung von AOP-Leistungen entfällt.

25. Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

§ 4a ASV-RL, § 116b SGB V

Hintergrund

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer und/oder seltener Erkrankungen und damit eine spezialisierte ambulante Versorgung. Die ASV kann von Krankenhäusern sowie niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten Medizinischer Versorgungszentren gemeinsam angeboten werden. Der G-BA ist beauftragt, das Nähere zu diesem Versorgungsmodell festzulegen, regelmäßig zu überprüfen und ggf. zu aktualisieren. Dies sind z. B. die Definition der Erkrankungen, die Festlegung des Behandlungsumfangs und Anforderungen an Struktur- und Prozessqualität.

Problemstellung:

- Sehr aufwendiges (Anzeige-)Verfahren für die Teams bei den erweiterten Landesausschüssen (eLA). Sowohl die initiale Anzeige mit einer Fülle geforderter Nachweise als auch zahlreiche Zwischeninformationen an die eLA erzeugen bei den eLA und den Leistungserbringern einen hohen bürokratischen Aufwand.

- Trotz des Innovationsfondsprojekts (GOAL), welches diese Probleme aufgezeigt hat, ist es im G-BA aufgrund der Mehrheitsverhältnisse kaum gelungen, sich auf notwendige Vereinfachungen zu verständigen.

Lösungsvorschläge

- Anpassung von § 116b SGB V im Sinne einer Vereinfachung des (Anzeige-)Verfahrens.

- Aufforderung des G-BA zur Reduktion der durch Misstrauensbürokratie bedingten Überregulierung, z. B. durch vermehrten Einsatz kurzer und qualifizierter Selbstauskünfte durch den Gesetzgeber.

26. NUB-Verfahren

§ 6 Abs. 2 KHEntgG

Hintergrund

Die Selbstverwaltungspartner haben 2004 für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), welche systembedingt (Innovationslücke) mit den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden können, das sog. NUB-Verfahren nach § 6 Abs. 2 KHEntgG etabliert. Ziel ist es, hierdurch eine in der Regel drei Jahre andauernde Datenlücke zu schließen und den Leistungserbringern eine sachgerechte Vergütung auch für neue medizinische Leistungen von Leistungsbeginn an zu ermöglichen.

Aufgrund des medizinischen Fortschritts ist die Anzahl der mit diesem Verfahren geregelten Einzelleistungen über die Jahre enorm gestiegen. Einige dieser Leistungen konnten zwar erfolgreich in das DRG-System und damit in die Regelfinanzierung überführt werden. Dies gilt für eine große Anzahl von Leistungen aus unterschiedlichen Gründen jedoch nicht.

Über die Jahre hat sich die Sicherstellung der Finanzierung hierdurch zu einem mühevollen und extrem aufwendigen Verfahren für die Krankenhäuser und das InEK, welches die Anträge jährlich bearbeitet, entwickelt. Dies liegt insbesondere daran, dass jedes Krankenhaus, welches eine neue Leistung im Folgejahr erbringen möchte, hierfür jährlich neue Anträge stellen muss, auch wenn es sich um wiederkehrend gleiche Anträge zur selben Leistung handelt.

Für das Jahr 2025 wurden dementsprechend für 1.025 Verfahren/Leistungen insgesamt mehr als 131.000 Einzelanträge von Krankenhäusern eingereicht und vom InEK geprüft (2024: 981/120.000). Hierbei handelt es sich bei der weit überwiegenden Mehrheit um Wiederholungsanträge.

Problemstellung:

- Gesetzliche Verpflichtung aller Krankenhäuser zur individuellen Antragstellung für jede einzelne NUB-Leistung sowie zur jährlichen Wiederholung, auch für bereits zuvor erfolgreich beantragte und vergütete NUB-Leistungen.

- Gesetzliche Verpflichtung zur jährlich wiederkehrenden NUB-Verhandlung mit den Krankenkassen auch für bereits zuvor vereinbarte NUB-Entgelte.

- Insgesamt sehr aufwendiges Verfahren (z. B. Dokumentenlauf: Anbieter-Leistungserbringer-InEK-Leistungserbringer-Kostenträger-InEK; mit jährlich differenzierter schriftlicher Ausarbeitung zu Art und Einsatz der jeweiligen Methode sowie zu fallbezogenen Kalkulationsunterlagen).

- Enge Fristsetzung durch nahezu zeitgleiches Antragsende und Veröffentlichung aller für die Antragstellung relevanten Informationen/Instrumente (u. a. Entgeltsystem, OPS).

Lösungsvorschläge

- Abschaffung der gesetzlichen Pflicht, dass alle Krankenhäuser jährlich wiederkehrend Anfragen zu (gleichen) NUB-Leistungen beim InEK stellen müssen.

- Anpassung der gesetzlichen Regelungen zur grundsätzlichen Vereinfachung des Verfahrens mit Schaffung der Möglichkeit von Sammelanfragen.

- Vereinbarung von NUB-Entgelten zwischen Krankenhaus und Krankenkasse vereinfachen.

- Reduktion der Anträge auf reine Interessenbekundungen der Krankenhäuser mit vereinfachter Informationsbeschaffung beim InEK, z. B. durch Unterstützung von Fachgesellschaften und der Industrie.

27. Übergangspflege

§ 39e SGB V, Dokumentations-Vereinbarung Übergangspflege

Hintergrund

Krankenhäuser können in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung Leistungen der Übergangspflege anbieten, wenn die erforderlichen Leistungen zur Anschlussversorgung nicht oder nur unter erheblichem Aufwand von einem externen Anbieter erbracht werden können. Dieses Angebot soll die Versorgungslücke in der Anschlussversorgung nach Krankenhausaufenthalten minimieren. Leistungen der Übergangspflege können für maximal zehn Tage angeboten werden.

Problemstellung:

- Krankenhäuser müssen die Notwendigkeit der Übergangspflege möglichst frühzeitig gegenüber der Krankenkasse anzeigen. Mit der Abrechnung der Leistung gegenüber der Krankenkasse muss der Nachweis mittels umfangreicher Dokumentation erbracht werden, dass eine adäquate Anschlussversorgung im unmittelbaren Anschluss an den Krankenhausaufenthalt trotz „erheblichen Aufwands“ nicht verfügbar war. Nur im Rahmen der Leistungserbringung in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nach § 115g SGB V bedarf es keiner vorherigen Prüfung und Dokumentation der Inanspruchnahme. Die Aktivitäten im Rahmen des Entlassmanagements müssen nach Vorgaben des Rahmenvertrags dokumentiert werden.
- Zur Operationalisierung des unbestimmten Rechtsbegriffs „unter erheblichem Aufwand“ haben die Vertragsparteien auf Bundesebene in der „Dokumentations-Vereinbarung Übergangspflege“ vom 31. Oktober 2021 geregelt, dass vom Krankenhaus mindestens 20 geeignete externe Einrichtungen bzw. Anbieter angefragt werden müssen.
- Bei der Übermittlung der Dokumentationsdaten handelt sich um eine Vielzahl von Daten, die den Krankenkassen/Pflegekassen bereits vorliegen. Diese Daten könnten auch dort zusammengeführt werden (im Sinne der sparsamen Datenübermittlung).
- Bei Patientinnen und Patienten, die Übergangspflege benötigen, handelt es sich vielfach um multimorbide Patientinnen und Patienten, die ohnehin einen besonderen Bedarf an einer adäquaten Nachversorgung haben. Die Begrenzung des Angebots auf längstens zehn Tage ist nicht sachgerecht, da auch bei intensiver Suche nach einer adäquaten Nachversorgung eine Versorgung in diesem Zeitraum vielfach nicht möglich ist und somit die Gefahr des „Drehtüreffekts“ steigt.

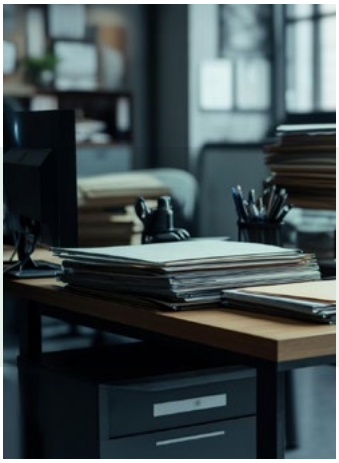
Lösungsvorschläge

- Streichung des unbestimmten Rechtsbegriffs „nur unter erheblichem Aufwand“ in § 39e Abs. 1 SGB V, sodass die Vertragsparteien auf Bundesebene einen weniger bürokratischen

Nachweis der Bemühungen des Krankenhauses um eine adäquate Anschlussversorgung vereinbaren können.

- Zudem sollte in der Gesetzesbegründung deutlich werden, dass im Sinne der sparsamen Datenübermittlung und der Vermeidung von Datenredundanzen nur die Daten an die Krankenkasse zu übermitteln sind, die dort nicht bereits vorliegen.

- Zur Sicherstellung der Versorgung der Patientinnen und Patienten ist die zeitliche Begrenzung der Übergangspflege auf zehn Tage in § 39e Abs. 1 SGB V aufzuheben.



28. Einleitung einer Anschlussrehabilitation

§ 40 Abs. 3 SGB V

Hintergrund

Eine Anschlussrehabilitation wird bei bestimmten Erkrankungen, wie z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebserkrankung, und nach gelenkersetzenden Operationen bei den Betroffenen im direkten Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung durchgeführt, um die Leistungsfähigkeit im Alltag bzw. Beruf wiederherzustellen.

Die Einleitung einer Anschlussrehabilitation ist in der stationären Versorgung ein sehr häufiger Vorgang. Allein 2023 wurde in ca. 900.000 Fällen eine Anschlussrehabilitation durchgeführt. In Anbetracht dieser Bedeutung ist es sehr ungewöhnlich, dass hierbei zwei abweichende Verfahren der Einleitung in der Versorgung praktiziert werden.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) praktiziert seit Langem erfolgreich und effizient das sog. Direkteinleitungsverfahren. Hierbei kann für einen festgelegten Katalog von Erkrankungen die Anschlussrehabilitation von der Ärztin bzw. dem Arzt im Krankenhaus zusammen mit der Patientin bzw. dem Patienten direkt ohne Rücksprache mit dem Leistungsträger bei einer von der DRV Bund zugelassenen Anschlussrehabilitationsklinik angemeldet werden. Der ärztliche Dienst der Anschlussrehabilitationsklinik entscheidet dann über das Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen und vereinbart bei deren Vorliegen direkt die Aufnahme der Patientin bzw. des Patienten in die Anschlussrehabilitationsklinik. Mit diesem Verfahren wird aufgrund des direkten Austauschs zwischen Patientin bzw. Patient, Krankenhaus und Anschlussrehabilitationsklinik ein zügiger Übergang in der Versorgung gewährleistet.

Problemstellung:

- Der Weg des Direkteinleitungsverfahrens steht aktuell nur Patientinnen bzw. Patienten offen, deren Krankenkasse mit der DRV Bund eine entsprechende Vereinbarung zur Teilnahme geschlossen hat. Andernfalls ist vor einer Anschlussrehabilitation eine weiter gehende Prüfung seitens der DRV Bund bzw. der Krankenkasse nötig. In diesen Fällen müssen vor einem Übergang in die Anschlussrehabilitation über eine zusätzliche Schleife mit dem Leistungsträger u. a. Ort, Dauer, Umfang und Beginn der Anschlussrehabilitation in jedem Einzelfall abgestimmt werden. Eine direkte Abstimmung hierzu mit der Anschlussrehabilitationsklinik ist nicht möglich.

- Mit dem Auftrag an den G-BA in § 40 Abs. 3 S. 10 SGB V hat der Gesetzgeber eine Vereinheitlichung des Verfahrens der Einleitung einer Anschlussrehabilitation im Sinne des Verfahrens der DRV Bund angestrebt. Bei der resultierenden Anpassung in der Reha-Richtlinie war dem G-BA jedoch nur ein unzureichender Schritt in Richtung des Verfahrens der DRV Bund möglich. So wurde für den Fall der Kostentragung durch die Krankenkassen lediglich für eine Auswahl an Erkrankungen aus dem Katalog der DRV Bund ein Entfall der Prüfung der medizinischen Notwendigkeit durch die Krankenkasse im Vorfeld einer

Anschlussrehabilitation vorgesehen. Geblieben ist zudem die Erforderlichkeit einer vorherigen Schleife mit der zuständigen Krankenkasse zur Abstimmung von Ort, Dauer, Umfang und Beginn der Anschlussrehabilitation.

- Der wesentliche Grund für die unzureichende Regelung in der Reha-Richtlinie ist darin zu sehen, dass auf der Grundlage des Gesetzestextes im G-BA Unklarheiten verblieben sind, inwieweit bei der Einleitung der Anschlussrehabilitation für die gegebenen Erkrankungen seitens der Krankenkassen auf ihre direkte Einflussnahme auf Ort, Dauer, Umfang und Beginn der Anschlussrehabilitation verzichtet werden kann. An dieser Stelle bedarf es daher einer deutlichen gesetzlichen Ermächtigung.

- Aktuell müssen zudem vergleichbare medizinische und sozialrechtliche Sachverhalte über unterschiedliche Formulare und medizinische Einschätzungsinstrumente dargelegt werden. Vor dem Hintergrund, dass die Patientinnen und Patienten unabhängig von der Frage des Leistungsträgers in gleichartigen Einrichtungen behandelt werden und dort die gleichen medizinischen Anwendungen erhalten, sorgen die je nach Leistungsträger unterschiedlichen Antragsunterlagen für unnötigen bürokratischen Aufwand u. a. durch die doppelte Erfassung und Darstellung gleicher Sachverhalte z. B. mittels verschiedener medizinischer Scores.

Lösungsvorschläge

- Gesetzliche Ausdifferenzierung in § 40 SGB V mit dem Ziel einer Vereinheitlichung des Verfahrens durch verbindliche Übernahme des Direkteinleitungsverfahrens für Erkrankungen gemäß Katalog der DRV Bund für alle Leistungsträger und Stärkung der Entscheidungsbefugnis des ärztlichen Dienstes der Anschlussrehabilitationsklinik in diesen Fällen mit Entfall der weiteren Schleife zur Klärung von Ort, Dauer, Umfang und Beginn mit der Krankenkasse. Die langjährige Erfahrung der DRV Bund mit diesem Vorgehen zeigt, dass dies für alle Beteiligten gut funktioniert. Auch im Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen konnten in der Zeit der Coronapandemie im Zuge von Ausnahmeregelungen gute Erfahrungen mit einer Flexibilisierung des Verfahrens gemacht werden.

- Gesetzlicher Auftrag zur gemeinsamen Vereinbarung eines einheitlichen Satzes erforderlicher Unterlagen für eine Beantragung der Anschlussrehabilitation im Zuge einer Harmonisierung der Verfahren von DRV Bund und Krankenkassen, um den bürokratischen Aufwand zu reduzieren.

29. Stationäre Abrechnungen in Papierform

§ 301 Abs. 1 SGB V

Hintergrund

Noch immer müssen Krankenhäuser für stationäre Behandlungen Rechnungen unnötigerweise in Papierform stellen, obwohl bewährte elektronische Datenübermittlungsverfahren verwendet werden könnten. Nicht alle Sozialämter (Wohnungslose, Asylbewerberinnen und -bewerber) beauftragen beispielsweise Krankenkassen. Die meisten Beihilfefestsetzungsstellen könnten das Verfahren der PKV-Datenübermittlung nutzen, jedoch ist noch kein Anschluss in Sicht.

Problemstellung:

- Unnötiger bürokratischer Aufwand für Papierrechnungen und die resultierenden Medienbrüche (Ausgabe beim Krankenhaus und Erfassung beim Kostenträger) wird nicht vergütet.
- Kostenträger, die ein elektronisches Datenübermittlungsverfahren zu Abrechnungszwecken nutzen könnten (Sozialämter durch Beauftragung von Krankenkassen oder auch perspektivisch Beihilfefestsetzungsstellen, denen das bewährte PKV-Datenübermittlungsverfahren offensteht), aber weiterhin auf Papierrechnungen bestehen, haben – abgesehen von der Vermeidung eigener Mehraufwände durch die papierbezogene Verarbeitung – keinen finanziellen Anreiz, eine Digitalisierung des Ablaufs konsequent zu verfolgen.

Lösungsvorschläge

- Um aufwendige und unnötige Papierabrechnungen zu minimieren bzw. ganz zu vermeiden, ist der damit verbundene Aufwand in einer Größenordnung zu vergüten, die einen Anreiz für Kostenträger schafft, vorhandene Optionen zur Nutzung bewährter Verfahren der elektronischen Datenübermittlung auch wahrzunehmen.
- Dies kann durch Anwendung der 5 %-Regelung des § 303 Abs. 3 SGB V als Aufschlag für die Erstellung und den Versand unnötiger Papierrechnungen erfolgen, wenn Kostenträger nach einer zumutbaren Umstellungsphase nicht an bundesweit verfügbaren elektronischen Datenübermittlungen zu Abrechnungszwecken (§ 301 SGBV, DGUV/PKV-Datenübermittlung) teilnehmen oder einen geeigneten Dritten damit beauftragen.
- Eine geeignete zeitliche Abstufung je nach Konstellation und Verfahren (z. B. Asylbewerberinnen und -bewerber, Beihilfe etc.) ist vorzusehen.
- Aktuell ist nur für einzelne Teilnehmer (z. B. Beihilfestellen) perspektivisch eine künftige Sanktionierung geplant. Mit dem vorgeschlagenen Papieraufschlag könnten diese geplanten Sanktionen und der damit verbundene Aufwand entfallen.

30. Übermittlung von Zahlungsinformationen (SAMU)

§ 301 Abs. 3 SGB V

Hintergrund

Die Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V sieht mangels Regelungsgrundlage bislang nur eine optionale, bilaterale Übermittlung von Zahlungs- und Aufrechnungsinformationen der Kassen (Nachricht SAMU) vor.

Problemstellung:

- Die Zuordnung von Zahlungen und Abrechnungsfällen muss bei Kassen, die eine elektronische Übermittlung im §301-Verfahren nicht anbieten, aus unterschiedlichen Medien und mit unterschiedlichen Methoden erfolgen, was unsinnigen Mehraufwand verursacht.

- Es besteht kein Anspruch der Krankenhäuser, Daten zum Zahlungsverkehr in einer kassenübergreifend einheitlichen Form zu erhalten. Da die Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V grundsätzlich nur andernorts getroffene Normgebungen operationalisiert und nicht mit einer Schiedsstellenregelung ausgestattet ist, kann eine Vereinbarung nicht gegen den Willen der Kassenvertreter erzwungen werden.

Lösungsvorschläge

- § 301 Abs. 2a SGB V wird um die Verpflichtung zur elektronischen Übermittlung von Zahlungsinformationen der Kassen innerhalb des vereinbarten Verfahrens nach § 301 Abs. 3 SGB V erweitert.

- Analog den für die Krankenhäuser geltenden Sanktionen nach § 303 Abs. 3 SGB V ist nach einer angemessenen Einführungsphase die Anwendung einer 5 %-Zuschlagsregelung nach § 303 Abs. 3 SGB V bei nicht vereinbarungskonformem Verhalten von Kassen erforderlich.

31. Aufnahmenachricht vereinfachen

§ 301 Abs. 1 SGB V

Hintergrund

Nimmt ein Krankenhaus eine Patientin oder einen Patienten auf, muss das gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse mittels elektronischer Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V im Zuge der Aufnahmenachricht schnellstmöglich angezeigt werden. Ein Teil der Daten, die im Rahmen der Aufnahmenachricht bei den Krankenkassen eingehen, wird anschließend auch für das Arbeitgeberverfahren weiterverwendet, z. B. für die Liegebescheinigung. Mit dieser wird die Arbeitsunfähigkeit durch den Krankenhausaufenthalt gegenüber dem Arbeitgeber angezeigt und kann von diesem elektronisch bei den Krankenkassen abgerufen werden.

Damit die Aufnahmenachricht vom Krankenhaus verschickt werden kann, sind bestimmte Angaben verpflichtend zu erfassen. Betroffen davon sind u. a. die Erfassung von Einweisungs- und Aufnahmediagnose sowie die voraussichtliche Verweildauer.

Die Erfassung der genannten Angaben verursacht hohen Aufwand in den Häusern, verzögert die schnelle Übermittlung der Aufnahmenachricht und führt zu redundanten Prüfungen durch die Kassen. Zugleich steht dem erzeugten Aufwand kein erkennbarer und vertretbarer Nutzen gegenüber:

- Bei der Erfassung der Aufnahmediagnose handelt es sich um ein Relikt aus Prä-DRG-Zeiten. Die Mitgliedschaft der behandelten Person und damit die Kostenübernahme ist bei GKV-Patientinnen bzw. GKV-Patienten ohnehin automatisch gegeben, sofern nicht ohnehin bei elektiven Fällen eine vorherige Einwilligung der Kasse gefordert ist. Letztere bedarf ohnehin eines anderen Ablaufs, der momentan zum Teil sehr ineffizient in Papierform abläuft.

- Die Einweisungsdiagnose wird bereits von der einweisenden Ärztin oder dem einweisenden Arzt erstellt, fällt somit nicht in den Zuständigkeitsbereich des Krankenhauses und muss von der Krankenhausärztin oder dem Krankenhausarzt lediglich abgetippt werden.

- Die Angabe der voraussichtlichen Verweildauer kann zum Aufnahmezeitpunkt ohnehin nur geschätzt werden.

Problemstellung:

- Aufnahmediagnosen, Einweisungsdiagnosen und voraussichtliche Verweildauern zu erfassen, ist eine überflüssige Arbeit, die oftmals auch noch von Ärztinnen oder Ärzten übernommen werden muss und ohne die die Aufnahmenachricht an die gesetzliche Krankenkasse nicht übermittelt werden kann.

- Die Kasse benötigt eine schnellstmögliche Mitteilung des Aufnahmestatus, z. B. um zu beurteilen, ob Verlegungen vorliegen.

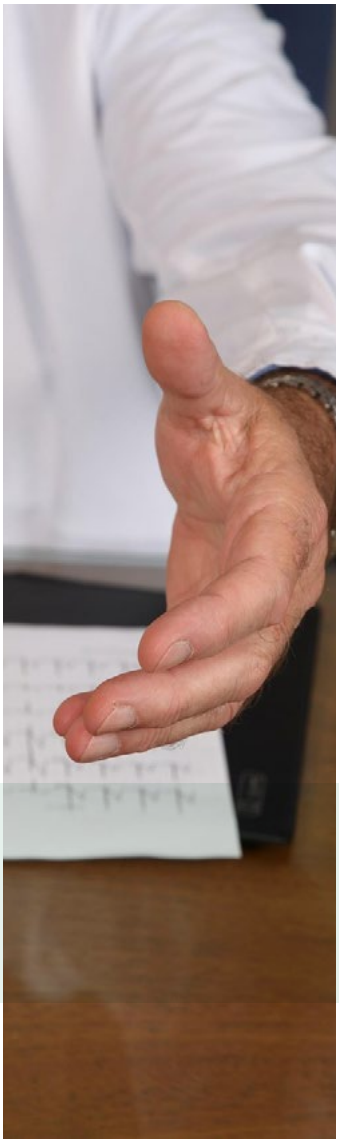
- Eine möglichst schnelle Übermittlung der Aufnahmenachricht ist zudem erforderlich, weil deren Daten im Arbeitgeberverfahren tagesaktuell benötigt werden – was immer wieder zu Problemen führt.

Lösungsvorschläge

- Die Erfassung der Aufnahmediagnose sollte nur dann erfolgen, wenn dem Aufwand ein erkennbarer und vertretbarer Nutzen gegenübersteht. Dieser kann beispielsweise dann vorliegen, wenn Inzidenzmeldungen zu Infektionen in Form von Diagnosen automatisiert aus den Routinedaten abgezweigt werden sollen und so anderweitige Berichtspflichten ersetzen (vgl. auch Vorschlag 35).

- In § 301 Abs. 1 Punkt 3 werden Angaben, die seit der Einführung des DRG-Systems ihre Bedeutung verloren haben (u. a. Einweisungsdiagnose, Aufnahmediagnose, voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung), als „optional zu übermitteln“ gekennzeichnet.

- Damit werden Ärztinnen und Ärzte von unnötigen Eingabearbeiten entlastet und zugleich werden die Meldungen schneller versandt. Davon profitieren auch die gesetzlichen Krankenkassen, etwa im Rahmen des Arbeitgeberverfahrens (Liegebescheinigung).



32. Redundante Angaben in Katalogen zu seltenen Erkrankungen

§ 301 Abs. 2 SGB V

Hintergrund

Für viele Prozesse im Gesundheitswesen ist die Kodierung von Diagnosen erforderlich. Das wichtigste hierzu in Deutschland verwendete Klassifikationssystem ist die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, German Modification (ICD-10-GM)“. Sie dient als Grundlage für die Anwendung in Vergütungs- und Finanzierungssystemen, Qualitätsberichten und Statistik.

Viele seltene Erkrankungen lassen sich im ICD-10-GM allerdings nicht trennscharf abbilden, weil ihnen keine eigene Schlüsselnummer zugeteilt ist, sondern sie in sog. Resteklassen mit anderen Krankheiten zusammengefasst sind.

Beispiel: Mit Q87.4 lässt sich das Marfan-Syndrom eindeutig in ICD-10-GM klassifizieren, während in Q87.8

„Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome, andernorts nicht klassifiziert“ verschiedene Erkrankungen zusammengefasst sind, z. B. das Alport-Syndrom, das Laurence-Moon-Syndrom und das Zellweger-Syndrom.

Um seltene Erkrankungen besser zu erfassen, müssen seit 2023 im stationären Bereich neben den ICD-10- Codes verpflichtend auch die sog. Orpha-Codes in der elektronischen Datenübermittlung nach § 301 erfasst und übermittelt werden. Orpha-Codes sind numerische Identifikatoren, mit denen sich die seltenen Erkrankungen eindeutig und zeitlich stabil identifizieren lassen.

Die Erhebung dieser Zusatzinformationen ist prinzipiell wichtig und sinnvoll, um Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankungen besser versorgen zu können.

Es gibt aber auch zahlreiche Konstellationen, in denen durch die parallele Erfassung von ICD-10-Code und Orpha-Code kein Mehrwert für die Patientenversorgung generiert wird, weil ICD-10-Code und Orpha-Code bereits deckungsgleiche Informationen enthalten.

In obigem Beispiel: Für Q87.8 ergibt sich durch die zusätzliche Erfassung der Orpha-Codes ein ersichtlicher Mehrwert: So ist dem Alport-Syndrom der Orpha-Code 63 zugeordnet, dem Laurence-Moon-Syndrom der Code 2377 und dem Zellweger-Syndrom der Code 50812, sodass nun eine Differenzierung der Krankheiten möglich wird. Anders beim Marfan-Syndrom: Da es bereits mit dem ICD-10-Code Q87.4 eindeutig erfasst wird, bietet die zusätzliche Erfassung des Orpha-Codes 558 keinen weiteren Erkenntnisgewinn.

Problemstellung:

- Der Aufwand, redundante Orpha-Codes in einer Vielzahl von Systemen zu aktualisieren und dann gesondert in der Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken zu übertragen, ist unsinnig, weil die zugehörigen ICD-10-Codes genau die gleiche Aussage transportieren.

Lösungsvorschlag

- Orpha-Codes, deren Definition gegenüber ICD-Codes keinen Erkenntniszugewinn liefert, sollten in den Katalogen als „klassifikatorische Zuordnung, aber nicht zur Dokumentation vorgesehen“ ausgewiesen werden. Der Aufwand für die Erfassung von Orpha-Codes wird so reduziert auf die Kodierungen fokussiert, die einen Mehrwert für die Behandlung von Personen mit seltenen Erkrankungen darstellen.

33. Chargendokumentationspflicht bei Arzneimitteln

Arzneimittelabrechnungsvereinbarung, § 300 Abs. 3 SGB V

Hintergrund

Im Abrechnungsdatensatz für E-Rezepte muss (nach Auslaufen einer erwirkten Ausnahmegenehmigung) ab dem 1. Juli 2025 bei ambulanter Behandlung an Krankenhäusern auch die Chargennummer des Arzneimittels von den Krankenhausapotheken bzw. krankhausversorgenden Apotheken dokumentiert werden.

Problemstellung:

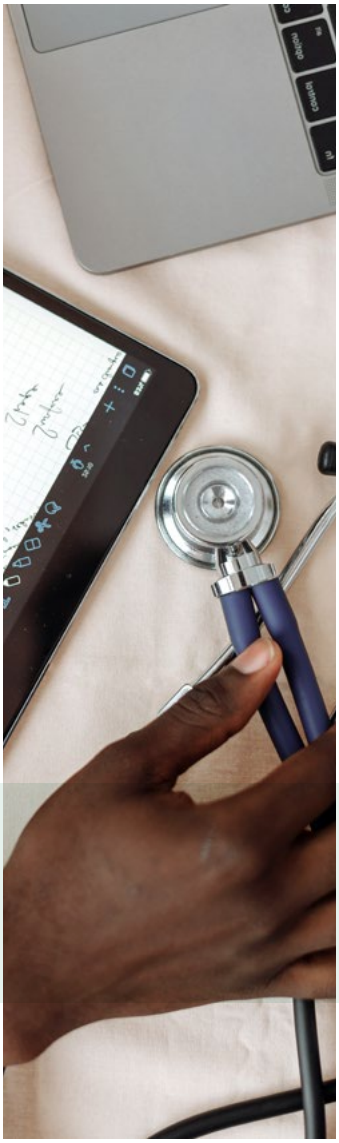
- Arbeitsprozesse in Krankenhäusern unterscheiden sich sehr von denen in öffentlichen Apotheken. Dabei stellt die Chargendokumentation bei patientenspezifischen Arzneimittelanforderungen mit namentlicher Nennung (beispielsweise patientenindividuelle Herstellungen von Zytostatika, parenterale Ernährung) nicht das Problem dar. Hier ist die Chargendokumentation durch die notwendige patientenindividuelle ärztliche Anforderung mit Nennung des Patientennamens sowie durch bereits oft schon IT-gestützt erfolgende patientenbezogene Arbeitsprozesse zu bewerkstelligen.

- Allerdings erfolgt ein maßgeblicher Anteil der Arzneimittelabgaben auch im ambulanten Krankenhausgeschehen nicht über den Weg direkt von Apotheken an die Patientin oder den Patienten, sondern an Untereinheiten der Krankenhäuser, die dann erst in der täglichen Versorgung Arzneimittel an Patientinnen oder Patienten abgeben. Hierzu gehören eine ganze Reihe von Medikamenten, wie Schmerzmittel, Antiemetika, Begleitmedikationen für Zytostatika und Infusionstherapien. Eine Chargennummer müsste hier ihren Weg vom Ort der Arzneimittelabgabe an die Patientin oder den Patienten und weiter zur Apotheke zur Dokumentation im Abrechnungsdatensatz des E-Rezepts erst finden. In dieser Situation stellt die Dokumentation einer patientenbezogenen Chargennummer die Krankenhäuser vor eine große Herausforderung und ist mit den derzeitigen Arbeitsabläufen weder sinnvoll vereinbar noch mit marktüblicher Software, die für den ambulanten Versorgungsbereich entwickelt wurde, leistbar.

- Eine technische Anpassung dieser Systeme für die speziellen Versorgungsbereiche der ambulanten Krankenhausversorgung würde für Softwarehersteller einen enormen Programmierungsaufwand und für Krankenhäuser unangemessen hohe Kosten darstellen. Und selbst bei einer technischen Lösung erscheint der Aufwand einer vollständigen Chargendokumentation für jede einzelne Arzneimittelabgabe im Vergleich zum möglichen Nutzen unangemessen hoch. Zöge man das Argument der Geltendmachung von Ersatzansprüchen nach § 131a SGB V heran, ist dies in der Vergangenheit auch ohne die Chargenbezeichnung möglich gewesen. Der enorm hohe Aufwand für die Umsetzung der Chargenbezeichnung im Falle der nichtpatientenspezifischen Arzneimittelabgaben kann daher also auch nicht mit dem Wunsch nach einer patienten- bzw. kassenindividuellen Zuordnung der Ersatzansprüche gerechtfertigt werden.

Lösungsvorschlag

- Da die hohen Kosten für die technische Umsetzung und der bürokratische Aufwand nicht gerechtfertigt sind, wird für Krankenhäuser eine dauerhafte Ausnahme von der Chargendokumentationspflicht in der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Abs. 3 SGB V verankert.



34. Digitale Verordnung von Krankenhausbehandlung

Krankenhauseinweisungs-Richtlinie (u. a.)

Hintergrund

Die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Muster 2) für vollstationäre Fälle sowie für Hybrid- und AOP- Leistungen ist nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 19. Juni 2018 (B 1 KR 26/17 R) keine Voraussetzung für Krankenhausbehandlung, wird von vielen Krankenkassen im Rahmen der Aufnahme aber regelmäßig eingefordert. Bei vorstationären Fällen nach § 115a SGB V ist die Verordnung obligatorisch, von einigen Krankenkassen wird die Abrechnung solcher Leistungen jedoch trotzdem häufig abgelehnt, was mit bürokratischem Organisationsaufwand verbunden ist und Unsicherheiten seitens der Leistungserbringerinstitutionen und der Patientinnen und Patienten verursachen kann.

Ungeachtet dieses uneinheitlichen Umgangs der Krankenkassen mit der Verordnung wird diese in der weit überwiegenden Zahl der Fälle in Papierform ausgestellt und von den Patientinnen und Patienten bei der Aufnahme vorgelegt. Da diese den Einweisungsschein jedoch häufig nicht zur Aufnahme mitbringen, können Prozessverzögerungen entstehen, die durch eine direkte Bereitstellung der Verordnung seitens der verordnenden Ärztin bzw. des verordnenden Arztes in digitaler Form (z. B. in der ePA) vermieden werden könnten.

Problemstellung:

- Die Verordnung wird von einigen Kassen trotz entgegenstehender Rechtsprechung bei vollstationärer Behandlung eingefordert.
- Ebenfalls uneinheitliches Vorgehen seitens der Kassen im Umgang mit der Verordnung bei vorstationären Leistungen.
- Mangelnde Verfügbarkeit der Verordnung aufgrund der Papierform.

Lösungsvorschläge

- Vereinheitlichung des kassenseitigen Umgangs mit der Verordnung: Klarstellung, dass sie bei vollstationären Fällen nicht benötigt wird, und Schaffung einer Möglichkeit, auch bei vorstationären Leistungen einen definitiven Titel auf Übernahme von Kosten ohne Vorbehalt seitens der Kassen durch das Krankenhaus und die Patientin bzw. den Patienten zu erwirken.
- Der Einweisungsschein sollte durch Zuweiser verbindlich elektronisch bereitgestellt werden. Die Bereitstellung könnte direkt über die ePa, über KIM oder ggf. über Patientenportale erfolgen. Alternativ ist die Einweisung auch als E-Verordnung ähnlich dem E-Rezept denkbar.

35. §301-Datenstandard mehrfach nutzen

§ 21 Abs. 2 Punkt 2 KHEntgG

Hintergrund

Zahlreiche Berichtspflichten, die gesondert extrahiert, bearbeitet und häufig sanktionsbewehrt an die Kassen gesendet werden müssen, sind im Kern bereits in den Datenübermittlungsverfahren zu Abrechnungszwecken (§ 301 Abs. 1 SGB V) an die Kassen zu übermitteln.

Das betrifft z. B. die Fall- und Abrechnungsdaten durch die Datenlieferungen nach § 21 KHEntgG.

Zudem können im aktuellen System Probleme in der elektronischen Übermittlung von Abrechnungsdaten nur auf Basis einzelner, oft anekdotischer Fehlermeldungen weder quantifiziert noch systematisch verfolgt werden.

Problemstellung:

- Vermeidbarer Zusatzaufwand durch die mehrfache Aufbereitung gleicher Daten für die Übermittlungsverpflichtung im Rahmen verschiedener, uneinheitlicher elektronischer Datenübermittlungsverfahren.

- Fehlermeldungen werden weder quantifiziert noch systematisch verfolgt.

Lösungsvorschläge

- Entwicklung von Positionen zu einer mittel- und langfristigen Datenstrategie, um Abrechnungsdaten mehrfach zu nutzen. Je nach Anwendungsfall ist dabei entweder eine Nutzung bestehender Übermittlungsdaten oder die Nutzung des Daten- und Übermittlungsverfahrens auch für eigene, dezidierte Nachrichten denkbar. Ziel ist es, neben der vollautomatischen Erfüllung von Berichtspflichten auf Basis vorhandener Daten, möglichst weitgehend wenige Systeme zu fokussieren, statt eine Unzahl unterschiedlicher Übermittlungsverfahren pflegen zu müssen. Insbesondere ist ein Großteil der Datenlieferungen nach § 21 Abs. 3b KHEntgG (Ausnahme: z. B. Beatmungen nach Fachabteilung) technisch aus den §301-Übermittlungsdateien auskoppelbar. Der Vorschlag kann hier nur skizziert werden und bedarf in seiner Detailtiefe einer gesonderten Ausarbeitung in einem gemeinschaftlichen Strategiepapier zu Berichtspflichten.

Die Nutzung von Routinedaten hat jedoch weitere wichtige Aspekte:

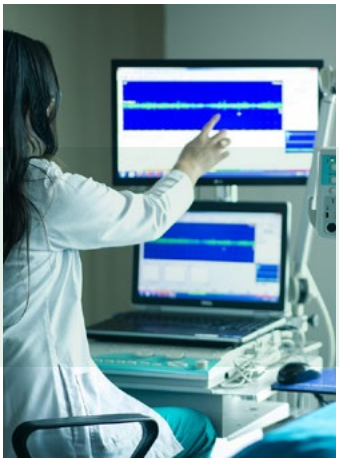
- Erstmals würde so durch die in den §301-Daten ebenfalls enthaltenen Prozessdaten missbräuchliches und vereinbarungswidriges Verhalten der Kassen (z. B. Verwendung von Abweisungen oder Verwendung von MBEG-Nachrichten [medizinische Begründung] für nicht dafür vereinbarte Zwecke) nicht nur auswertbar, sondern auch quantifizierbar.

- Auch eine frühzeitige Erkennung von Problemen bei Anpassungen und neuen Funktionen wäre durch dieses Vorgehen möglich (z. B. welche Kasse weist nach dem Einführungstermin neue Entgeltarten oder Aufnahmegründe vereinbarungswidrig ab?).

- Ebenso wäre die Aufnahmenachricht (bei Beibehaltung der Diagnosekodierung, vgl. auch Vorschlag 31) geeignet, ohne zusätzlichen Aufwand tagesaktuelle Kerndatensätze zu ermitteln, mit denen Inzidenzmeldungen zu Infektionsgeschehen ohne zusätzlichen Eingabeaufwand die Inzidenzmeldungen zu Infektionen ersetzen könnten.

- Perspektivisch wäre aus den § 301-Daten auch eine bundesweite Analyse des MD-Prüfverfahrens und eine Generierung der so intransparenten wie aufwendigen Prüfquotenstatistik möglich.

- Selbst Angaben zu Papierrechnungen könnten perspektivisch in diesem Datenstandard automatisiert generiert und über eine intern angelegte Pseudo-Datenannahmestelle ausgewertet werden, um Falldaten vollständig erheben zu können.



36. Datenbereitstellungspflichten für Normgeber

Analog Open-Data-Strategie der Bundesregierung, Analogie zum EuGH-Urteil C-588/21 P

Hintergrund

Während die Fristen für die Umsetzung von Normgebungen immer knapper werden, ist die Ablaufgestaltung von der Normgebung bis zur technischen Umsetzbarkeit mit Medienbrüchen, Intransparenzen und aufwendigen Abstimmungsprozessen belastet. Dies zeigt sich insbesondere bei allen Formen von Katalogdaten und Schlüsselverzeichnissen.

So werden z. B. Beschlüsse zu EBM-Ziffern vom Institut des Bewertungsauschusses in PDFs veröffentlicht, von der KBV händisch interpretiert, aufgearbeitet und die EBM-Ziffern in eine maschinenlesbare Form überführt. Dies bildet die Grundlage für die Abstimmung der Inhalte einer Schlüsselfortschreibung zwischen DKG und GKV-Spitzenverband, die nach Kommentierung vereinbart und nach einer weiteren technischen Umsetzungsphase in der Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V verwendet werden dürfen.

Problemstellung:

- Katalogdaten und Schlüsselverzeichnisse, die eine unmittelbare oder mittelbare Abrechnungsvoraussetzung bilden, werden von den verantwortlichen Normgebern nicht in geeigneter Form zur Verfügung gestellt.

Lösungsvorschläge

- Wären die Normgeber selbst zu einer für das § 301-Verfahren leistungsrechtlich verbindlichen Veröffentlichung der Ziffern in einer maschinenlesbaren Form verpflichtet, könnte dieser Prozess nicht nur verkürzt werden, sondern bei Problemen und Inkonsistenzen auch viel schneller eine Klärung herbeigeführt werden.

- Gleiches gilt für die Verfügbarkeit von Katalogdaten, die bisher gar nicht oder nicht in verarbeitbarer Form frei zugänglich zur Verfügung gestellt werden (z. B. auch ARGE-IK, Arztnummernverzeichnis, NUB-Listen).

- Erarbeitung gesetzlicher Vorgaben, nach denen die Kommunikation von Katalogdaten und Schlüsselverzeichnissen, die eine Abrechnungsvoraussetzung bilden, grundsätzlich in der Verantwortung der jeweiligen Normgeber liegt. Diese haben für die kostenfreie Verfügbarkeit leistungsrechtlich verbindlicher, geeignet versionierter und hinreichend maschinenlesbar strukturierter Daten Sorge zu tragen (vgl. auch Open-Data-Strategie der Bundesregierung und EuGH-Urteil C-588/21 P).

37. Krankenhauskapazitätssurveillance

Verordnung zur Krankenhauskapazitätssurveillance (KHKapSurV) i. V. m. § 13 Abs. 7 IfSG

Hintergrund

Gemäß KHKapSurV hat die DEMIS-Meldung täglich bis 11 Uhr mit Stand Vortag 12 Uhr an das Robert Koch- Institut zu erfolgen. Hierbei handelt es sich um eine Meldung über die Anzahl der durch die vollstationäre nicht intensivmedizinische somatische Versorgung belegten Betten, differenziert nach mit Erwachsenen und Kindern belegten Betten.

Die Meldung an das DIVI-Intensivregister muss täglich bis 12 Uhr erfolgen. Hierbei handelt es sich um die Meldung der belegten und der belegbaren Intensivbetten, jeweils differenziert nach Erwachsenen und Kindern und ICU low care, ICU high care und ECMO, die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Sars-CoV- 2 (weiter differenziert), die Anzahl der Kinder mit RSV-/ Influenzavirus-Infektion sowie die Schätzung der maximalen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten für Neuaufnahmen innerhalb von sieben Tagen.

Problemstellung:

- Die Meldungen müssen unter großem Aufwand des Krankenhauspersonals täglich erfolgen und binden Personal, das für andere Aufgaben dringend benötigt wird. Während der Pandemie war die Kenntnis der Bettenauslastung der Krankenhäuser sinnvoll und notwendig. Nach dem Ende der Pandemie ist nun eine ständige epidemiologische Überwachung der Krankenhauskapazitäten nicht mehr notwendig, insbesondere nicht an Wochenenden, an denen der Empfänger der Meldungen diese nicht auswertet und sichtet.

- Den Krankenhäusern drohen Sanktionen im Fall von nicht, nicht richtig, nicht vollständig, nicht in der vorgeschriebenen Weise oder nicht rechtzeitig übermittelten Meldungen.

- Teilweise bestehen zudem weitere Meldepflichten über landesrechtliche Register (z. B. IG NRW und IVENA).

Lösungsvorschläge

- Komplette Aussetzung der täglichen Meldepflichten im Rahmen der Krankenhauskapazitätssurveillance, bis erneut eine pandemische Lage o. Ä. eintritt.

- Alternativ sollte mindestens die Meldehäufigkeit zu Surveillancezwecken reduziert und zudem am Wochenende ausgesetzt werden (z. B. 3 x wöchentliche Meldungen an Mo., Mi., Fr.).

- Außerdem besteht teilweise eine doppelte Meldeverpflichtung auf Landesebene (IVENA) – hier sollten entsprechende Schnittstellen geschaffen und Doppelstrukturen abgebaut werden.

- Zudem sollten die Meldewege vereinfacht werden (insbesondere ins DIVI-Register).

- Der Zugang zum Portal muss einfacher einzurichten und am Bedarf der Meldeverpflichteten ausgerichtet sein. → Negativbeispiel DEMIS mit Zugang über Portallösung „KomfortClient“ (inzwischen abgekündigt und durch „gematik-Authenticator“ ersetzt) oder teure Schnittstelle.

- Zusätzlicher Software- und Personalaufwand muss in der Finanzierung langfristig endlich berücksichtigt werden, denn obwohl der Prozess digital betrieben wird, verursacht er weiterhin Kosten. Alternativ sollten automatisiert übermittelbare Routinedaten, aus bewährten Übermittlungsstandards der Abrechnung, zur Ermittlung von Inzidenzen und Fallzahlen herangezogen werden.

- Die Sanktionen sind zu streichen.

38. Meldepflichten nach Infektionsschutzgesetz

§ 6 und § 7 i. V. m. § 8 und § 9 IfSG

Hintergrund

§ 6 IfSG regelt die Arztmeldung: namentliche Meldung einer Erkrankung durch die feststellende Ärztin bzw. durch den feststellenden Arzt (in Krankenhäusern ist für die Einhaltung der Meldepflicht neben der feststellenden Ärztin bzw. dem feststellenden Arzt auch die leitende Ärztin bzw. der leitende Arzt, in Krankenhäusern mit mehreren selbstständigen Abteilungen die leitende Abteilungsärztin bzw. der leitende Abteilungsarzt, in Einrichtungen ohne leitende Ärztin bzw. leitenden Arzt die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt verantwortlich). Gemäß § 9 IfSG sind folgende Angaben zur betroffenen Person zu melden: Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten der Untersuchungsstelle, die mit der Erregerdiagnostik beauftragt ist, Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten des Meldenden.

§ 7 IfSG regelt die Labormeldung: namentliche Meldung von Krankheitserregern durch die Leiter von Medizinaluntersuchungsämtern und sonstigen privaten oder öffentlichen Untersuchungsstellen einschließlich Arztpraxen mit Infektionserregerdiagnostik und Krankenhauslaboratorien. Gemäß § 9 IfSG sind folgende Angaben erforderlich: Angaben zur betroffenen Person, Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten des Einsenders und Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten des Meldenden.

Problemstellung:

- Teilweise gleichlautende Meldungen müssen sowohl durch den behandelnden Krankenhausarzt oder die behandelnde Krankenhausärztin als auch durch das feststellende Labor erfolgen.

- Bußgeld, sofern eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig, nicht in der vorgeschriebenen Weise oder nicht rechtzeitig erfolgt.

Lösungsvorschläge

- Beschränkung der namentlichen Meldepflicht einer Infektionskrankheit auf die Meldung des Krankheitserregers durch das Labor und Abschaffung der namentlichen Meldepflicht durch die Ärztin bzw. den Arzt, da in der Regel das Labor im Rahmen der Untersuchung der Proben den Erreger feststellt. --> Nur eine Meldung pro Patientin oder Patient

- Alternativ: Solange keine pandemische Lage o. Ä besteht, besteht kein zwingender Bedarf für einen unnötig aufwendigen, hohen Detailierungsgrad fallbezogener Meldungen. Wichtig ist jedoch ein möglichst aktueller Datenstand, um bei Häufungen von Infektionen schnell reagieren zu können. Dies kann durch Nutzung bereits vorhandener Routinedatenströme (insbesondere Aufnahmediagnosen) aus der elektronischen Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken ohne

Eingabe-Mehraufwand zur nahezu tagesaktuellen Inzidenzmeldung in reduziertem Datenkranz umgesetzt werden. Ein mit der Softwareindustrie abgestimmtes Konzept der DKG aus der Pandemiephase hierzu liegt dem BMG zu Corona bereits vor und kann auf andere Infektionserreger erweitert werden. Durch geeignete technische Anpassungen können derartige automatisierte Nachrichtenübermittlungen für ausnahmslos alle stationären Fälle des Krankenhauses angewandt werden.

39. Patientenquittung

§ 305 Abs. 2 S. 5 SGB V

Hintergrund

Gemäß § 305 Abs. 2 S. 5 SGB V müssen Krankenhäuser allen gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten eine sog. Patientenquittung auf deren Verlangen entweder schriftlich oder elektronisch zur Verfügung stellen.

Problemstellung:

- Alle Krankenhäuser haben die Abfrage nach einer Patientenquittung in ihrem Aufnahmeprozedere verankert. Teilweise wird Patientinnen und Patienten ein Formular vorgelegt, ob sie die Patientenquittung wünschen oder nicht („Ja“/„Nein“-Abfrage).

Lösungsvorschlag

- Ersatzlose Streichung des § 305 Abs. 2 S. 5 SGB V, da die Patientenquittung bei Patientinnen und Patienten auf kein Interesse gestoßen ist, aber schon der potenzielle Anspruch der Patientin und des Patienten auf eine Patientenquittung Aufwand für die Krankenhäuser bedeutet.

40. Frage nach Hausärztin/Hausarzt bzw. Datenübermittlung an die Hausärztin bzw. den Hausarzt

§ 73 Abs. 1b SGB V

Hintergrund

Gemäß § 73 Abs. 1b SGB V muss jede gesetzlich versicherte Patientin bzw. jeder gesetzlich versicherte Patient nach seiner Hausärztin bzw. seinem Hausarzt gefragt werden. Zudem sind die die Versicherte bzw. den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der beim Hausarzt durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln, sofern die Patientin oder der Patient hierin einwilligt.

Problemstellung:

- Es verursacht enormen Aufwand und belastet das Aufnahmeprozedere zusätzlich, jede gesetzlich versicherte Patientin bzw. jeden gesetzlich versicherten Patienten nach ihrer/seiner Hausärztin bzw. ihrem/seinem Hausarzt zu fragen und die entsprechenden Daten zu übermitteln.

Lösungsvorschlag

- Ersatzlose Streichung des § 73 Abs. 1b SGB V, da viele Patientinnen und Patienten heutzutage keine langjährige oder feste Hausärztin oder einen Hausarzt mehr haben. Zudem verfügen sie über den Entlassbrief, den sie der Hausärztin oder dem Hausarzt oder der sonstigen Weiter- bzw. Nachbehandlerin/dem sonstigen Weiter- bzw. Nachbehandler ohnehin übergeben.

41. Implantateregister

§ 24 und § 25 Implantateregistergesetz (IRegG)

Hintergrund

Gemäß § 24 Abs. 1 Nr. 2 IRegG muss der Patientin oder dem Patienten eine schriftliche oder elektronische Kopie der personenbezogenen Daten, die die verantwortliche Gesundheitseinrichtung an die Vertrauensstelle und an die Registerstelle des Implantateregisters übermittelt hat, ausgehändigt werden. Derartige zusätzliche, unaufgefordert herauszugebende Informationen stehen im Widerspruch zu Art. 15 DS-GVO (Recht auf Auskunft). Nach der DS-GVO muss die datenverarbeitende Stelle nicht von sich aus aktiv werden, sondern es ist ausreichend, dass Patientinnen und Patienten die Unterlagen verlangen. Die Sinnhaftigkeit einer unaufgefordert herauszugebenden (und zudem „doppelten“) Information erschließt sich nicht. Ferner steht eine nicht erfragte Information im Widerspruch zu dem Grundsatz der Datenminimierung gemäß Art. 5 Abs. 1 c) DS-GVO.

Gemäß § 25 IRegG muss eine Information über implantatbezogene Maßnahmen an die gesetzliche Krankenkasse, das private Krankenversicherungsunternehmen oder den sonstigen Kostenträger über die Durchführung einer implantatbezogenen Maßnahme erfolgen.

Problemstellung:

- Die Krankenhäuser werden mehrfach verpflichtet, der Patientin bzw. dem Patienten Informationen über das Implantat auszuhändigen. Diese Redundanzen sind unnötig und sollten vor dem Hintergrund, dass die Patientin bzw. der Patient ohnehin umfassend über den Eingriff informiert wird, abgeschafft werden.

- Durch die „doppelte“ Information (Ausdruck und Übergabe bzw. Hinterherschicken von Unterlagen) bei allen Patientinnen und Patienten, die sich implantatbezogenen Maßnahmen unterziehen, entsteht vermeidbarer zusätzlicher Verwaltungsaufwand.

- Meldung nach § 25 IRegG betrifft Selbstzahler und BG-Fälle mit Versicherung im Inland: Es geht um die Übermittlung der Krankenversichertennummer (KVNR) an diese Versicherungen, damit diese später den Vitalstatus der Patientin bzw. des Patienten an das Register übermitteln können. Kostenträger der Unfallversicherung bekommen die KVNR nicht übermittelt.

- Die Situation wird aktuell dadurch erschwert, dass die KVNR für privat versicherte Patientinnen und Patienten freiwillig ist und noch nicht von allen Versicherungsträgern ausgerollt wurde.

Lösungsvorschläge

- Zu § 24 Abs. 1 Nr. 2 IRegG: Verzicht auf ein weiteres, zusätzliches Einzeldokument, das jeder Patientin bzw. jedem Patienten grundsätzlich und unaufgefordert nach einer implantatbezogenen Maßnahme ausgehändigt werden muss, weil die Information über das Medizinprodukt der Patientin bzw. dem Patienten bereits in

allgemeiner Form über die Aushändigung der Information nach Art. 14 der Verordnung (EU) 2016/679, die die Geschäftsstelle nach § 7 Abs. 4 erstellt hat, über den Implantatepass und ggf. über den Entlassbrief vorliegt. Zudem stehen derartige zusätzliche, unaufgefordert herauszugebende Informationen im Widerspruch zu Art. 15 DS-GVO (Recht auf Auskunft). Nach der DS-GVO muss die datenverarbeitende Stelle nicht von sich aus aktiv werden, sondern es ist ausreichend, dass Patientinnen und Patienten die Herausgabe von Unterlagen verlangen. Die Sinnhaftigkeit einer unaufgefordert herauszugebenden (und zudem „doppelten") Information der Patientin bzw. des Patienten durch das Krankenhaus erschließt sich nicht. Ferner steht eine nicht erbetene Information auch in Widerspruch zu dem Grundsatz der Datenminimierung gemäß Art. 5 Abs. 1c) DS-GVO.

- Zu § 25 IRegG: Schaffung eines elektronischen Verfahrens zur Umsetzung der Nachweispflicht, ggf. direkt durch den Selbstzahler oder Träger der gesetzlichen Unfallversicherung --> Finanzierung der Softwarekosten muss geregelt werden!

- Schaffung eines MIO „Implantateregistereintrag" für die elektronische Patientenakte (ePA), sodass die Patientin bzw. der Patient diese Daten stets verfügbar hat, und Streichung der o. g. Aushändigung redundanter Informationen.

42. Implantateregister-Betriebsverordnung

§ 22 der Verordnung zum Betrieb des Implantateregisters Deutschland (IRegBV)

Hintergrund

Sofern Patientinnen und Patienten Auskunft über ihre im IRD gespeicherten Daten verlangen, muss (irgend-)ein Krankenhaus, das an das IRD angeschlossen ist, sämtliche Daten der Patientin bzw. des Patienten, die über sie oder ihn im Register gespeichert und ggf. von anderen Krankenhäusern oder Krankenkassen gemeldet worden sind, der Patientin bzw. dem Patienten zur Verfügung stellen, obwohl der Patientin bzw. dem Patienten diese Informationen bereits vorliegen (s. o.: Implantatepass und § 24 IRegG).

Problemstellung:

- Enormer Aufwand für die von der Patientin bzw. dem Patienten angefragten Krankenhäuser, die erforderlichen Daten von einem anderen Krankenhaus einzuholen, obwohl der Patientin bzw. dem Patienten diese Daten bei der Implantation bereits ausgehändigt worden sind. Da die Übermittlungswege höchst komplex sind und Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bedürfen, verursacht diese Regelung Aufwand in bürokratischer, finanzieller und personeller Hinsicht.

Lösungsvorschläge

- Streichung von § 22 Abs. 1 und 2 IRegB, da Patientinnen und Patienten bereits über diese Informationen verfügen und es keiner Bestätigung bedarf, dass die Daten tatsächlich gespeichert werden wie angekündigt bzw. mitgeteilt. Den Patientinnen bzw. den Patienten ist zuzumuten, die erhaltenen Daten aufzubewahren.

- Falls dennoch eine erneute Auskunft der Patientin bzw. des Patienten über ihre bzw. seine Daten benötigt wird, soll sie bzw. er sich an das Krankenhaus wenden müssen, in dem auch der betreffende Eingriff durchgeführt worden ist. Hierfür sollte das Krankenhaus eine angemessene Gebühr erheben dürfen.

- Schaffung eines MIO „Implantateregistereintrag“ für die elektronische Patientenakte (ePA).

43. Datenbereitstellungspflichten für Krankenhäuser im Rahmen des Europäischen Gesundheitsdatenraums

Art. 41 EHDS-VO

Hintergrund

Gemäß Art. 41 der EHDS-Verordnung werden Krankenhäuser als „Gesundheitsdateninhaber“ verpflichtet, verschiedenste bei ihnen gehaltene Daten (Mindestkategorien definiert in Art. 33) für die Sekundärnutzung aufzubereiten und bei Vorliegen einer Datengenehmigung innerhalb von drei Monaten der Datenzugangs- und Koordinierungsstelle bereitzustellen. Zudem sollen Gesundheitsdateninhaber ohne Anforderung der Zugangsstelle eine allgemeine Beschreibung der Datensätze, über die sie verfügen, übermitteln und müssen diese mindestens einmal jährlich prüfen.

Problemstellung:

- Die Beschreibung der bei den Krankenhäusern gehaltenen Datensätze, deren jährliche Pflege sowie die Aufarbeitung von Gesundheitsdaten für die Sekundärnutzung werden voraussichtlich mit erheblichem bürokratischem Aufwand verbunden sein und für die Unterstützung der Patientenversorgung benötigte Kapazitäten binden.

Lösungsvorschlag

- Krankenhäuser sollten von den Pflichten als Gesundheitsdateninhaber ausgenommen werden oder die Datenbereitstellungspflichten sollten auf die Daten beschränkt werden, die über die ePA an das Forschungsdatenzentrum übermittelt werden.

44. ePA (elektronische Patientenakte) – Informationspflicht

§ 348 Abs. 4 S. 4, 5 SGB V

Hintergrund

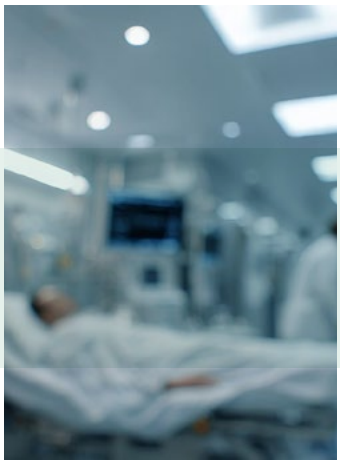
Gemäß § 348 Abs. 4 S. 4 SGB V (in der ab 15. Januar 2025 geltenden Fassung) haben die Krankenhäuser die versicherten Patientinnen und Patienten darüber zu informieren, dass ihre Daten nach § 341 Abs. 2 Nr. 1 bis 5, 10 bis 14 und 16 SGB V auf ihr Verlangen in die elektronische Patientenakte (ePA) übermittelt und gespeichert werden können, sofern diese Daten im Rahmen der Krankenhausbehandlung der Patientin bzw. des Patienten von den Krankenhäusern erhoben und elektronisch verarbeitet werden.

Problemstellung:

- Der im Zusammenhang mit der Neueinführung der ePA im Januar 2025 stehende Aufwand ist enorm. Die Krankenkassen informieren die Patientinnen und Patienten ohnehin in einer Tiefe, die kaum mehr erfassbar sein dürfte. Zusätzliche Informationspflichten, die flankierend zu den Krankenkassen auch noch die Krankenhäuser gegenüber sämtlichen Patientinnen und Patienten erfüllen müssen, gilt es zu vermeiden. Interessierte Patientinnen und Patienten, die Interesse an der Befüllung ihrer ePA mit weiteren Daten haben, werden von sich aus auf die Leistungserbringer zukommen.

Lösungsvorschlag

- Ersatzlose Streichung von § 348 Abs. 4 S. 4, 5 SGB V.



45. Recht auf Auskunft/Herausgabe einer Kopie der Patientenakte

Art. 15 Abs. 3 SS-GVO i. V. m. § 630g Abs. 2 S. 2 BGB

Hintergrund

Bislang bestanden das Recht auf Herausgabe einer Kopie der Patientenakte gemäß § 630g Abs. 2 BGB und das Recht der Patientin bzw. des Patienten auf Auskunft in den Regelungen der Bundesländer parallel nebeneinander. Während das Recht auf Auskunft (heute: Art. 15 DS-GVO) Gegenstände und Modalitäten der Datenverarbeitungsvorgänge/-prozesse als Umsetzung des informationellen Selbstbestimmungsrechts betrifft, stellt das Recht auf Einsichtnahme auf die medizinische Behandlung der Patientin bzw. des Patienten, mithin auf seine Erkenntnisse bzgl. seiner Gesundheit, ab. Insofern betreffen beide Rechte andere Rechtskreise und bestanden jahrzehntelang nebeneinander. Durch die Rechtsprechung des EuGH vom 26. Oktober 2023 (Rechtssache C-307/22), wonach die erste zur Verfügung gestellte Kopie kostenlos ist, wird der enorme Verwaltungsaufwand der Krankenhäuser nicht mehr finanziell abgesichert.

Problemstellung:

- Da eine Entbürokratisierung in diesem Punkt wahrscheinlich nicht zu erreichen ist, muss zumindest eine Aufwandsentschädigung des Krankenhauses für die ihm entstehenden Verwaltungsaufgaben (z. B. Prüfung therapeutischer Gründe oder sonstiger erheblicher Rechte Dritter, Heraussuchen sämtlicher Behandlungsdokumentationen usw.) eingeführt werden.

Lösungsvorschlag

- Art. 15 Abs. 3 DS-GVO wird durch eine Öffnungsklausel ergänzt, wonach Krankenhäuser für den ihnen entstehenden Verwaltungsaufwand einen finanziellen Ausgleich erhalten können.

46. Mitteilung des Pflegegrads

§ 301 Abs. 2a SGB V i. V. m. § 17c Abs. 5 S. 3, 4 KHG

Hintergrund

Gemäß § 301 Abs. 2a SGB V haben die Krankenkassen den Krankenhäusern einen bestehenden Pflegegrad einer bei ihnen versicherten Patientin bzw. eines bei ihnen versicherten Patienten aufgrund des § 15 SGB XI unverzüglich zu übermitteln, sobald das Krankenhaus anzeigt, dass es die Patientin bzw. den Patienten aufgenommen hat. § 17c Abs. 5 S. 4 KHG fordert hierfür zusätzlich eine Einwilligung der betreffenden privat versicherten Patientin bzw. des betreffenden privat versicherten Patienten.

Problemstellung:

- Alle privat versicherten Patientinnen und Patienten sind danach zu fragen, entsprechende Formulare für alle privat versicherten Patientinnen und Patienten sehen diese Abfrage vor.

Lösungsvorschlag

- Das in § 17c Abs. 5 S. 4 KHG geregelte Einwilligungserfordernis ist ersatzlos zu streichen. Diese Forderung begründet sich in der Tatsache, dass in § 301 Abs. 2a SGB V ohnehin eine ausreichende datenschutzrechtliche Befugnisnorm für die Übermittlung des Pflegegrads vorliegt. Die Übermittlung des Pflegegrads an eine zusätzliche Einwilligung zu knüpfen, obwohl das Krankenhaus Kenntnis von der PKV sowie sämtliche Daten hat und ferner die Kenntnis des Pflegegrads für die Abrechnung erforderlich ist, entbehrt jeglicher Grundlage.

47. Patienteninformation und Einwilligung in Entlassmanagement in Schriftform

§ 39 Abs. 1a S. 14, 15 SGB V

Hintergrund

Das Entlassmanagement darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information der versicherten Patientin bzw. des versicherten Patienten erfolgen. Dabei müssen sowohl die Information als auch die Einwilligung der versicherten Patientin bzw. des versicherten Patienten schriftlich oder elektronisch erfolgen.

Problemstellung:

- Für jede gesetzlich versicherte Patientin bzw. jeden gesetzlich versicherten Patienten müssen jeweils zwei Formulare, einmal zur Information der Patientin bzw. des Patienten und einmal zur Abgabe der Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten, ausgedruckt, der versicherten Patientin bzw. dem versicherten Patienten übergeben, anschließend von ihr bzw. ihm unterzeichnet zurückerhalten und sodann im System gespeichert werden.

Lösungsvorschlag

- Ersatzlose Streichung von § 39 Abs. 1a S. 15 SGB V sowie der Schriftform sowohl der vorhergehenden Information als auch der Einwilligung. Nach der DS-GVO genügt eine „ausdrückliche“ Einwilligung den datenschutzrechtlichen Anforderungen, deshalb stellt die verlangte Schriftform eine überobligatorische Forderung dar. Zudem ist die Forderung nach Einhaltung der Schriftform nicht nachzuvollziehen, wenn man berücksichtigt, dass die Datenübermittlung an die Hausärztin oder den Hausarzt oder an die PKV auf der Grundlage ausdrücklicher Einwilligungen und eben nicht in Schriftform erfolgt, da diese hier abgeschafft wurde. Diese vergleichbaren Sachverhaltskonstellationen sollten auch vergleichbar behandelt werden.

48. Elektronische Übermittlung eines Antrags auf Anschlussrehabilitation, Einwilligung der Versicherten

§ 301 Abs. 3 SGB V

Hintergrund

Aus § 301 Abs. 3 SGB V lässt sich eine Pflicht zur Einholung einer separaten Einwilligung der gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten in die elektronische Übertragung der Daten aus dem Antrag auf Anschlussrehabilitation einschließlich der Daten aus dem ärztlichen Befundbericht durch das Krankenhaus an die jeweilige Krankenkasse ableiten. Die gesetzlich versicherte Patientin bzw. der gesetzlich versicherte Patient willigt jedoch bereits im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a SGB V u. a. in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Krankenkasse und die damit verbundene Verarbeitung ihrer bzw. seiner auch personenbezogenen Daten ein. Im Rahmen der Einwilligung nach § 39 Abs. 1a SGB V darf die Krankenkasse die vom Krankenhaus übermittelten erforderlichen Daten ausschließlich zum Zwecke der Unterstützung des Entlassmanagements verarbeiten, z. B. zur gemeinsamen Organisation einer Anschlussversorgung.

Problemstellung:

- Bei allen gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten, für die ein Antrag auf Anschlussrehabilitation im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a SGB V gestellt wird bzw. die einen Antrag stellen, führt die Einholung einer zusätzlichen Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung durch das Krankenhaus an die Krankenkasse, über die Einwilligung im Rahmen des Entlassmanagements hinaus, zu zusätzlichem vermeidbarem Aufwand.

Lösungsvorschlag

- In § 301 Abs. 3 SGB V sind die Worte „auf Wunsch und mit Einwilligung der Versicherten“ durch die Worte „im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a SGB V“ zu ersetzen.

49. Transplantationsregister: Einwilligungsvorbehalt

§ 15e Abs. 6 TPG

Hintergrund

Zum jetzigen Zeitpunkt befindet sich das Transplantationsregister noch im weiteren Aufbau und eine direkte Datenlieferung der Tx-Zentren an das Register besteht nicht. Das Tx-Register erhält über die Tx-Vertrauensstelle, die die Daten pseudonymisiert, die Daten von der Koordinierungsstelle (DSO), der Vermittlungsstelle (ET) und dem IQTIG. Die Koordinierungsstelle leitet die Daten, die im Rahmen des Organspendeprozesses erhoben werden, an das Tx-Register weiter, die Vermittlungsstelle die Daten, die zum Vermittlungsprozess und zur Wartelistenführung benötigt werden. Das IQTIG erhält spezifische Daten zur Qualitätssicherung und leitet sie an die Tx-Vertrauensstelle und das Tx-Register weiter. Hierfür ist jedoch von den Transplantationszentren zu prüfen, ob eine Einwilligung des Betroffenen vorliegt, und dies an die jeweilige Institution zu übermitteln, erst anschließend kann eine Weiterleitung der Daten erfolgen. Dies führt oft zu widersprüchlichen Angaben und ggf. auch zu widersprüchlichen Datensätzen. Es wäre sinnvoll, wie dies bereits bei der Erhebung der sog. Altdaten bis 2016 gehandhabt wurde, hier auf den Einwilligungsvorbehalt zu verzichten.

Problemstellung:

- Mehrfaches Erheben, Überprüfen und Melden des Einwilligungsvorbehalts.
- Uneinheitliche Datenmeldungen.
- Schlechte Datenqualität im Register.

Lösungsvorschlag

- Gesetzliche Neuregelung des § 15e Abs. 6 TPG mit Verzicht auf den Einwilligungsvorbehalt.

Sonstige Entlastungspotenziale

50. Strukturstatistik im Handels- und Dienstleistungsbereich

EU-Verordnung zur europäischen Unternehmensstatistik – umgesetzt im Handels- und Dienstleistungsstatistik-gesetz (HdlDlStatG)

Hintergrund

Im Rahmen der Strukturstatistik im Handels- und Dienstleistungsbereich werden die Jahresumsätze nach ausgeübten wirtschaftlichen Tätigkeiten, Investitionen, Warenbezüge, Warenbestände, Anzahl der Beschäftigten, Bruttoentgelte, Sozialabgaben und Subventionen erhoben. Die Ergebnisse dienen der Darstellung der Struktur, der Entwicklung in Handel, Gastgewerbe und im Dienstleistungsbereich, der Ermittlung ihrer wirtschaftlichen Bedeutung sowie der Erfüllung von Lieferverpflichtungen der Bundesrepublik Deutschland gegenüber der Europäischen Union.

Problemstellung:

- Die für den Krankenhausbereich relevanten Daten werden bereits in der Krankenhausstatistik (Grunddaten der Krankenhäuser sowie Kostennachweis der Krankenhäuser) erhoben.

- § 3 Abs. 2 Ziffer 2j) sieht für den Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens eine Ausnahme für die Gruppe 86.2 (Arzt- und Zahnarztpraxen) und die Gruppe 86.90.1 (Praxen von psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten) vor. Für die Gruppe 86.1 (Krankenhäuser mit der Untergliederung 86.10.1 Krankenhäuser [ohne Hochschulkliniken, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken], 86.10.2 Hochschulkliniken und 86.10.3 Vorsorge- und Rehabilitationskliniken) ist jedoch keine Ausnahme ins Gesetz aufgenommen worden.

Lösungsvorschlag

- Die Krankenhäuser sollten – wie die niedergelassenen Praxen – aus dem Geltungsbereich des Handels- und Dienstleistungsstatistikgesetzes (HdlDlStatG) ausgenommen werden.

51. Lieferkettensorgfaltspflichtengesetz

§ 4 bis § 10 LkSG

Hintergrund

Ziel des Lieferkettensorgfaltspflichtengesetzes (LkSG) ist die Sicherstellung der Einhaltung von Menschenrechten und umweltbezogenen Pflichten in globalen Lieferketten. Dazu sollen in Deutschland ansässige Unternehmen ab einer bestimmten Größe (für Krankenhäuser: ab 1.000 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern) verpflichtet werden, ihrer Verantwortung in der Lieferkette durch die Implementierung von Sorgfaltspflichten besser nachzukommen.

Das LkSG sieht folgende Pflichten vor:

- Einrichtung eines Risikomanagements (§ 4 Abs. 1 LkSG)
- Festlegung einer betriebsinternen Zuständigkeit, z. B. Benennung eines Menschenrechtsbeauftragten (§ 4 Abs. 3 LkSG)
- Durchführung jährlicher und anlassbezogener Risikoanalysen (§ 5 LkSG)
- Abgabe einer Grundsatzerklärung zur Menschenrechtsstrategie (§ 6 Abs. 2 LkSG)
- Verankerung von Präventionsmaßnahmen im eigenen Geschäftsbereich (§ 6 Abs. 1 und 3 LkSG) und gegenüber unmittelbaren Zulieferern (§ 6 Abs. 4 LkSG)
- Ergreifen von Abhilfemaßnahmen (§ 7 Abs. 1 bis 3)
- Einrichtung eines Beschwerdeverfahrens (§ 8 LkSG)
- Umsetzung von Sorgfaltspflichten in Bezug auf Risiken bei mittelbaren Zulieferern (§ 9 LkSG)
- Dokumentation der nach LkSG getroffenen Maßnahmen und Aufbewahrung dieser Dokumentation (§ 10 Abs. 1 LkSG)

Problemstellung:

- Die Erfüllung sämtlicher im LkSG vorgesehenen Pflichten ist mit einem erheblichen Aufwand verbunden. Krankenhäuser müssen diese Pflichten erfüllen, obwohl sie aufgrund von teilweise vollständig ins Ausland verlagerten Produktionsstätten kaum bis gar keine Möglichkeiten haben, den jeweiligen Einkaufsprozess umzustrukturieren, und dies vielfach Produkte betrifft, die für eine adäquate Patientenversorgung erforderlich und für die Krankenhäuser daher unverzichtbar sind. Krankenhäuser stehen bei der Umsetzung des LkSG vor der schwierigen Frage, welche konkreten Maßnahmen sie ergreifen müssen, sollte sich bei der Nachverfolgung der Lieferkette herausstellen, dass die im LkSG statuierten Pflichten nicht eingehalten werden, es aber gleichzeitig keine Möglichkeit gibt, versorgungsrelevante Produkte anderweitig zu beziehen.

Lösungsvorschlag

- Schaffung einer Bereichsausnahme für die Krankenhäuser von den Pflichten des LkSG, da sie im Bereich der Daseinsvorsorge tätig sind.

52. Dokumentationspflicht für Import-Arzneimittel für Krankenhäuser bei Lieferengpass

§ 18 Abs. 1 S. 1 ApBetrO

Hintergrund

Nach § 73 Abs. 3 S. 1, 2. Halbsatz AMG dürfen Fertigarzneimittel, die nicht zum Verkehr in Deutschland zugelassen, registriert oder von der Zulassung oder Registrierung freigestellt sind, nach Deutschland verbracht werden, wenn sie in angemessenem Umfang für die Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Versorgung der Patientinnen und Patienten des Krankenhauses notwendig sind, zum Zwecke der vorübergehenden Bevorratung einer Krankenhausapotheke oder krankenhausversorgenden Apotheke unter den Voraussetzungen der Nr. 2 (in dem Staat rechtmäßig in Verkehr gebracht, aus dem sie in den Geltungsbereich dieses Gesetzes verbracht werden) bestellt und von dieser Krankenhausapotheke oder krankenhausversorgenden Apotheke unter den Voraussetzungen der Nr. 3 (hinsichtlich des Wirkstoffs identische und hinsichtlich der Wirkstärke vergleichbare Arzneimittel für das betreffende Anwendungsgebiet stehen im Geltungsbereich dieses Gesetzes nicht zur Verfügung) im Rahmen der bestehenden Apothekenbetriebserlaubnis zum Zwecke der Verabreichung an eine Patientin oder einen Patienten des Krankenhauses unter der unmittelbaren persönlichen Verantwortung einer ärztlichen Person abgegeben werden oder sie nach den apothekenrechtlichen Vorschriften oder berufsgenossenschaftlichen Vorgaben oder im Geschäftsbereich des Bundesministeriums der Verteidigung für Notfälle vorrätig zu halten sind oder kurzfristig beschafft werden müssen, wenn im Geltungsbereich dieses Gesetzes Arzneimittel für das betreffende Anwendungsgebiet nicht zur Verfügung stehen.

Nach dieser Regelung darf somit eine vorübergehende Bevorratung in Krankenhausapotheken und kranken- hausversorgenden Apotheken mit Fertigarzneimitteln, die nicht zum Verkehr in Deutschland zugelassen, registriert oder von der Zulassung oder Registrierung freigestellt sind, nur unter diesen Voraussetzungen erfolgen. Ferner führt § 73 Abs. 3 S. 2 AMG aus, dass nicht nur der Einzelimport, sondern auch die in § 73 Abs. 3 S. 1 AMG beschriebene Abgabe der betreffenden Arzneimittel der ärztlichen oder zahnärztlichen Verschreibung bedürfen. Näheres regelt die Apothekenbetriebsordnung.

Problemstellung:

- Auf die Einfuhr von Fertigarzneimitteln nach § 73 Abs. 3 AMG findet § 18 ApBetrO Anwendung. Unter den in § 18 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 bis 8 ApBetrO aufgeführten Angaben werden umfassende Dokumentationsanforderungen formuliert, wie beispielsweise die Angabe von Namen und Anschrift der Person, für die das Arzneimittel bestimmt ist.

- Die vorübergehende Bevorratung aufgrund von Lieferengpässen und die sukzessiv erfolgende spätere Abgabe an Patientinnen und Patienten des Krankenhauses stellt einen von einem Einzelimport abweichenden Sachverhalt dar, dem auch im Rahmen der Dokumentation nach § 18 Abs. 1 ApBetrO Rechnung zu tragen ist.

- Vor dem Hintergrund des ohnehin erheblichen Ressourcenaufwands, der für die Krankenhausapotheken und krankenhausversorgenden Apotheken aus dem Management von Lieferengpässen hervorgeht, entsteht hier ein weiterer hoher Arbeitsaufwand, der deutlich verschlankt werden muss.

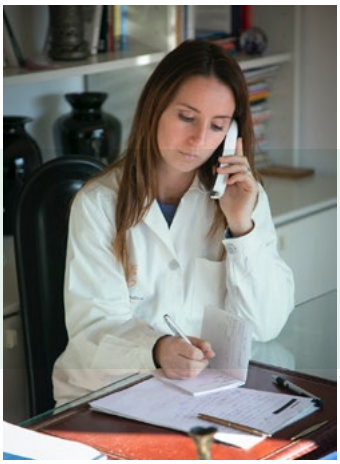
Lösungsvorschläge

- Bei einem Import zur vorübergehenden Bevorratung sollte von der umfassenden Dokumentationspflicht abgesehen werden.

- Da die hier erfassten Inhalte auch der Sicherheit im Rahmen eines potenziellen Arzneimittelrückrufs dienen können, schlagen die Krankenhäuser eine Minimaldokumentation vor, die die notwendige Rückverfolgbarkeit in einem solchen Fall gewährleistet. Es reicht dabei aus, die Fallnummer zu erfassen.

- Umsetzung durch Einfügung eines neuen Satzes hinter § 18 Abs. 1 S. 1 ApBetrO: „Im Falle der Verbringung von Fertigarzneimitteln nach § 73 Abs. 3, 2. Halbsatz des Arzneimittelgesetzes in den Geltungsbereich dieser Verordnung entfallen die Angaben nach Abs. 1 S. 1. Eine Aufzeichnung der Fallnummer des Patienten hat zu erfolgen."

- Bei einem Arzneimittelrückruf wären alle in § 18 Abs. 1 ApBetrO erfassten Dokumentationsanforderungen aus der ohnehin vorhandenen Dokumentation der Patientenversorgung und Krankenhausapotheke in Verbindung mit der Fallnummer der Patientin bzw. des Patienten rückverfolgbar. Der Aufwand einer solchen Erfassung (aus der Bestell-/ Warenannahmedokumentation und Patientenakte) im Rahmen eines potenziellen Rückrufs würde für Krankenhäuser deutlich geringer sein als die aktuelle Dokumentationspflicht, da ein solches Ereignis mit einer geringen Wahrscheinlichkeit auftritt.



53. Anerkennung internationaler Talente aus Drittstaaten

Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen (bestehend aus: Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz [BQFG] sowie Änderungen in den berufsrechtlichen Fachgesetzen [Art. 2 bis 61 ebd.], landeseigene Berufsqualifikationsfeststellungsgesetze [BQFG])

Hintergrund

In vielen Fällen führen bürokratische Hürden und langwierige Anerkennungsverfahren dazu, dass qualifizierte Fachkräfte aus dem Ausland nicht schnell genug in den deutschen Arbeitsmarkt integriert werden können. Insbesondere im Gesundheitswesen, wo der Bedarf an qualifiziertem Personal hoch ist, sind diese Engpässe spürbar. Daher ist es von großer Bedeutung, dass die Anerkennungsverfahren für Berufsqualifikationen aus Drittstaaten vereinfacht und beschleunigt werden, um die Integration dieser Fachkräfte zu erleichtern und dem steigenden Bedarf an Arbeitskräften im Krankenhaus gerecht zu werden.

Problemstellung:

- Komplexer Anerkennungsprozess:

  » Der Anerkennungsprozess ist komplex und erfordert eine Prüfung der Gleichwertigkeit der ausländischen Berufsqualifikation und des deutschen ReferenzberufS. Schon die Feststellung, welcher deutsche Referenzberuf zugrunde zu legen ist, ist oft schwierig und kann sich als langwierig erweisen.

  » Die Gleichwertigkeitsprüfung dauert derzeit drei bis vier Monate (oder länger), während für die oft notwendige Anpassungsqualifizierung häufig mindestens ein halbes Jahr, meist aber wesentlich längere Zeiträume eingeplant werden müssen.

- Finanzielle Hürden für die Bewerberinnen und Bewerber:

  » Der Anerkennungsprozess ist kostenpflichtig, was für viele Betroffene eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung darstellt.

- Sprachliche Barrieren:

  » Die Verwaltungssprache, die in offiziellen Dokumenten, Briefen und Mitteilungen von Behörden verwendet wird, kann zu sprachlichen Verständnisproblemen führen und stellt ein weiteres Hindernis dar, das den Prozess für die Antragstellenden erschwert.

- Mangelnde Erreichbarkeit und Beratung:

  » Die nicht immer gute Erreichbarkeit der Beratungsstellen und zuständigen Stellen sowie Informationsdefizite erschweren den Zugang zur Unterstützung bei der Anerkennung von Berufsqualifikationen.

- (Häufig) papierbasierte Verfahren:

  » Die Antragstellenden sind häufig gezwungen, Diplome, Antragsformulare o. Ä. in Papierform vorzuhalten und zu bearbeiten. Die Übermittlung der Dokumente ist durch den Postweg verzögert.

- Belastungen der Krankenhäuser als künftige Arbeitgeber:

  » Bürokratische Pflichten und Kosten durch den komplexen Anerkennungsprozess (z. B. Erklärung zum Beschäftigungsverhältnis zur Vorlage bei der zuständigen Auslandsvertretung).

  » Zusatzangebote der Krankenhäuser (z. B. Unterstützung der Bewerberinnen und Bewerber bei der Wohnungssuche) müssen aus krankenhauseigenen Mitteln finanziert werden.

Lösungsvorschläge

- Vereinfachung des Anerkennungsprozesses:

  » Eine Vereinfachung, bundesweite Vereinheitlichung und Beschleunigung des Anerkennungsverfahrens reduziert die Hürden für Betroffene (föderalistische „Reibungsverluste“ sind durch die Einrichtung einer bundesweiten, zentralen Anerkennungsstruktur zu minimieren).

  » „Verschlankung“ der Prüfung durch generelle Anerkennung häufig vorkommender Berufsbilder bei Vergleichbarkeit der Ausbildungsinhalte.

- Finanzielle Unterstützung der Bewerberinnen und Bewerber:

  » Die Bereitstellung finanzieller Unterstützung für den Anerkennungsprozess könnte die finanzielle Belastung für die Bewerberinnen und Bewerber mindern. Bereits etablierte Unterstützungsangebote der Bundesagentur für Arbeit und weiterer zuständiger Stellen sind daher auszuweiten.

  » Anerkennungsverfahren (in den sog. Mangelberufen) sind kostenfrei anzubieten.

- Sprachliche Unterstützung:

  » Die Bereitstellung der Antragsformulare auf Englisch (und optional in anderen Fremdsprachen) sichert das Verständnis aufseiten der Antragstellenden und kann zeitlichen Reibungsverlusten durch Missverständnisse und Fehler vorbeugen.

  » Zudem sollte das sog. Amtsdeutsch auf Verständlichkeit für Nichtmuttersprachler hin geprüft und angepasst werden.

- Erreichbarkeit der Beratungsstellen/zuständigen Stellen verbessern:

  » Die Antragstellenden sehen sich häufig zeitlich eng gefassten telefonischen Erreichbarkeiten gegenüber. Das Personal in den Beratungsstellen/zuständigen Stellen muss aufgestockt und ein Netzwerk etabliert werden, welches Anrufe auch bundesweit verteilbar macht (zentrales Callcenter o. Ä).

  » Das Personal in den zuständigen Behörden muss aufgestockt werden, um der Anzahl der Anträge in dem vorgegebenen Zeitrahmen gerecht werden zu können.

- Anerkennungsverfahren digitalisieren:

  » Digitalisierung bei der Anerkennung von Berufsqualifikationen aus Drittstaaten vereinfacht und beschleunigt den ProzesS. Anträge sollten online eingereicht werden können, ggf. bereits im Heimatland der Bewerberin bzw. des BewerberS. Dies wiederum erleichtert den Zugang zu den Anerkennungsverfahren und ermöglicht eine effizientere

Dokumentenanalyse und -prüfung, was wiederum zu einer beschleunigten Bearbeitung der Anträge führt und den gesamten Anerkennungsprozess effektiver gestaltet.

- Entlastung der Krankenhäuser als künftige Arbeitgeber:

  » Die Anerkennungsverfahren müssen vereinfacht und die damit verbundenen Kosten angemessen refinanziert werden.

  » Es müssen bessere Unterstützungsangebote der Bewerberinnen und Bewerber, z. B. bei der Wohnungssuche, etabliert und von der öffentlichen Hand finanziert werden. Krankenhäuser, die diese zusätzlichen Aufgaben aktuell oft freiwillig übernehmen, müssen angemessen für diesen zusätzlichen Aufwand entlohnt werden.

54. Energieaudit

Gesetz zur Steigerung der Energieeffizienz in Deutschland (Energieeffizienzgesetz – EnEfG) i. V. m. Gesetz über Energiedienstleistungen und andere Energieeffizienzmaßnahmen (EDL-G)

Hintergrund

Gemäß § 8 Abs. 1 und 2 EDL-G sind Unternehmen verpflichtet, ein Energieaudit durchzuführen. Gemäß Abs. 3 sind Unternehmen von dieser Pflicht befreit, wenn sie ein Umweltmanagementsystem bzw. Energiemanagementsystem eingerichtet haben oder mit dessen Einrichtung begonnen haben.

Eine vergleichbare Regelung findet sich in § 8 Abs. 2 EnEfG, wonach Unternehmen bis zum Nachweis der Einrichtung eines Energie- oder Umweltmanagementsystems von der Verpflichtung zur Durchführung von Energieaudits nach § 8 Abs. 1 EDL-G befreit sind, längstens jedoch bis zum Ablauf der in S. 1 oder 2 genannten Fristen (20 Monate).

Problemstellung:

- Gemäß EnEfG wird die Pflicht zur Durchführung eines Energieaudits nur für einen befristeten Zeitraum (20 Monate) ausgesetzt, wenn während dieser Zeit ein Umweltmanagementsystem (UMS) oder ein Energiemanagementsystem (EMS) eingerichtet wird. Wenn die Errichtung des UMS/EMS während dieser 20 Monate nicht vollendet sein sollte, muss zusätzlich ein Energieaudit durchgeführt werden.

Lösungsvorschlag

- Streichung der 20-monatigen Befristung, während der die betroffenen Unternehmen von der Pflicht zum Energieaudit befreit sind, weil sie ein UMS/EMS einrichten.

55. Untersuchung auf Legionellen im Trinkwasser

§ 51 Trinkwasserverordnung (TrinkwV)

Hintergrund

Krankenhäuser sind verpflichtet, das Trinkwasser regelmäßig auf Legionellen zu untersuchen. Wird gemäß § 51 TrinkwV der festgelegte technische Maßnahmenwert erreicht, hat das Krankenhaus Maßnahmen zu ergreifen (bis hin zu baulichen Maßnahmen).

Die im Krankenhaus auftretenden Infektionen sind fast immer durch Legionella pneumophila Serotyp 1 bedingt (in 99 % der Fälle laut RKI-Jahrbuch für 2020, Seite 135–137). Andere Legionellenspezies bereiten demgegenüber nur selten Probleme für die Gesundheit der Patientinnen und Patienten, wie z. B. Legionella anisa.

Insofern sollten aufwendige, zum Teil auch bauliche Sanierungsmaßnahmen erst dann gefordert werden, wenn auch tatsächlich eine Gesundheitsgefährdung der Patientinnen und Patienten durch die vorliegende Legionellenspezies zu befürchten ist, d. h. erst dann, wenn auch tatsächlich der gesundheitsgefährdende Serotyp 1 nachgewiesen worden ist.

Eine ähnliche Forderung sieht auch § 9 der 42. BImSchV für Kühltürme vor.

Problemstellung:

- Allein aufgrund des Nachweises von Legionellen werden zum Teil umfangreiche bauliche Maßnahmen gefordert, unabhängig davon, ob es sich um die für die meisten Legionellen-Erkrankungen verantwortliche Legionella pneumophila Serotyp 1 handelt oder eine andere Legionellenspezies (z. B. Legionella anisa).

- In der Konsequenz werden häufig aufwendige Maßnahmen gefordert, die jedoch – ausgehend vom Ausmaß der Gesundheitsgefährdung – nicht notwendig wären.

Lösungsvorschlag

- Änderung des § 51 Abs. 1 TrinkwV dahin gehend, dass die einzuleitenden Maßnahmen nur dann erforderlich werden, wenn Legionella pneumophila Serotyp 1 nachgewiesen wurde.

Stand: November 2025

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Wegelystraße 3
10623 Berlin

Telefon 0 30 3 98 01-0
E-Mail dkgmail@dkgev.de

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT