

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT



Deregulierung und Kostensenkung jetzt!

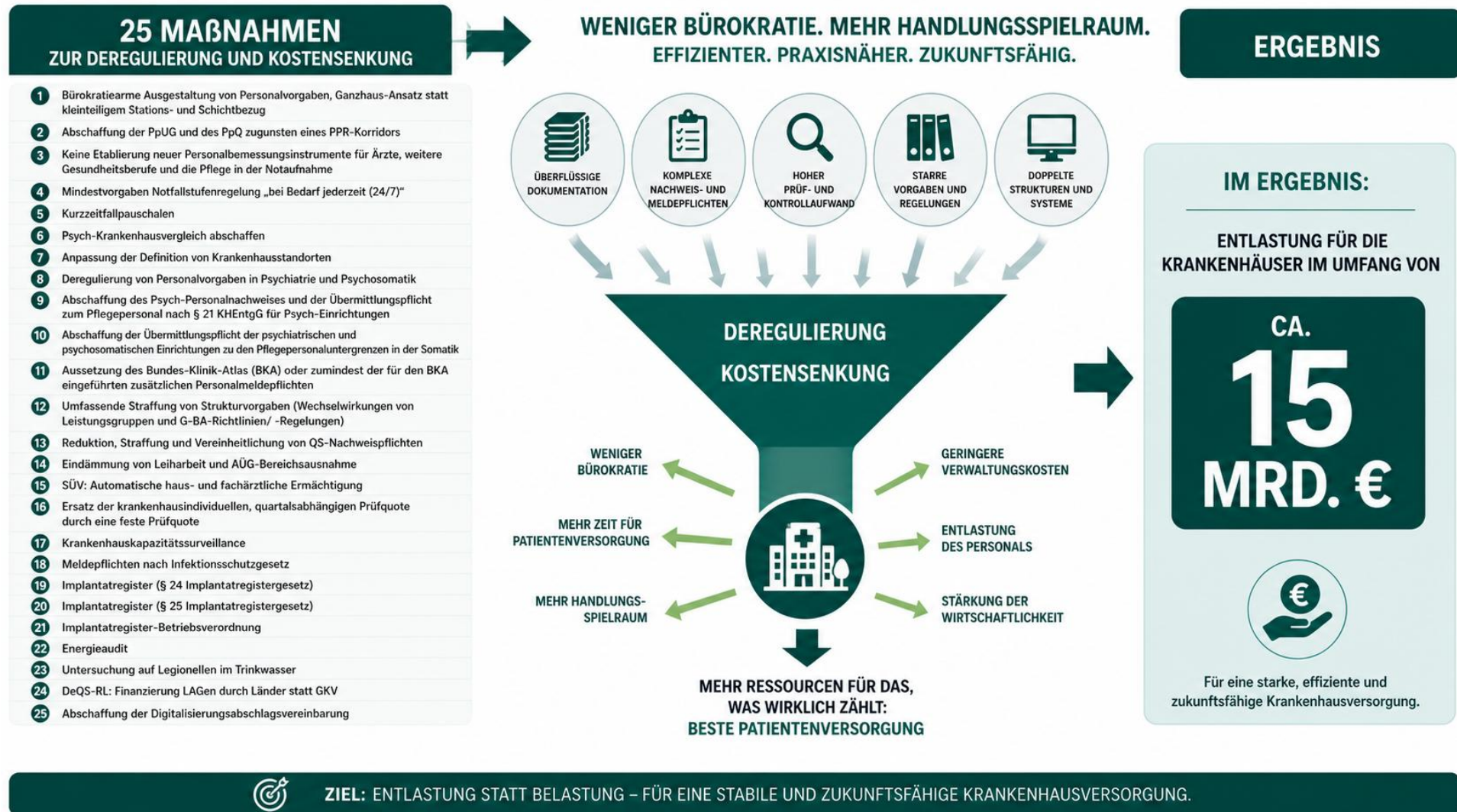
*25 Forderungen der Krankenhäuser
zur sofortigen Umsetzung*

(Stand: 08.05.2026)

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung der vorgeschlagenen Maßnahmen	1
Vorbemerkung.....	2
1) Bürokratiearme Ausgestaltung von Personalvorgaben, Ganzhaus-Ansatz statt kleinteiligem Stations- und Schichtbezug.....	3
2) Abschaffung der PpUG und des PpQ zugunsten eines PPR-Korridors	4
3) Keine Etablierung neuer Personalbemessungsinstrumente für Ärzte, weitere Gesundheitsberufe und die Pflege in der Notaufnahme.....	5
4) Mindestvorgaben Notfallstufenregelung „bei Bedarf jederzeit (24/7)“	7
5) Kurzzeitfallpauschalen.....	12
6) Psych-Krankenhausvergleich abschaffen	19
7) Anpassung der Definition von Krankenhausstandorten	19
8) Deregulierung von Personalvorgaben in Psychiatrie und Psychosomatik	20
9) Abschaffung des Psych-Personalnachweises und der Übermittlungspflicht zum Pflegepersonal nach § 21 KHEntgG für Psych-Einrichtungen	21
10) Abschaffung der Übermittlungspflicht der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zu den Pflegepersonaluntergrenzen in der Somatik	22
11) Aussetzung des Bundes-Klinik-Atlas (BKA) oder zumindest der für den BKA eingeführten zusätzlichen Personalmeldepflichten	23
12) Umfassende Straffung von Strukturvorgaben (Wechselwirkungen von Leistungsgruppen und G-BA-Richtlinien/ -Regelungen)	24
13) Reduktion, Straffung und Vereinheitlichung von QS-Nachweispflichten	25
14) Eindämmung von Leiharbeit und AÜG-Bereichsausnahme	26
15) SÜV: Automatische haus- und fachärztliche Ermächtigung.....	28
16) Ersatz der krankenhausesindividuellen, quartalsabhängigen Prüfquote durch eine feste Prüfquote	29
17) Krankenhauskapazitätssurveillance	31
18) Meldepflichten nach Infektionsschutzgesetz.....	33
19) Implantateregister (§ 24 Implantateregistergesetz)	34
20) Implantateregister (§ 25 Implantateregistergesetz)	35
21) Implantateregister-Betriebsverordnung	36
22) Energieaudit	36
23) Untersuchung auf Legionellen im Trinkwasser	37
24) DeQS-RL: Finanzierung LAGen durch Länder statt GKV	38
25) Abschaffung der Digitalisierungsabschlagsvereinbarung	39

Zusammenfassung der vorgeschlagenen Maßnahmen



Vorbemerkung

Am 29. April 2026 hat die Bundesregierung ihren Gesetzentwurf zur GKV-Beitragssatzstabilisierung verabschiedet. Für die Krankenhäuser umfasst der Gesetzentwurf für das Jahr 2027 sofortwirksame Erlöskürzungen in Höhe von 4,6 Milliarden Euro. Im Jahr 2030 sollen die Kürzungen bereits 10,5 Milliarden Euro betragen. In Summe liegen die Erlöskürzungen für die Jahre 2027-2030 bei ca. 30 Milliarden Euro.

Bereits im Jahr 2025 schrieben nachweislich rund 75 Prozent der Krankenhäuser rote Zahlen. Rund 5 Milliarden Euro müssen die kommunalen Träger daher jährlich aus ihren Haushalten bereitstellen, um die Defizite ihrer Krankenhäuser auszugleichen. Mindestens ebenso hohe Beträge mussten auch die freigemeinnützigen Träger zum Erhalt ihrer Krankenhäuser aufbringen. Selbst diese Anstrengungen konnten nicht verhindern, dass in den Jahren 2023 bis 2025 90 Krankenhäuser mit rund 39 Tausend betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein Insolvenzverfahren durchlaufen mussten. Dies macht überdeutlich, dass der weit überwiegende Teil der Krankenhäuser in Deutschland über keinen finanziellen Spielraum verfügt, der zum Ausgleich der von der Bundesregierung geplanten Kürzungen herangezogen werden könnte. Auch eine am 28. April 2026 veröffentlichte Analyse der Autoren des jährlich erscheinenden unabhängigen „Krankenhaus Rating Report“ zeigt, wie sich das geplante Gesetz auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser auswirkt. Das Ergebnis ist niederschmetternd. Bereits im Jahr 2027 verschlechtert sich die Lage deutlich und entwickelt sich auch in den Folgejahren dramatisch. Im Jahr 2030 werden nur noch 19 Prozent der Kliniken schwarze Zahlen schreiben, die gesamte Branche gerät mit bisher noch nie dagewesenen Verlusten von durchschnittlich minus 6 Prozent in eine massive Schieflage und 49 Prozent der Krankenhausstandorte weisen ein hohes Insolvenzrisiko auf.

Vor diesem Hintergrund ist es unabdingbar, dass die Fraktionen im Deutschen Bundestag gemeinsam mit den Ländern im Bundesrat die im Regierungsentwurf für die Krankenhäuser vorgesehenen Kürzungen auf ein Mindestmaß begrenzen und den Entwurf um unmittelbar wirksame Maßnahmen zum sofortigen Abbau der bestehenden Überregulierung und Überbürokratie sowie zur weiteren Kostenentlastung der Krankenhäuser ergänzen.

Die im Folgenden aufgelisteten Forderungen sind kurzfristig umsetzbar, würden die **Krankenhäuser jährlich um bis zu 15 Milliarden Euro entlasten** und könnten damit maßgeblich dazu beitragen, dass die Krankenhäuser ihre Leistungsangebote nicht zu Lasten der Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten einschränken müssen. Die Umsetzung der Forderungen hätte zudem keine negativen Auswirkungen auf die Qualität der medizinischen Versorgung in unseren Krankenhäusern. Das in den vergangenen Monaten von einzelnen Vertreterinnen und Vertretern der Koalitionsfraktion vorgetragene Argument gegen jedweden Entlastungsvorschlag, „man werde bei der Qualität keine Abstriche machen“, ist damit als haltlos zurückzuweisen. Für Rückfragen und weitere Erläuterungen steht die Deutsche Krankenhausgesellschaft selbstverständlich jederzeit gerne zur Verfügung.

1) Bürokratiearme Ausgestaltung von Personalvorgaben, Ganzhaus-Ansatz statt kleinteiligem Stations- und Schichtbezug

Maßnahmenbeschreibung:

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

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Der Personalaufbau der letzten Jahre wurde durch bürokratische Vorgaben quasi aufgezehrt. Gleichzeitig erfordern künftige Herausforderungen (insbesondere Demografie und Resilienz) einen weiteren Personalaufbau. Dieser ist angesichts des Fachkräftemangels aber auch der damit verbundenen Kosten limitiert, weshalb zwingend Freiräume für einen flexiblen Personaleinsatz und innovative Versorgungskonzepte geschaffen werden müssen. Die skizzierten Maßnahmen könnten rechnerisch ca. 11.000 ärztliche Vollkräfte (VK), 42.000 pflegerische VK und 12.500 VK in anderen Berufen freisetzen. Das würde einen weiteren Personalaufbau bremsen und alleine im ärztlichen und pflegerischen Bereich ein jährliches Einsparpotenzial von etwa 4,8 Mrd. Euro generieren.

Die Krankenhäuser schätzen, dass die vorgeschlagenen Änderungen 15 Minuten Bürokratieaufwand pro VK und Tag einsparen. Rechnerisch würden damit ca. 30.000 VK freigesetzt (darunter 5.500 ärztliche und 12.000 pflegerische VK). Durch effizientere Personalsteuerung verdoppelt sich dieses Einsparpotenzial in patientennahen Berufsgruppen. Das monetäre Einsparpotenzial basiert auf dem Kostennachweis 2024. Personalkosten bedingen 60 % der Krankenhaus-Gesamtkosten, wobei Ärztinnen und Ärzte und die Pflegenden den größten Anteil darstellen. Basierend auf durchschnittlichen Personalkosten von 158.000 Euro pro ärztlicher VK und 76.000 Euro pro pflegerischer VK ergeben sich für das freigesetzte Personal in diesen Berufsgruppen Kosten von **rund 1,7 Mrd. Euro bzw. 3,1 Mrd. Euro**.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

- Abschaffung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) und des Pflegepersonalquotienten (PpQ) zugunsten eines PPR-Korridors (siehe Nr. 2)
- Bürokratiearme Ausgestaltung verbleibender Personalvorgaben, Ganzhaus-Ansatz statt kleinteiligem Stations- und Schichtbezug (Somatik und Psych, siehe Nr. 2 und 8)

- Keine Einführung neuer Personalbemessungsinstrumente für Ärztinnen und Ärzte, weitere Gesundheitsberufe und die Pflege in der Notaufnahme (siehe Nr. 3)
- Abschaffung des Psych-Personalnachweises und der Übermittlungspflicht zum Pflegepersonal nach § 21 KHEntgG für Psych-Einrichtungen (siehe Nr. 9)
- Abschaffung der für den Bundes-Klinik-Atlas eingeführten Personalmeldepflichten (siehe Nr. 11)
- Umfassende Straffung der Strukturvorgaben (Leistungsgruppen, OPS, G-BA-Richtlinien, siehe Nr. 12)

2) Abschaffung der PpUG und des PpQ zugunsten eines PPR-Korridors

Maßnahmenbeschreibung:

Die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) und der Pflegepersonalquotient (PpQ) sind zugunsten eines PPR-2.0-Korridors abzuschaffen. Die bisherige Parallelität verschiedener Personalvorgaben führt zu erheblichem bürokratischem Aufwand, doppelter Datenerhebung und Fehlsteuerungen in der Personaleinsatzplanung. Ein einheitlicher, auf der PPR 2.0 basierender Korridor richtet die Personalbemessung am tatsächlichen Pflegebedarf aus und macht zugleich die Steuerung in den Krankenhäusern praxistauglicher.¹ Es bedarf jedoch einer Verschlinkung des Dokumentations- und Meldeprozesses: Zukünftig sollte nur eine Jahresmeldung erfolgen, die Quartalsmeldungen sollten mangels Relevanz entfallen. Gleichzeitig bedarf es einer flächendeckenden Digitalisierung der Einstufung mit einer automatischen Ausleitung. Gezielte Förderprogramme in die Digitalisierung können die PPR-Bürokratiebelastung flächendeckend spürbar reduzieren und damit nachhaltig die Gesamtlast senken.

Zwingend ist die PPR 2.0 dann als verbindlicher Maßstab für das Pflegebudget zu verankern, damit die Refinanzierung der Pflegepersonalkosten konsequent am Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtet wird.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die Maßnahme führt zu einer deutlichen Entbürokratisierung, weil mit der Abschaffung von PpUG und PpQ zugunsten eines PPR-2.0-Korridors parallele Nachweis-, Dokumentations- und Kontrollpflichten reduziert werden. Für die Pflege selbst ist darüber hinaus nach den DKG-Vorschlägen davon auszugehen, dass bereits eine Reduktion des Bürokratieaufwands um 15 Minuten pro Vollkraft und Tag rechnerisch rund 12.000 pflegerische Vollkräfte freisetzen kann; bei effizienterer Personalsteuerung im Rahmen eines Ganzhausansatzes steigt dieses Potenzial auf rund 42.000 pflegerische Vollkräfte. Auf Basis durchschnittlicher Personalkosten

¹ Das DKG-Konzept für eine bedarfsorientiert Pflegepersonalkostenfinanzierung kann der DKG-Stellungnahme zum GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz entnommen werden: [Stellungnahmen | Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.](#)

von 76.000 Euro je pflegerischer Vollkraft ergibt sich daraus im Pflegedienst ein jährliches Entlastungspotenzial von **rund 3,2 Mrd. Euro**. Gleichzeitig sollte die PPR 2.0 als verbindlicher Maßstab für das Pflegebudget gesetzlich verankert werden, damit die Refinanzierung der Pflegepersonalkosten konsequent am nachgewiesenen Pflegebedarf und nicht an zusätzlicher Bürokratie ausgerichtet wird. Sollte die PPR 2.0 bzw. deren Weiterentwicklung jedoch zukünftig keine Relevanz für das Pflegebudget haben, ist diese vor dem Hintergrund der Bürokratiebelastung für die Krankenhäuser auf den Prüfstand zu stellen. Das DKI-Krankenhausbarometer 2025 weist für die Umsetzung der PPBV einen jährlichen Aufwand von durchschnittlich 9,3 VK pro Krankenhaus aus.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Erforderlich ist die Aufhebung der Regelungen zu PpUG und PpQ sowie die gesetzliche Verankerung eines PPR-2.0-Korridors als maßgeblicher Rahmen für die bedarfsgerechte Personalbemessung in der Krankenhauspflege. Darüber hinaus muss gesetzlich klargestellt werden, dass die PPR 2.0 der verbindliche Maßstab für die Verhandlung und Refinanzierung des Pflegebudgets ist. Entsprechend sind insbesondere die gesetzlichen Grundlagen des Pflegebudgets anzupassen, damit die Finanzierung künftig konsequent am nachgewiesenen Pflegebedarf ausgerichtet wird.

3) Keine Etablierung neuer Personalbemessungsinstrumente für Ärzte, weitere Gesundheitsberufe und die Pflege in der Notaufnahme

Maßnahmenbeschreibung:

Von der Entwicklung und Einführung zusätzlicher Personalbemessungsinstrumente für ärztliches Personal (§ 137m SGB V) und weitere Gesundheitsberufe (§ 137n SGB V) ist abzusehen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist durch gesetzliche Aufträge in die Entwicklung weiterer Personalbemessungsinstrumente eingebunden. Vor dem Hintergrund der bereits existierenden hohen Regulierungsdichte, begrenzten Praxistauglichkeit neuer Instrumente und durch die finanziellen Restriktionen für die Krankenhäuser ist von weiteren Personalbemessungsinstrumenten grundsätzlich abzusehen. Personalvorgaben können von den Krankenhäusern nur erfüllt werden, wenn einerseits die entsprechenden Qualifikationen am Markt überhaupt verfügbar sind und andererseits die finanziellen Rahmenbedingungen eine vollständige Refinanzierung vorsehen. Insbesondere Letzteres ist angesichts der aktuellen Kürzungsvorschläge nicht gegeben. Personalvorgaben verhindern zudem einen effizienten und innovativen Personaleinsatz und zwingen die Krankenhäuser in eine starre Personalplanung losgelöst vom tatsächlichen Versorgungsbedarf. Den Krankenhäusern wird dadurch der Spielraum zur Kostensenkung über Innovationen und effiziente Strukturen genommen. Zudem führen neue Personalbemessungsinstrumente unweigerlich zu mehr Bürokratie.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Für die Umsetzung des § 137n SGB V sind derzeit die Berufsgruppen der Physiotherapie, Ergotherapie und Hebammen vorgesehen. Diese umfassten im Jahr 2024 in der stationären Versorgung rund 21.000, 30.000 bzw. 11.447 Beschäftigte.

Ein Verzicht auf die Einführung etwaiger Personalbemessungsinstrumente auf Basis des § 137n SGB V eröffnet erhebliche finanzielle Einsparpotenziale. Unter der Annahme einer jährlichen Arbeitszeit von 1.600 Stunden je Vollkraft, durchschnittlichen Bruttopersonalkosten von 75.000 Euro sowie einer voraussichtlichen Dokumentationsbelastung von 15 Minuten pro VK pro Tag ergibt sich für die Physiotherapie ein Einsparpotenzial von rund 47 Mio. Euro. Für die Ergotherapie beläuft sich dieses analog auf etwa 67 Mio. Euro. Für die Hebammen ergibt sich – bei angenommenen Bruttopersonalkosten von 80.000 Euro – ein Einsparpotenzial von rund 27 Mio. Euro. Auch der Verzicht auf die Einführung des § 137m SGB V führt zu erheblichen Einsparungen in Höhe von rund 864 Mio. Euro. Für die Personalbemessung in Notaufnahmen gemäß § 137l SGB V ergibt sich ein weiteres Einsparpotenzial von etwa 36 Mio. Euro. Insgesamt können durch den Verzicht auf die Umsetzung der §§ 137n, 137m und 137l SGB V **Einsparungen von über 1 Mrd. Euro** erzielt werden. Dies sind allerdings nur die eingesparten Bürokratiekosten und berücksichtigen nicht das etwaige zusätzliche Personal, welches durch die Erfüllung der Vorgaben der Personalbemessung erforderlich wird. Sofern diese zu 5 % mehr Personal in den o. g. Berufsgruppen führt, kämen **nochmals 2 Mrd. Euro** zusätzliche Personalkosten hinzu. Diese Personalkosten werden zudem perspektivisch weiter steigen, da keine Freiräume für einen innovativen und effizienten Personaleinsatz entsprechendes des Versorgungsbedarfs und des vorhandenen Skill-Mixes bestehen.

Über die rein finanziellen Effekte hinaus führt der Verzicht auf zusätzliche Personalbemessungsinstrumente zu einer spürbaren strukturellen Entlastung der Krankenhäuser. Insbesondere werden zusätzliche Dokumentations-, Nachweis- und Prüfpflichten vermieden. Bereits heute bestehen zahlreiche parallele Vorgaben zur Personalsteuerung, deren Umsetzung erhebliche personelle und administrative Ressourcen bindet. Eine weitere Ausdifferenzierung von Personalbemessungsinstrumenten würde bestehende Doppelstrukturen verstärken, zusätzliche IT-Anpassungen erforderlich machen und dazu führen, dass personelle Ressourcen verstärkt von der direkten Patientenversorgung in administrative Prozesse verlagert werden.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Einsparmaßnahmen der Bundesregierung ist zudem davon auszugehen, dass den Krankenhäusern künftig deutlich weniger finanzielle Mittel zur Verfügung stehen. Damit steigt das Risiko, dass auch personelle Ressourcen reduziert werden müssen. Eine zusätzliche Belastung des verbleibenden Personals durch weiter steigenden Bürokratieaufwand ist unter diesen Rahmenbedingungen nicht vertretbar.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Die Einführung immer neuer, aufwendiger und sich in Teilen überschneidender Personalbemessungsinstrumente muss aufgegeben werden. Daher ist auf die Umsetzung der §§ 137m und 137n SGB V gänzlich zu verzichten und die entsprechenden Regelungen sind ersatzlos zu streichen.

4) Mindestvorgaben Notfallstufenregelung „bei Bedarf jederzeit (24/7)“

Maßnahmenbeschreibung:

Der Gesetzgeber sollte die G-BA-Strukturvorgaben systematisch auf Praxistauglichkeit, Rechtssicherheit und Wirtschaftlichkeit überprüfen und insbesondere unbestimmte personelle Verfügbarkeitsanforderungen überarbeiten. Besonders problematisch sind unbestimmte Formulierungen zur ärztlichen bzw. fachärztlichen Verfügbarkeit, insbesondere Anforderungen wie „bei Bedarf jederzeit (24/7)“. Solche Vorgaben lassen offen, in welcher Form die Verfügbarkeit konkret sicherzustellen ist und schaffen damit erhebliche Rechts- und Planungsunsicherheiten.

In der Praxis besteht die Gefahr, dass diese unbestimmten Anforderungen faktisch als Verpflichtung zu einer durchgehenden körperlichen Präsenz bestimmter Qualifikationen ausgelegt werden, insbesondere bei Verknüpfung mit konkreten zeitlichen Fristen. Daraus können erhebliche Vorhalte- und Personalkosten entstehen, ohne dass ein entsprechender Zusatznutzen für die Patientenversorgung im Einzelfall hinreichend belegt ist. Gerade im Krankenhausbereich bestehen mit Präsenzdienst, Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft arbeitsrechtlich anerkannte und praxistaugliche Dienstmodelle, mit denen eine bedarfsgerechte Versorgung differenziert und verlässlich sichergestellt werden kann.

Vor diesem Hintergrund sollten unbestimmte Verfügbarkeitsanforderungen bei Strukturvorgaben grundsätzlich nicht mehr verwendet werden. An ihre Stelle sollten klare, arbeitsrechtlich anschlussfähige Regelungen treten, die festlegen, in welcher Form ärztliche Verfügbarkeit sicherzustellen ist.

Mit dem Beschluss vom 3. März 2026 hat der Leistungsgruppen-Ausschuss (LGA) klargestellt, dass „jederzeit“ außerhalb des Regeldienstes Rufbereitschaft bedeutet, sofern die Verfügbarkeit nicht bereits durch Anwesenheitsdienste sichergestellt wird. Der LGA hebt ausdrücklich hervor, dass die jederzeitige Verfügbarkeit keine ununterbrochene körperliche Anwesenheit am Standort verlangt, sondern auch durch Rufbereitschaft erfüllt werden kann. Vor diesem Hintergrund ist außerhalb der Regelzeit grundsätzlich davon auszugehen, dass Rufbereitschaft ausreichend ist. Da der LGA mit der Definition zugleich ein einheitliches Verständnis der Anforderungen in den Leistungsgruppen herstellen will, ist es sachgerecht, denselben Maßstab auch den Notfallstufen zugrunde zu legen, um Wertungswidersprüche zwischen vergleichbaren Struktur- und Verfügbarkeitsanforderungen zu vermeiden. Eine Verpflichtung zum Präsenzdienst darf dementsprechend nur dort vorgesehen werden, wo sie

medizinisch zwingend erforderlich, durch Evidenz oder ein besonderes Patientensicherheitsinteresse gerechtfertigt und auch unter Berücksichtigung des hierfür zusätzlich erforderlichen Personal- und Ressourcenaufwands verhältnismäßig ist. Dies ist zu Zeiten außerhalb des Regeldienstes grundsätzlich nicht anzunehmen. Denn jede regulatorische Vorgabe verengt den Handlungsspielraum des Krankenhauses bei der Steuerung seines Ressourceneinsatzes und schränkt die Möglichkeit ein, Personal und Mittel optimal für die Patientenversorgung einzusetzen. Auch wenn einzelne Anforderungen für sich genommen sachlich gerechtfertigt sein können, führt ihre absolute Setzung dazu, dass personelle und finanzielle Ressourcen zunehmend zur Erfüllung formaler Vorgaben gebunden werden und für die eigentliche Patientenversorgung nicht mehr im gleichen Maße zur Verfügung stehen.

Gerade bei personellen Verfügbarkeitsanforderungen zeigt sich, dass das Anheben von Anforderungen zur Erreichung auch der letzten Optimierungsgrade mit überproportionalen Kosten verbunden sein kann (vgl. *Augurzky & Bergschneider, Folgen des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser, hcb GmbH, Essen, 28.04.2026*). Starre Vorgaben, die faktisch auf eine durchgehende körperliche Präsenz hinauslaufen, zwingen Krankenhäuser dazu, erhebliche personelle Puffer vorzuhalten. Dies bindet knappe Fachkräfte, verursacht hohe Vorhaltekosten und erschwert einen bedarfsgerechten Personaleinsatz. Unbestimmte Verfügbarkeitsvorgaben sollen durch klare und arbeitsrechtlich anschlussfähige Regelungen ersetzt werden, damit nicht faktisch Präsenzpflichten entstehen, obwohl die Versorgung je nach medizinischem Bedarf auch durch Bereitschaftsdienst oder Rufbereitschaft sichergestellt werden kann.

Die DKG schlägt vor, unbestimmte und kostenintensive Strukturvorgaben des G-BA zur personellen Verfügbarkeit gesetzlich zu präzisieren und durch klare Bezugnahmen auf die im Arbeitsrecht anerkannten Dienstmodelle zu ersetzen. Begriffe wie „jederzeitige Verfügbarkeit“ oder „bei Bedarf jederzeit (24/7)“ sollen nicht länger eigenständig oder unbestimmt verwendet werden, wenn sie faktisch als Grundlage für 24/7-Präsenzpflichten dienen können.

Stattdessen soll gesetzlich klargestellt werden, dass personelle Verfügbarkeit im Krankenhaus grundsätzlich durch die etablierten Dienstformen Präsenzdienst, Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft sichergestellt wird. Welche dieser Dienstformen erforderlich ist, muss sich am medizinischen Bedarf, an der Reaktionszeit und an dem tatsächlichen Zusatznutzen für die Versorgung orientieren. Im Einklang mit dem Vorschlag des LGA ist dabei davon auszugehen, dass außerhalb des Regeldienstes Rufbereitschaft grundsätzlich als ausreichende Form der Sicherstellung anzusehen ist.

Ziel der Maßnahme ist es damit, unbestimmte Verfügbarkeitsbegriffe durch rechtssichere, praxistaugliche und kostenangemessene Regelungen zu ersetzen. Dadurch werden Fehlanreize zu übermäßigen 24/7-Präsenzvorhaltungen vermieden, Auslegungstreitigkeiten reduziert und zugleich die notwendige Versorgungssicherheit gewährleistet.

Explizites Beispiel der Notfallstufenregelung (Fassung 2018 und 2025 im Vergleich):

Von der dargestellten Problematik sind die Anforderungen der jeweiligen Notfallstufe betroffen, die grundsätzlich jederzeit, also 24/7, am Standort erfüllt werden müssen. Betroffen sind insbesondere Zentrale Notaufnahme, Personal, CT/Bildgebung, Labordiagnostik sowie weitere technische und organisatorische Vorhaltungen. Der Beschluss vom 20. November 2025 fällt dadurch auf, dass sie die 24/7-Logik breiter ausformuliert, stärker konkretisiert und an mehreren Stellen personell sowie qualitativ auflädt, insbesondere durch:

- ausdrückliche Formulierungen wie „jederzeit (24/7) im Bedarfsfall vor Ort verfügbar“ in der ZNA,
- zusätzliche Qualifikationsanforderungen in Form der Zusatzweiterbildungen „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ und „Notfallpflege“ sowie
- eine stärker ausdifferenzierte technische und modulbezogene 24/7-Vorhaltung.

Die nachfolgenden Personalanforderungen sind in der vorliegenden Fassung „jederzeit im Bedarfsfall (24/7)“ vorzuhalten:

- Stufe der Nichtteilnahme an der stationären Notfallversorgung: eine angestellte Ärztin oder ein angestellter Arzt und eine Pflegefachperson; zusätzlich, sofern Operationen in Narkose durchgeführt werden, eine Fachärztin oder ein Facharzt für Anästhesiologie
- Basisnotfallversorgung, Erweiterte Notfallversorgung und Umfassende Notfallversorgung: eine Fachärztin oder ein Facharzt und eine Pflegefachperson; *Zusatz für die umfassende Stufe ab 1. Januar 2028: die jeweils jederzeit verfügbaren Personen müssen die vorgesehene Zusatz- bzw. Fachweiterbildung besitzen oder sich in entsprechender Weiterbildung befinden*

Die nachfolgenden Personalanforderungen sind in der vorliegenden Fassung „innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar“:

- Basisnotfallversorgung, Erweiterte Notfallversorgung und Umfassende Notfallversorgung: eine Fachärztin oder ein Facharzt aus Chirurgie oder Unfallchirurgie, eine Fachärztin oder ein Facharzt aus Innerer Medizin, eine Fachärztin oder ein Facharzt für Anästhesiologie

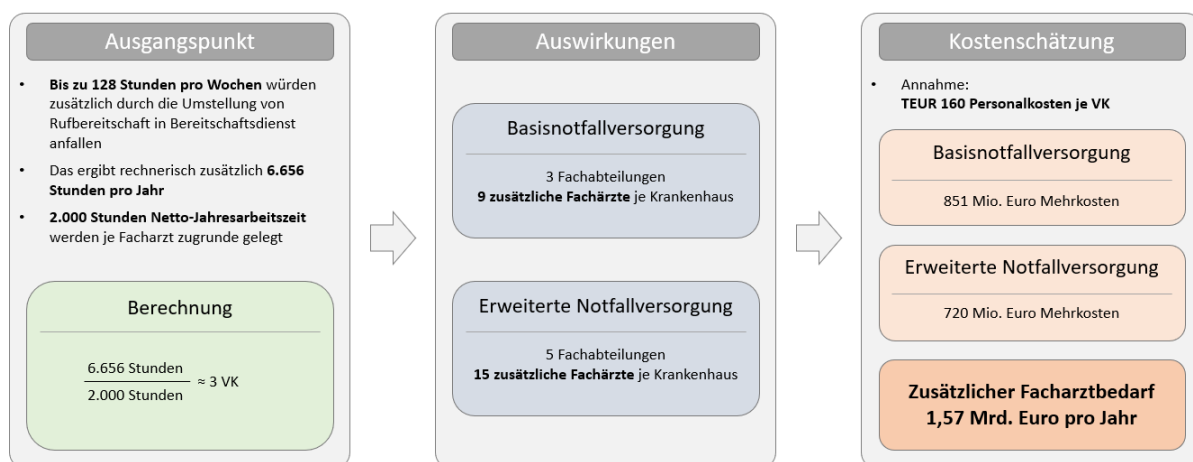
Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die Entlastung ergibt sich insbesondere aus vier Effekten:

- Vermeidung unnötiger 24/7-Präsenzdienste und damit geringerer Personalvorhaltekosten, insbesondere bei spezialisierten Qualifikationen

- Weniger Auslegungstreitigkeiten und geringerer Prüfaufwand, wenn unbestimmte Vorgaben klar definiert werden
- Mehr Flexibilität für funktionierende regionale Versorgungsmodelle, z. B. über Kooperationen, Verbünde oder telemedizinische Unterstützung
- Vermeidung struktureller Fehlsteuerungen, wenn personelle Ressourcen nicht für formale Vorhaltevorgaben gebunden werden, sondern tatsächlich in der Versorgung eingesetzt werden können

Formale Darstellung der Berechnung und der resultierenden Mehrkosten bei der Umstellung von Rufbereitschaft in Bereitschaftsdienst anhand der 30-Minuten-Regelung



Die Berechnung basiert auf der Annahme, dass die in der G-BA-Regelung vorgesehene Anforderung, wonach Fachärztinnen und Fachärzte „jederzeit an 24 Stunden am Tag und sieben Tagen pro Woche (24/7) innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar“ sein müssen, künftig nicht mehr durch Rufbereitschaft, sondern nur noch durch Bereitschaftsdienst erfüllt werden kann. Damit verdeutlicht sie die möglichen personellen und finanziellen Folgen einer entsprechenden Auslegung der Vorgaben.

Ausgangspunkt ist ein zusätzlicher Mehrbedarf von bis zu 128 Stunden pro Woche. Hochgerechnet auf das Jahr entspricht dies 6.656 Stunden. Bei einer durchschnittlichen Netto-Jahresarbeitszeit von 2.000 Stunden je Facharzt/ Fachärztin ergibt sich daraus ein zusätzlicher Bedarf von gut drei Vollkräften je betroffener Fachabteilung.

Nach der Notfallstufenregelung betrifft dies in der Basisnotfallversorgung drei Fachabteilungen, sodass sich ein zusätzlicher Bedarf von neun Fachärzten je Krankenhaus ergibt. In der erweiterten Notfallversorgung sind fünf Fachabteilungen betroffen, was zu einem zusätzlichen Bedarf von 15 Fachärzten je Krankenhaus führt.

Legt man durchschnittliche jährliche Personalkosten von 160.000 Euro pro Vollkraft zugrunde, ergeben sich daraus die in der Grafik dargestellten Gesamtkosten **i.H.v. 1,57 Mrd. Euro pro Jahr**.

Die Darstellung soll damit insbesondere veranschaulichen, welche erheblichen Mehrbelastungen für Krankenhäuser entstehen können, wenn die G-BA-Vorgabe, wonach qualifiziertes Personal „jederzeit an 24 Stunden am Tag und sieben Tagen pro Woche (24/7) innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar“ sein muss, nicht mehr über Rufbereitschaft, sondern nur noch über Bereitschaftsdienst erfüllt werden kann.

Auch hier zeigt sich, dass die personelle Verfügbarkeit nicht über Minutenangaben, sondern über arbeitsrechtlich anerkannte Dienstarten geregelt werden sollte. Minutenwerte sind auslegungsanfällig und führen in der Praxis häufig dazu, dass faktisch Präsenzpfllichten unterstellt werden, obwohl dies normativ nicht eindeutig vorgegeben ist. Dagegen bieten Präsenzdienst, Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft eine rechtlich klare und praxiserprobte Systematik, mit der sich Verfügbarkeit bedarfsgerecht, wirtschaftlich und rechtssicher ausgestalten lässt.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Es empfiehlt sich, im SGB V eine allgemeine gesetzliche Regelung für Strukturvorgaben des G-BA zu verankern. Ziel ist es, den Grundsatz festzuschreiben, dass Strukturvorgaben evidenzbasiert, verhältnismäßig und auf das für eine qualitativ gesicherte Versorgung erforderliche Maß beschränkt sein müssen. Zudem sollte klargestellt werden, dass Anforderungen an die personelle Verfügbarkeit nicht durch unbestimmte Begriffe beschrieben werden dürfen, sondern an die arbeitsrechtlich anerkannten Dienstmodelle anknüpfen müssen. Dabei sollte gesetzlich verdeutlicht werden, dass die Verfügbarkeit außerhalb des Regeldienstes grundsätzlich durch Rufbereitschaft gewährleistet werden kann, soweit sie nicht durch Anwesenheitsdienste wie Schicht- oder Bereitschaftsdienst sichergestellt wird. Die DKG würde den nachfolgenden Absatz in § 136c SGB V verorten:

„Strukturvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses müssen auf das für eine qualitativ gesicherte Versorgung erforderliche Maß beschränkt, evidenzbasiert und verhältnismäßig sein. Anforderungen an die Verfügbarkeit von Personal oder Qualifikationen sind in den Strukturvorgaben eindeutig und unter Bezugnahme auf die arbeitsrechtlich anerkannten Dienstmodelle zu regeln. Hierfür sind insbesondere Präsenzdienst, Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft zugrunde zu legen. Außerhalb des Regeldienstes ist die Verfügbarkeit durch Rufbereitschaft zu gewährleisten, soweit sie nicht durch Anwesenheitsdienste, insbesondere Schicht- oder Bereitschaftsdienst, sichergestellt wird. Eine Verpflichtung zum Präsenzdienst darf nur vorgesehen werden, soweit dieser für eine qualitativ gesicherte Versorgung medizinisch erforderlich ist.“

5) Kurzzeitfallpauschalen

Maßnahmenbeschreibung:

Im Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) der Bundesregierung vom 29.04.2026 sollen Kurzzeitfallpauschalen für stationäre Behandlungsfälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen eingeführt werden.

Mit den neuen Kurzzeitfallpauschalen soll das DRG-Vergütungssystem weiterentwickelt werden – erstmalig für das Leistungsjahr 2028 – verbunden mit dem Ziel, die Verweildauerverkürzung und die Ambulantisierung bei stationären Krankenhausbehandlungen zu fördern. Grundsätzlich handelt es sich um einen richtigen Ansatz, eine Möglichkeit zu schaffen, geeignete stationäre Fälle sehr kurz zu behandeln und im DRG-System unabhängig von der tatsächlichen Behandlungsdauer zu vergüten.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Mit der Einführung der Kurzzeitfallpauschalen werden auch Vorgaben für die Berechnung der Entgelte eingebracht. Es soll eine Absenkung der Bewertungsrelationen der Kurzzeitfallpauschalen sowie im Ergebnis auch eine Absenkung der Summe der für die Kurzzeitfallpauschalen insgesamt vereinbarten Bewertungsrelationen vorgenommen werden. Die dadurch erzeugte Kostensenkung wird mit einem 2-Jahres-Verzug wirksam und an die Versichertengemeinschaft weitergegeben.

Die damit zu erreichenden Einspareffekte können nur dann ihre Wirkung entfalten, wenn die Umsetzung des Konzeptes der Kurzzeitfallpauschalen in den Krankenhäusern gelingt, denn parallel zu den bereits im SGB V etablierten Bereichen des Ambulanten Operierens im Krankenhaus (AOP-Bereich) und der Speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-Bereich) soll nun ein weiterer Bereich im KHG bzw. KHEntgG mit ähnlichen Behandlungsfällen ergänzt werden. Dadurch ergeben sich Probleme bei der Abgrenzung und Zuordnung von medizinischen Fällen, die durch eine Streichung der Hybrid-DRG vermieden werden kann. Es bedarf einer möglichst kurzen und klar festgelegten Übergangsphase. Diese Parallelität bedarf in dieser Übergangsphase allerdings sehr klarer, tragfähiger Regelungen, um Abgrenzungsprobleme, Fehlanreize, Mehrkosten und Ineffizienzen zu vermeiden und somit eine patientenorientierte Versorgungsstruktur sicherstellen zu können.

Hauptkritikpunkt ist allerdings, dass die zentrale ordnungspolitische Weichenstellung nicht vorgenommen wurde. Es fehlt eine Regelung, wonach im Kurzlieger-Bereich auch ambulante Leistungen gemäß der Rechtsprechung des BSG enthalten sein können. Damit können die Verweildauern zwar reduziert werden, im Bereich der Behandlungen innerhalb eines Belegungstages (2 Kalendertage) besteht dann allerdings das Risiko der primären Fehlbelegung mit entsprechenden massiven Vergütungskürzungen. Damit würde das gesetzte

Ziel konterkariert. Daher kann der Kurzzeitfallpauschalen-Bereich nicht nur eine neue Vergütungsregelung sein, sondern muss auch eine besondere Versorgungsform definieren.

Damit das Ziel der Ambulantisierung über Kurzzeitfallpauschalen erreicht werden kann, sind folgende Änderungen notwendig.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Die im Folgenden aufgeführten Änderungsvorschläge beziehen sich auf den Gesetzesentwurf der Bundesregierung für ein GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz vom 29.04.2026 sowie auf bereits bestehende gesetzliche Regelungen des § 115f SGB V (Spezielle sektorengleiche Vergütung).

1. Bestehende gesetzliche Regelungen:

1.1 § 115f SGB V (Spezielle sektorengleiche Vergütung)

- § 115f Abs. 1 Satz 7 wird wie folgt ergänzt:

*„Die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 beauftragen das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gemeinsam bis zum 15. Mai eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 15. Mai 2025 **und letztmalig bis zum 15. Mai 2028**, einen Vorschlag für die Kalkulation der Vergütung differenziert nach dem Schweregrad der Fälle zu erarbeiten.“*

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a. Da die Leistungen der Sektorengleichen Vergütung im Jahr 2030 grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen überführt sind, ist letztmalig für das Leistungsjahr 2029 eine Kalkulation der noch verbliebenen Hybrid-DRG mit maximal einer Übernachtung vorzunehmen. Die Beauftragung hat dementsprechend letztmalig bis zum 15. Mai 2028 zu erfolgen.

- § 115f Abs. 1 Satz 8 wird gestrichen:

~~*„In den Vorschlägen ist eine schrittweise Anpassung der Vergütungen vorzusehen, mit dem Ziel, dass bis zum Jahr 2030 die Höhe der Vergütungen der nach § 115b vereinbarten Leistungen erreicht wird.“*~~

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a. Da die Leistungen der Sektorengleichen Vergütung im Jahr 2030 grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen überführt sind, ist eine Anpassung der Vergütung mit dem Ziel, dass bis zum Jahr 2030 die Höhe der Vergütungen der nach § 115b vereinbarten Leistungen erreicht wird, nicht mehr erforderlich.

- § 115f Abs. 1 Satz 9 wird wie folgt geändert:

*„Auf der Grundlage des Vorschlags schließen die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 bis zum 15. September eines jeden Kalenderjahres, **letztmalig im Kalenderjahr 2028**, mit Wirkung ab dem 1. Januar des folgenden Kalenderjahres.“*

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a. Da die Leistungen der Sektorengleichen Vergütung im Jahr 2030 grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen überführt sind, haben die Vertragsparteien letztmalig im Kalenderjahr 2028 für das Jahr 2029 eine Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 bis zum 15. September abzuschließen.

- § 115f Abs. 1a wird gestrichen und durch folgenden Abs. 1a (neu) ersetzt:

~~„(1a) Spätestens in der bis zum 15. September 2030 zu schließenden Vereinbarung sind die nach Absatz 1 Satz 2 zu kalkulierenden Fallpauschalen auf Grundlage fallbezogener empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs festzulegen. Danach sind sie jährlich auf der Grundlage der jeweiligen in Satz 1 genannten Kostendaten zu überprüfen und, sofern erforderlich, anzupassen. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 beauftragen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut gemeinsam bis zum 30. April 2025, einen Vorschlag für ein Konzept zur Festlegung der Fallpauschalen nach Satz 1 zu erarbeiten. Auf der Grundlage dieses Vorschlags vereinbaren die Vertragsparteien bis zum 31. Dezember 2025 das Konzept zur Festlegung der Fallpauschalen nach Satz 1 und legen dieses Konzept dem Bundesministerium für Gesundheit vor.“~~

Absatz 1a (neu): „Die Leistungen der Speziellen sektorengleichen Vergütung werden schrittweise grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen gemäß § 17b KHG bis zum 31.12.2029 überführt, sodass mit Wirkung zum 01. Januar 2030 die Spezielle sektorengleiche Vergütung beendet wird. Für das Leistungsjahr 2028 werden die Leistungen der Speziellen sektorengleichen Vergütung grundsätzlich auf Behandlungsfälle mit maximal einer Übernachtung begrenzt. Für das Leistungsjahr 2030 werden die Leistungen der Speziellen sektorengleichen Vergütung mit maximal einer Übernachtung grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen gemäß § 17b KHG überführt.“

Begründung: Parallel zu den bereits im SGB V etablierten Bereichen des Ambulanten Operierens im Krankenhaus (AOP-Bereich) und der Speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-Bereich) wird nun ein weiterer Bereich im KHG bzw. KHEntG mit ähnlichen Behandlungsfällen ergänzt. Dadurch ergeben sich Probleme bei der Abgrenzung und Zuordnung von medizinischen Fällen, die durch eine Streichung der Hybrid-DRG vermieden werden. Es bedarf allerdings einer möglichst kurzen und klar festgelegten Übergangsphase um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

Da die Kurzzeitfallpauschalen ab dem Jahr 2028 eingeführt werden, ist bereits zu diesem Zeitpunkt mit der Übergangsphase bis zur vollständigen Auflösung der Speziellen

sektorengleichen Vergütung zum Jahr 2030 zu beginnen. Die Übergangsphase umfasst zwei Schritte. Im ersten Schritt erfolgt die Überführung der Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung mit zwei Übernachtungen in die Kurzzeitfallpauschalen gemäß § 17b KHG und im zweiten Schritt werden die Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung mit maximal einer Übernachtung in die Kurzzeitfallpauschalen gemäß § 17b KHG für das Leistungsjahr 2030 überführt.

- § 115f Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt ergänzt:

*„Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 haben die Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 jährlich zu überprüfen und, sofern zur Einhaltung der Vorgaben nach Satz 2 erforderlich, bis zum 31. März des jeweiligen Kalenderjahres, in dem die Überprüfung stattfindet, auf Grundlage des nach Satz 3 beauftragten Vorschlags mit Wirkung ab dem 1. Januar des folgenden Kalenderjahres, **letztmalig für das Kalenderjahr 2029**, anzupassen.“*

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a. Da die Leistungen der Sektorengleichen Vergütung im Jahr 2030 grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen überführt sind, ist letztmalig für das Leistungsjahr 2029 eine Überprüfung und ggf. Anpassung erfolgen.

- § 115f Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt geändert:

„Die Auswahl hat so zu erfolgen, dass bezogen auf die nach § 21 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2023 übermittelten Daten zu vollstationären Krankenhaufällen ohne Berücksichtigung der Krankenhaufälle, in denen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angewendet werden, ab dem Jahr 2026 jährlich mindestens eine Million Fälle erfasst werden; ~~ab dem Jahr 2028 sollen unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Evaluation nach Absatz 5 jährlich mindestens 1,5 Millionen und ab dem Jahr 2030 jährlich mindestens zwei Millionen Fälle erfasst werden.~~“

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a und der Streichung des Absatz 5.

- § 115f Abs. 2 Satz 3 wird wie folgt ergänzt:

*„Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 beauftragen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut gemeinsam bis zum 15. Februar eines jeden Kalenderjahres, **letztmalig im Kalenderjahr 2028**, die Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zu überprüfen und einen Vorschlag zur Anpassung der Leistungsauswahl vorzulegen.“*

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a. Da die Leistungen der Sektorengleichen Vergütung im Jahr 2030 grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen überführt sind, haben die Vertragsparteien letztmalig im Kalenderjahr

2028 die Institute zu beauftragen, die Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zu überprüfen und einen Vorschlag zur Anpassung der Leistungsauswahl für das Jahr 2029 vorzulegen.

- § 115f Abs. 5 wird gestrichen:

~~„Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien beauftragen bis zum 30. April 2025 das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der regelmäßigen Evaluation der Auswirkungen der speziellen sektorengleichen Vergütung auf die Versorgung der Versicherten, auf die Vergütungen der Leistungserbringer sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen auf der Grundlage nicht personenbezogener Leistungsdaten. Die in Satz 1 genannten Institute legen ihren Evaluationsbericht im Abstand von jeweils zwölf Monaten, erstmals zum 31. Dezember 2026 unter Einbeziehung der für das Jahr 2026 vereinbarten Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, den Vertragsparteien und dem Bundesministerium für Gesundheit sowie auf Verlangen dem Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a Satz 2 vor.“~~

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a. Da die Leistungen der Sektorengleichen Vergütung im Jahr 2030 grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen überführt sind, ist eine Evaluation der Auswirkungen der speziellen sektorengleichen Vergütung auf die Versorgung der Versicherten, auf die Vergütungen der Leistungserbringer sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen nicht mehr erforderlich.

1.2 § 10 KHG (Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung)

- § 10 Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt ergänzt:

*„In den Investitionsbewertungsrelationen ist der Investitionsbedarf für die voll- und teilstationären Leistungen **sowie für die Kurzzeitfallpauschalen** pauschaliert abzubilden; der Differenzierungsgrad soll praktikabel sein.“*

Begründung: Diese Ergänzung begründet sich aus der Logik der Gesetzgebung zur Krankenhausfinanzierung, dass die Krankenhäuser für die stationäre Leistungserbringung über die Regelungen des KHG Investitionsförderung erhalten. Da es sich bei den über den § 17b Absatz 2a KHG neu eingeführten Kurzzeitfallpauschalen um Entgelte nach § 17b handelt, hat diese Klarstellung zu erfolgen.

2. Änderungsvorschläge zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vom 29.04.2026

2.1 Änderungsvorschlag zu Artikel 3 Nr. 5: KHEntgG § 8 (Berechnung der Entgelte):

- § 8 Abs. 5a wird gestrichen:

~~„Die Berechnung der in § 17b Absatz 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Kurzzeitfallpauschalen ist ausgeschlossen, wenn die Leistung in dem Katalog nach § 115b Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthalten ist. Näheres regeln die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“~~

Begründung: Mit den neuen Kurzzeitfallpauschalen soll das DRG-Vergütungssystem weiterentwickelt werden – erstmalig für das Leistungsjahr 2028 – verbunden mit dem Ziel, die Verweildauerverkürzung und die Ambulantisierung bei stationären Krankenhausbehandlungen zu fördern. Laut § 115b Abs. 1 Satz 3, sind allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Diese Regelung wurde im AOP-Vertrag umgesetzt und hat weiterhin Bestand. Hierbei handelt es sich überwiegend um Behandlungsfälle, bei denen eher von einer kurzen Verweildauer auszugehen ist. Den Krankenhäusern die Abrechnungsmöglichkeit über Kurzzeitfallpauschalen zu verwehren, widerspricht den Intentionen der Einführung von Kurzzeitfallpauschalen.

2.2 Änderungsvorschlag zu Artikel 3 Nr. 6: KHEntgG § 9 (Vereinbarung auf Bundesebene):

- § 9 Abs. Absatz 1 Nr. 11 (neu) wird gestrichen:

~~„11. erstmals bis zum 30. September 2027 nähere Einzelheiten für Kurzzeitfallpauschalen nach § 17b Absatz 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, insbesondere~~

~~a) Vorgaben, durch die sichergestellt wird, dass durch die Einführung der Kurzzeitfallpauschalen keine Fallzahlausweitung bei den stationären Behandlungsfällen mit bis zu zwei Übernachtungen auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses stattfindet und~~

~~b) die Folgen einer Überschreitung der nach Buchstabe a festgelegten Begrenzung.“~~

Begründung: Mit den neuen Kurzzeitfallpauschalen soll das DRG-Vergütungssystem weiterentwickelt werden – erstmalig für das Leistungsjahr 2028 – verbunden mit dem Ziel, die Verweildauerverkürzung und die Ambulantisierung bei stationären Krankenhausbehandlungen zu fördern. Eine sanktionsbewehrte Mengenbegrenzung für die im einzelnen Krankenhaus erbringbaren Kurzzeitfallpauschalen zu etablieren, würde diese Zielsetzung konterkarieren. Der laut Gesetzesbegründung befürchteten Hospitalisierung der von Krankenhäusern ambulant zu erbringenden Leistungen ist entgegen zu halten, dass laut §

115b Abs. 1 Satz 3 allgemeine Tatbestände zu bestimmen sind, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Diese Regelung wurde im AOP-Vertrag umgesetzt und hat weiterhin Bestand, sodass eine Hospitalisierung von ambulant zu erbringenden Fällen nicht zu befürchten ist.

2.3 Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nr. 2: KHG § 17b (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung):

- § 17b Abs. 2a Satz 1 wird wie folgt geändert:

„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erarbeitet bis zum 31. März 2027 ein Konzept für geeignete Fallgruppen für eine gesonderte Kalkulation von Bewertungsrelationen für ~~stationäre~~ Behandlungsfälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen (Kurzzeitfallpauschalen).“

- § 17b Abs. 2a nach Satz 1 wird folgender Satz 2 (neu) ergänzt:

„Eine Vergütung mit einer Kurzzeitfallpauschale erfolgt unabhängig davon, ob die Leistung ambulant oder stationär erbracht wird.“

Begründung: Es handelt sich um eine zentrale ordnungspolitische Klarstellung, dass in den neuen Kurzzeitfallpauschalen auch ambulante Leistungen gemäß der Rechtsprechung des BSG enthalten sind.

- § 17b Abs. 2a nach Satz 3 (neu) wird folgender Satz 4 (neu) ergänzt:

„Das Konzept nach Absatz 2a Satz 1 und die Vereinbarung nach Absatz 2a Satz 3 haben die Vorgaben des § 115f Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Überleitung der Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung in Kurzzeitfallpauschalen umzusetzen. [...]“

Begründung: Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung der Anpassungen in § 115f Absatz 1a SGB V. Die in § 115f Absatz 1a formulierten Regelungen zur Überleitung der Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung in Kurzzeitfallpauschalen müssen im Konzept und der Vereinbarung nach Absatz 2a Satz 1 nachvollzogen werden.

- § 17b Abs. 2a nach Satz 4 (alt) wird folgender Satz 8 (neu) ergänzt:

„Eine Vergütung mit einer Kurzzeitfallpauschale erfolgt unabhängig davon, ob Patienten oder Patientinnen das Krankenhaus am gleichen Tag verlassen oder bis zu drei Kalendertage und maximal zwei Übernachtungen im Krankenhaus verbleiben.“

Begründung: Es handelt sich um eine zentrale ordnungspolitische Klarstellung, dass in den neuen Kurzzeitfallpauschalen auch ambulante Leistungen gemäß der Rechtsprechung des BSG enthalten sind.

6) Psych-Krankenhausvergleich abschaffen

Maßnahmenbeschreibung:

Der Psych-Krankenhausvergleich ist abzuschaffen und in Folge dessen auch § 3 BPfIV entsprechend anzupassen. Der Psych-Krankenhausvergleich (Leistungsbezogener Vergleich nach § 4 BPfIV) hat zwischenzeitlich seine Bedeutung verloren, da die Budgetfindung seit Einführung der Personalmindestanforderungen des G-BA im Jahr 2020 durch diese Personalmindestvorgaben bestimmt wird.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die Entlastungswirkung der Maßnahme liegt insbesondere im Wegfall des mit dem Psych-Krankenhausvergleich verbundenen Erhebungs-, Aufbereitungs-, Übermittlungs- und Auswertungsaufwands auf Seiten der Krankenhäuser und des InEK. Für die Vertragsparteien auf der Ortsebene ist keine nennenswerte Entlastungswirkung zu erwarten, da der Psych-Krankenhausvergleich bereits jetzt in den Budgetverhandlungen kaum Anwendung findet.

Durch Verzicht auf den Psych-Krankenhausvergleich wären eine Entlastungswirkung für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen bundesweit **in Höhe von rd. 0,6 Millionen Euro** zu erwarten. Zusätzlich würde eine Entlastung des InEK **von rd. 0,3 Millionen Euro** den Krankenkassen zu Gute kommen.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Streichung des § 4 BPfIV „Leistungsbezogener Vergleich“ sowie Streichung der auf § 4 BPfIV aufsetzenden Vorschriften in § 3 Absatz 3 BPfIV, § 9 Absatz 1 BPfIV und § 18 Absatz 1 BPfIV.

7) Anpassung der Definition von Krankenhausstandorten

Maßnahmenbeschreibung:

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

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Einsparpotential ca. im **zweistelligen Millionenbereich** durch den Abbau von Doppelstrukturen, effizienteren Geräte- und Personaleinsatz, organisatorische Vereinfachung

in Krankenhäusern und bspw. bei MD-Prüfungen, Abbau verwaltungstechnischer Aufwände in zahlreichen Krankenhäusern.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

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

8) Deregulierung von Personalvorgaben in Psychiatrie und Psychosomatik

Maßnahmenbeschreibung:

Der hohe Regulierungsgrad und die administrativen Kosten durch die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) sind unverhältnismäßig. Effizienter Personaleinsatz wird behindert und der therapeutische Spielraum massiv eingeschränkt. Um signifikante Kosteneinsparungen zu erreichen, mit denen die Qualität der Versorgung weiterhin gewährleistet wird, erfordert es folgende Maßnahmen:

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

Flexibilität: Der Berufsgruppenbezug muss aufgehoben werden, um Personal nach den individuellen Behandlungsbedarfen der Patienten einzusetzen. Qualifizierte Berufsgruppen müssen uneingeschränkt eingesetzt werden können.

Nachweise und Prüfungen: Mehrfachprüfungen müssen reduziert werden. Nachweise sind auf ein notwendiges Mindestmaß zu begrenzen.

Sanktionen: Um die Handlungsfähigkeit der Kliniken zu sichern und Effizienzen beim Personaleinsatz zu heben, müssen die Sanktionen so lange ausgesetzt werden, bis die Richtlinie den notwendigen Freiraum für eine wirtschaftliche Steuerung bietet. Eine mögliche künftige Neugestaltung der Sanktionen muss gestuft und verhältnismäßig erfolgen, wobei die Steuerungs- und Anreizwirkung im Transformationsprozess zu berücksichtigen ist. Das Leistungserbringungsverbot muss aufgrund der Versorgungsverpflichtung entfallen.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die Maßnahmen heben systematisch Effizienzen und reduzieren überbordende Verwaltungsaufgaben und -prozesse. Neben der Verschlinkung der Nachweisführung (Entlastung um 20 % bis 40 % der PPP-RL-Verwaltungskosten) resultiert der wesentliche ökonomische Effekt aus der Erhöhung der Freiheitsgrade im Personaleinsatz.

Durch das Aussetzen der Sanktionen entfällt die Notwendigkeit einer ineffizienten Vorhalte- und Personaleinsatzlogik. Dies ermöglicht eine Steigerung der Personaleffizienz um geschätzt mindestens 5 % bis 10 %, da Ressourcen rein nach medizinischer Notwendigkeit statt nach

regulatorischen Vorgaben gesteuert werden. Zudem entfielen die Fokussierung auf das stationäre Setting und ermöglicht die Transformation in Richtung einer stärkeren Ambulantisierung.

Das resultierende Einsparpotenzial für das Gesamtsystem liegt im **zwei- bis dreistelligen Millionenbereich**. Diese Schätzung basiert auf der plausiblen Reduktion des administrativen und operativen Aufwandes sowie Effizienzsteigerungen beim Personaleinsatz durch:

- Flexiblere Personalsteuerung
- Reduktion der Frequenz (Jahresbezug statt Quartalsbezug)
- Reduktion der Granularität (u. a. Gesamteinrichtung statt Standortbezug)
- Reduktion der Prüftätigkeit.

Hinzu kommen die Verwaltungskosten bei den Krankenkassen, dem Medizinischen Dienst, der Selbstverwaltung, den Landesbehörden für Krankenhausplanung usw.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

- Anpassung des § 136a Absatz 2 SGB V: Auftrag zur Deregulation im Umfang von 50 %, Vorgabe zur Änderung der Bezugsgrößen aufnehmen.
- Anpassung des § 137 Absatz 1 SGB V: Modifikation bzw. Aussetzung des unverhältnismäßigen Vergütungswegfalls.

9) Abschaffung des Psych-Personalnachweises und der Übermittlungspflicht zum Pflegepersonal nach § 21 KHEntgG für Psych-Einrichtungen

Maßnahmenbeschreibung:

Der Psych-Personalnachweis gem. § 18 Absatz 2 BPfIV sollte abgeschafft werden. Ziel ist, parallele Nachweissysteme (PPP-RL-Nachweise) und systembedingte Unstimmigkeiten (zweifache Sanktionierung von fehlendem Personal) zu beenden.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Für die Krankenhäuser entstehen Kosten für die jährliche Aufbereitung der vereinbarten und der tatsächlichen Personalstellen, die formgerechte Übermittlung an das InEK sowie für das erforderliche Testat des Wirtschaftsprüfers. Dem InEK, das mit dem Systemzuschlag von der GKV-finanziert wird, entsteht Aufwand für die kontinuierliche Annahme, Aufbereitung und Archivierung der Daten. Zudem kann der Nachweis in den jährlichen Budgetverhandlungen die Personalressourcen sowohl des Krankenhauses als auch der Krankenkassen binden.

Der durch den Psych-Personalnachweis bedingte Aufwand betrifft alle psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen. Mit dem Verzicht auf den Psych-Personalnachweis könnten die Krankenhäuser bundesweit um einen Betrag von **rd. 3 Millionen Euro** entlastet

werden. Zusätzlich würde eine Entlastung des InEK von **rd. 0,24 Millionen Euro** den Krankenkassen zu Gute kommen. Die Entlastungswirkung für die Vertragsparteien der Budgetvereinbarung dürfte jeweils **zwischen 0,1 und 0,7 Millionen Euro** betragen.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Abschaffung des Psych-Personalnachweises durch Streichung von § 18 Absatz 2 BPfIV und § 3 Absatz 3 Sätze 8 bis 10 BPfIV.

10) Abschaffung der Übermittlungspflicht der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zu den Pflegepersonaluntergrenzen in der Somatik

Maßnahmenbeschreibung:

Streichung der Übermittlungspflicht der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zu den Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) in der Somatik. Auch die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen im Geltungsbereich der BPfIV müssen die zur Weiterentwicklung der PpUG, die ausschließlich den Geltungsbereich des KHEntgG betreffen, die Angaben zum Pflegepersonal gemäß § 21 KHEntgG an das InEK übermitteln. Im Geltungsbereich der BPfIV wird das Pflegepersonalausstattung jedoch nicht durch die PpUG, sondern durch die Personalmindestanforderungen der PPP-RL abgesichert (siehe Nr. 8). Zudem liegen die Informationen in der erforderlichen Tiefe und Struktur („Pflege am Bett“) in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen nicht vor, so dass sie ausschließlich zur Erfüllung dieser sinnfreien Vorschrift ermittelt werden müssen.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Für die Ermittlung der erforderlichen Informationen müssen die konkreten Berufsbezeichnungen und Zusatzqualifikationen aller Pflegekräfte erfasst und deren Anteil der „Pflege am Bett“ abgegrenzt werden. Hierzu muss die Personalplanung ggf. alle betroffenen Pflegekräfte einbinden und somit Arbeitskraft binden. Die hierfür anfallenden Kosten der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen dürften bei einer konsequenten Umsetzung der Datenlieferpflicht bundesweit bei **rd. 1,9 Millionen Euro** liegen.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Streichung der Ziffer „e“ in § 17d Absatz 9 KHG.

11) Aussetzung des Bundes-Klinik-Atlas (BKA) oder zumindest der für den BKA eingeführten zusätzlichen Personalmeldepflichten

Maßnahmenbeschreibung:

Das Krankenhausreformatenpassungsgesetz (KHAG) sieht mit der Neufassung des § 135d SGB V in Absatz 1 eine Übertragung der Verantwortlichkeiten für ein Transparenzverzeichnis zur Krankenhausbehandlung (aktuell bekannt als Bundes-Klinik-Atlas – BKA) vom BMG in Zusammenarbeit mit dem IQTIG auf den G-BA vor. Diese Überführung und der vorgesehene Ansatz, die bestehenden Instrumente zur Transparenz über das Leistungsgeschehen und die Qualität in den Krankenhäusern aufeinander abzustimmen und ggf. zusammenzuführen, wird grundsätzlich unterstützt.

Stärken, die der BKA durch die Nutzung grafischer Oberflächen hat, können die Schwächen des Qualitätsberichts in der Veranschaulichung für die Nutzer ausgleichen. Der Qualitätsbericht verfügt allerdings über deutlich mehr Inhalte als der BKA, die zur Transparenz über die Qualität in den Krankenhäusern beitragen. Allerdings löst die neu geregelte Verlagerung der Zuständigkeit nicht die Problematik der Parallelstrukturen, die durch die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Qualitätsberichterstattung gem. § 136b Absatz 1 Nummer 3 SGB V entstehen.

Bis die neuen Vorgaben aus § 135d Absatz 5 SGB V durch den Erlass einer neuen Richtlinie des G-BA zur Umsetzung gelangen können, bleiben für die Krankenhäuser die bürokratischen Aufwände zur Qualitätsberichterstellung und die erheblich erweiterten Datenlieferverpflichtungen nach § 21 KHEntgG für den BKA (detaillierte Meldepflichten für ärztliches Personal) mit dem enormen bürokratischen Aufwand bestehen. Darüber hinaus müssen die Aufwände (Personal, Dienstleister, technische Infrastruktur), die zur Erstellung und Veröffentlichung der Qualitätsberichte sowie des BKA notwendig sind, bis zur Umsetzung von § 135d Absatz 5 SGB V finanziert werden. Die quartalsweisen Datenlieferverpflichtungen der Krankenhäuser zum ärztlichen Personal führen aktuell nicht zu einer Abbildung im BKA. Auch die Leistungsgruppen für die Krankenhäuser sind noch nicht zugeteilt, weshalb die vorgesehene Abbildung im BKA noch nicht umgesetzt werden kann. Der BKA bietet derzeit im Vergleich zu den bestehenden Vergleichsportalen keine transparente und verlässliche Quelle für Patientinnen und Patienten und andere Zielgruppen, da er nur ein begrenztes Spektrum der somatischen Leistungserbringung im Krankenhaus abbildet und psychiatrische und psychosomatische Leistungserbringung vollständig ausschließt.

Die Aufrechterhaltung sinnloser Doppelstrukturen muss unverzüglich beendet werden. Der BKA muss zur inhaltlichen Überarbeitung und sinnvollen Zusammenführung der Datenquellen solange ausgesetzt werden, bis ein Relaunch eines vollwertigen Verzeichnisses auf Basis der neuen Richtlinie des G-BA gemäß § 135d Absatz 5 SGB V vollzogen werden kann.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die Kosten des BKA betragen **jährlich etwa 1,5 Millionen Euro**. Eine Aussetzung des BKA bis zur Umsetzung einer G-BA Richtlinie zur Weiterentwicklung der Berichterstattung würde diese jährlichen Kosten für etwa **die nächsten 2 Jahre** einsparen. Die Aussetzung der zusätzlichen Datenlieferungsverpflichtungen (insb. quartalsweise Meldungen zum ärztlichen Personal nach § 21 Absatz 7 KHEntgG) führt zu einer sofortigen administrativen Entlastung der Krankenhäuser. Da diese Datenpflege und -aufbereitung pro Klinik geschätzt ca. 3 bis 5 Personaltage pro Quartal bindet, ergibt sich ein Einsparpotenzial an Bürokratiekosten von **jährlich etwa 20 bis 35 Millionen Euro**.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Festlegung über die Aussetzung des BKA, bis der G-BA eine Richtlinie nach § 135d Absatz 5 SGB V erlassen hat. Mindestens die Aussetzung der quartalsweisen Datenlieferung nach § 21 Absatz 7 KHEntgG.

12) Umfassende Straffung von Strukturvorgaben (Wechselwirkungen von Leistungsgruppen und G-BA-Richtlinien/-Regelungen)

Maßnahmenbeschreibung:

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) verfolgt der Gesetzgeber ausdrücklich das Ziel, die Regulierung der Krankenhausversorgung zu vereinfachen, Doppelregelungen abzubauen und Krankenhäuser von unnötigem bürokratischem sowie finanziellem Aufwand zu entlasten. Zentrales Element ist die systematische Verknüpfung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen nach § 135e SGB V mit den Strukturqualitätsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und Absatz 4 SGB V. Damit sollte klargestellt werden, dass strukturelle Voraussetzungen primär über die Leistungsgruppen geregelt werden und der G-BA lediglich ergänzend tätig wird.

Diese gesetzgeberische Grundentscheidung wird in der aktuellen Umsetzung jedoch nicht erreicht. Vielmehr bestehen weiterhin erhebliche Unklarheiten hinsichtlich der Zuordnung verbindlicher Qualitätsanforderungen. Die parallele Anwendung zweier Regelungssysteme führt zu Überschneidungen, Überregulierung, Rechtsunsicherheit und vermeidbaren Kostenbelastungen. Treffen faktische Leistungsausschlüsse auf formal sanktionsbewehrte Strukturvorgaben des G-BA, entsteht eine doppelte Eingriffsintensität ohne klar abgegrenzte Zuständigkeiten.

Der Gesetzgeber hat mit der Neufassung des § 136 SGB V klargestellt, dass der G-BA Mindestanforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nur festlegen darf, soweit diese nicht bereits in den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen nach § 135e SGB V enthalten sind, diese Anforderungen erforderlich ergänzen darf, ihnen nicht widersprechen darf und sie aufzuheben sind, sobald vergleichbare Regelungen in den Leistungsgruppen

bestehen. Dies gilt gleichermaßen für Strukturqualitätsrichtlinien wie auch für Mindestmengenregelungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V. Diese gesetzgeberische Vorgabe ist bislang jedoch nicht durchgängig berücksichtigt worden. Erforderlich ist vielmehr die Herstellung einer klaren normativen Rangfolge, wonach die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen nach § 135e SGB V vorrangig gelten und Regelungen des G-BA lediglich ergänzend und subsidiär zur Anwendung kommen dürfen.

Vor diesem Hintergrund ist zwingend Rechtsklarheit herzustellen. Die maßgeblichen Normen müssen widerspruchsfrei und für die Rechtsanwender eindeutig sein. Änderungen von Strukturqualitätsrichtlinien oder Mindestmengenregelungen vor Abschluss der Arbeiten des Leistungsgruppenausschusses und vor Erlass der zustimmungspflichtigen Rechtsverordnung nach § 135e SGB V kommen faktisch einer Vorwegnahme gesetzgeberischer Entscheidungen gleich und unterlaufen die intendierte Systematik.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die Entlastungswirkung ergibt sich insbesondere aus der Vermeidung von Rechtsunsicherheiten und daraus folgenden Rechtsstreitigkeiten sowie aus einem geringeren Bedarf an externer rechtlicher und organisatorischer Beratung. Klare und widerspruchsfreie Vorgaben reduzieren Abstimmungsaufwände mit Kostenträgern und Aufsichtsbehörden und senken damit unmittelbar die damit verbundenen Kosten.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Zur Klarstellung des gesetzgeberisch intendierten Vorrangs der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen sollte § 136 Absatz 4 SGB V wie folgt ergänzt werden, dass der Gemeinsame Bundesausschuss Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nur festlegen darf, soweit diese die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien in erforderlicher Weise ergänzen, nicht im Widerspruch zu ihnen stehen und nicht bereits abschließend durch diese geregelt sind. Dies gilt entsprechend auch für Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V, soweit diese strukturellen Anforderungen mit vergleichbarer Steuerungswirkung enthalten. Den Qualitätskriterien nach § 135e kommt insoweit ein Vorrang zu; Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses haben lediglich ergänzenden und subsidiären Charakter.

13) Reduktion, Straffung und Vereinheitlichung von QS-Nachweispflichten

Maßnahmenbeschreibung:

Die verschiedenen Qualitätssicherungsrichtlinien des G-BA nach § 136 Absatz 1 S. 1 Nr. 2 SGB V, insbesondere QFR-RL und QSFFx-RL (zur PPP-RL siehe zu Nr. 8), enthalten im Rahmen von Nachweisverfahren, Strukturabfragen und weiteren Regelungen zahlreiche nicht harmonisierte und insgesamt übermäßig bürokratische Meldepflichten: kleinteilige, teilweise tagesgenaue und unverzüglich wahrzunehmende Nachweis- und Meldepflichten in verschiedenen Formaten, Bezugszeiträumen und Meldewegen. Der Nutzen dieser Meldungen

ist oft unklar oder gering. Redundante Meldungen müssen zusammengeführt und kleinteilige Meldepflichten vereinfacht werden, um überbordende und unverhältnismäßige bürokratische Aufwände der Krankenhäuser und der Meldungsempfänger (Krankenkassen, IQTIG, G-BA) abzubauen.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

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

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

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

14) Eindämmung von Leiharbeit und AÜG-Bereichsausnahme

Maßnahmenbeschreibung:

Leiharbeit im Krankenhaus hat in den letzten Jahren untragbare Ausmaße angenommen. Leiharbeitsfirmen bestimmen Konditionen und vermitteln Personal zum Vielfachen der tariflichen Kosten an Kliniken. Es bedarf daher wirksamer Einschränkungen der Leiharbeit im Krankenhaus. Krankenhäuser werden aber vielfach selbst ungewollt zu Verleihern, wenn sie im Rahmen der Vorgaben der ärztlichen und pflegerischen Weiterbildung ihre Mitarbeiter an externe Weiterbildungsstellen entsenden. Dies führt für die Krankenhäuser zu hohem bürokratischem Aufwand bei der Beantragung einer Arbeitnehmerüberlassungserlaubnis und auch bei Umgehungsstrategien. Insofern ist hier eine AÜG-Bereichsausnahme im Rahmen der Aus- und Weiterbildung notwendig.

Die Eindämmung der Leiharbeit im Krankenhaus hat darüber hinaus positive Effekte auf die Patientenversorgung. Studien belegen, dass der Einsatz von Leiharbeit im Krankenhaus negative Effekte auf die Patientenversorgung hat. Zudem führt dies zu mehr Zufriedenheit der Krankenhausbeschäftigten, da etwaige Ungerechtigkeit (insbesondere vermeintlich höhere Vergütung, selektive Schichtauswahl) vermieden werden.

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

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

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

Die Berechnungen basieren auf den Grunddaten sowie dem Kostennachweis der Krankenhäuser, die das Statistische Bundesamt veröffentlicht. Die Kosten für Leiharbeit entstammen der Blitzumfrage des DKI zur Leiharbeit aus November 2022². Die Bürokratiekosten für die AÜG-Pflicht von Aus- bzw. Weiterbildungen stellt u. a. auf die Kosten für die Beantragung der Erlaubnis bei der Bundesagentur für Arbeit ab. Zudem fallen weitere Kosten an (z. B. Personalaufwände bei den Krankenhäusern). Auch Umgehungsmaßnahmen (wie z. B. die Kündigung und Wiedereinstellung; ggf. neue Personalakquise) sind mit vergleichbaren Kosten verbunden.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Anpassung AÜG zur Eindämmung der Leiharbeit:

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

Anpassung AÜG für Bereichsausnahme Aus- und Weiterbildung:

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

² Online abrufbar unter: [DKI Blitzumfrage: Leiharbeit im Krankenhaus | DKI](#) [zuletzt abgerufen am 05.05.2026]

15) SÜV: Automatische haus- und fachärztliche Ermächtigung

Maßnahmenbeschreibung:

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

Bislang können SÜV nach § 116a SGB V nur auf Antrag und unter bestimmten Bedingungen eine Ermächtigung für die vertragsärztliche Versorgung erhalten. Fachärztliche Ermächtigungen sind zudem befristet, was die wirtschaftliche und organisatorische Planungssicherheit erheblich erschwert. Um der Intention einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung wirklich gerecht zu werden, Effizienzen zu heben und bürokratische Aufwände abzubauen, ist in § 116a SGB V gesetzlich festzulegen, dass grundsätzlich jede SÜV eine institutionelle Ermächtigung zur hausärztlichen und – je nach Planungsentscheidung des Landes – fachärztlichen Versorgung erhält. Dies beseitigt die hohen administrativen Hürden langwieriger Einzelermittlungsverfahren durch die Zulassungsausschüsse. Die automatische Ermächtigung verhindert Verzögerungen bei der Aufnahme ambulanter Tätigkeiten und schließt Versorgungslücken (insbesondere in ländlichen Gebieten) rascher. Die Belastung für Patienten sinkt, da Sektorenbrüche und unnötige Transporte vermieden werden.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die Maßnahme führt zu einem nahezu vollständigen Wegfall aufwendiger Prüf-, Genehmigungs- und Einspruchsverfahren. Davon profitieren nicht nur die Kliniken, sondern auch die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, die als Akteure in den Zulassungsausschüssen erhebliche personelle und zeitliche Ressourcen für diese bürokratischen Prozesse binden. Das Einsparvolumen ist plausibel im **zwei- bis dreistelligen Millionenbereich** anzusiedeln:

- Administrative Ersparnis: Wegfall hunderter komplexer Einzelverfahren (Personal- und Rechtskosten bei Kassen, KVen und Kliniken).
- Vermeidung teurer stationärer Behandlungen: Durch die sofortige ambulante Handlungsfähigkeit der SÜV werden teure Fehlbelegungen (stationäre Aufnahme mangels ambulanter Kapazität) konsequent vermieden.
- Effizienzrendite: Die Bündelung von Leistungen an einem Ort reduziert Transportkosten und Mehrfachdiagnostik.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

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

16) Ersatz der krankenhausesindividuellen, quartalsabhängigen Prüfquote durch eine feste Prüfquote

Maßnahmenbeschreibung:

Gemäß § 275c Absatz 2 Satz 2 ff. SGB V wird für jedes Krankenhaus für jedes Quartal eine hausindividuelle Prüfquote ermittelt. Deren Höhe ist Abhängig vom Anteil derjenigen Abrechnungen des jeweiligen Krankenhauses, die vom Medizinischen Dienst im Rahmen einer Prüfung unbeanstandet geblieben sind und beträgt bis zu 5 %, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen bei 60 % oder mehr liegt, bis zu 10 %, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen zwischen 40 % und 60 % liegt und bis zu 15 %, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 40 % liegt. Das GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz sieht vor, dieses System weiterzuführen, allerdings unter Anhebung der Prüfquoten und der diesbezüglichen Schwellenwerte. Künftig soll die Höhe der zulässigen Prüfquote bis zu 5 %, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen bei 80 % oder mehr liegt, bis zu 15 %, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen zwischen 60 % und 80 % liegt sowie bis zu 25 %, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 % liegt, betragen. Zudem soll der Schwellenwert für eine Vollprüfung bei vermuteter systematischer Falschabrechnung von unterhalb von 20 % unbeanstandeter Schlussrechnungen auf unterhalb von 40 % unbeanstandeter Schlussrechnungen angehoben werden.

Statt der Fortführung dieses aufwändigen und fehleranfälligen Systems unter Anhebung der Schwellenwerte und der zulässigen Prüfquoten in der zweiten und dritten Kategorie sollte eine für alle Krankenhäuser geltende, feste Prüfquote in Höhe von maximal 10 % festgelegt werden.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Auswirkungen hat diese Maßnahme für alle Krankenhäuser, die mit Prüfungen des Medizinischen Dienstes für vollstationäre Krankenhausbehandlungen konfrontiert werden. Die Ermittlung der jeweiligen krankenhausesindividuellen Prüfquote erfordert die Verarbeitung und Übermittlung einer Vielzahl von Daten. Dies birgt die Gefahr einer erheblichen Fehleranfälligkeit in sich. Auf dieser Basis ermittelte, objektiv falsche Prüfquoten führen zu unnötigen Prüfungen und wirken sich auf ggfs. zu zahlende Aufschläge nach § 275c Absatz 3 SGB V aus, was zu teilweise langwierigen (Rechts-)Streitigkeiten im Nachgang einer MD-Prüfung führt. Letztlich besteht auch vielfach Unsicherheit, welchem Quartal welche Prüfung zuzuordnen ist. Diesen Unsicherheiten wird entgegengewirkt, wenn die aufwändige und fehleranfällige Prüfquotenermittlung durch eine feste Prüfquote ersetzt wird. Mit dieser Maßnahme würde ein wesentlicher Aspekt des intendierten Bürokratieabbaus umgesetzt und eine Vielzahl von Streitigkeiten vermieden.

Die Festsetzung der Höhe der festen Prüfquote ist vor dem Hintergrund der beabsichtigten Erhöhung der Prüfquoten sowie der Schwellenwerte durch das GKV-

Beitragssatzstabilisierungsgesetz zu sehen. Eine feste Prüfquote in Höhe von bis zu 10 % stellt zwar eine Verschlechterung gegenüber dem geltenden System dar, aber nur, wenn man allein den Fortbestand der geringsten Prüfquote in Höhe von 5 % berücksichtigt, in der aktuell die Mehrzahl der Krankenhäuser eingeordnet ist. Durch die beabsichtigten Änderungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes im Hinblick auf die wesentlichen Parameter der Prüfquotenzuordnung zum Nachteil der Krankenhäuser wird es hingegen für sie schwieriger, die niedrigste Quote zu erreichen. Die Anhebung der Schwellenwerte wird dazu führen, dass die Mehrzahl der Krankenhäuser mindestens in die zweite Gruppe der Prüfquote, die dann bis zu 15 % beträgt, fallen wird. Auch wird sich der Anteil der Krankenhäuser, die in die dritte Gruppe fallen, wegen der Anhebung der Schwellenwerte erhöhen und es drohen Prüfquoten, die noch nicht einmal zu Zeiten der unbegrenzt zulässigen Prüfungen realisiert wurden. In der Praxis ist faktisch eine Verdoppelung bzw. Verdreifachung der Prüfungen in den Krankenhäusern zu erwarten, also eine massive Ausweitung des Prüfgeschehens, was zu einer Erweiterung von Aufwand und Bürokratie im Krankenhaus führt.

Demgegenüber begrenzt eine feste Prüfquote in Höhe von maximal 10 % den Aufwand für die Krankenhäuser, aber auch für die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste, gewährleistet gleichzeitig aber auch den Krankenkassen die Möglichkeit, Abrechnungen der Krankenhäuser in ausreichendem Umfang auf deren Korrektheit hin zu überprüfen, denn die bislang realisierte, durchschnittliche Prüfquote liegt bei ca. 8 – 8,5%. Vor dem Hintergrund dieser Feststellungen erscheint eine Begrenzung der Prüfquote auf 10 % geboten zu sein, für eine Ausdehnung auf 15 % oder gar 25 % bestehen aufgrund der nachgewiesenen hohen Abrechnungsqualität der Krankenhäuser keine sachlich nachvollziehbaren Gründe.

Dabei ist die Verringerung des Aufwandes, den eine Begrenzung der Prüfquote auf 10 % mit sich bringt, gegenüber dem Aufwand, der eine durchschnittliche Prüfquote von 15 % verursacht, enorm. Ausgehend von den Ermittlungen des Bundesrechnungshofes in seinem Bericht zur Abrechnungsprüfung³ betragen die Verwaltungsaufwände der Krankenkasse im Rahmen der Einzelfallprüfung 17 € je Krankenhausabrechnung. Geht man davon aus, dass den Krankenhäusern Verwaltungsaufwände in vergleichbarer Höhe entstehen, ergeben sich bei der aktuellen durchschnittlichen **Prüfquote von 8 %** bei 17,5 Mio. Behandlungsfällen Verwaltungsaufwände für die Krankenhäuser in Höhe von **ca. 23,8 Mio. €**. Bei einer Erhöhung der **Prüfquote auf 10 %** ergäbe sich ein Verwaltungsaufwand in Höhe von **ca. 29,75 Mio. €**, bei einer Erhöhung auf **15 %** beträgt der Verwaltungsaufwand bereits **ca. 44,63 Mio. €**. Ein Verzicht auf die angestrebte massive Erhöhung der Schwellenwerte und Prüfquoten und stattdessen eine Festlegung der Prüfquote auf maximal **10 %** verringert die drohende zusätzliche Belastung der Krankenhäuser mit Verwaltungsaufwand **um ca. 14,88 Mio. €**.

³ Online abrufbar unter:

www.bundesrechnungshof.de/SharedDocs/Downloads/DE/Berichte/2019/krankenhausberechnungen-volltext.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [zuletzt abgerufen am 05.05.2026]

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Die krankenhausesindividuelle, quartalsbezogene Prüfquote wird durch eine feste Prüfquote in Höhe von maximal 10 % ersetzt.

§ 275c Absatz 2 SGB V wird durch folgenden Absatz 2 ersetzt:

„Eine Krankenkasse darf in jedem Quartal bis zu 10% der von den nach Absatz 1 Satz 1 prüfbaren Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen.“

§ 275c Absätze 4 und 5 SGB V werden ersatzlos gestrichen.

17) Krankenhauskapazitätssurveillance

Maßnahmenbeschreibung:

Gemäß Verordnung zur Krankenhauskapazitätssurveillance (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.

Zudem bestehen teilweise weitere Meldepflichten über landesrechtliche Register (z. B. IG NRW und IVENA).

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 eine ständige epidemiologische Überwachung der Krankenhauskapazitäten nicht mehr notwendig, insbesondere nicht an Wochenenden, an denen der Empfänger der Meldungen diese auch nicht auswertet oder sichtet.

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

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die Meldungen müssen unter großem Aufwand des Krankenhauspersonals täglich erfolgen und binden Personal.

Da nach dem Ende der Pandemie eine ständige epidemiologische Überwachung der Krankenhauskapazitäten nicht mehr notwendig ist, können die vorgeschlagenen Maßnahmen den täglichen Aufwand des Krankenhauspersonals deutlich senken, das dann wieder für andere Aufgaben zur Verfügung steht.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

- **Vollständige Aussetzung der KHKapSurV** bis zum erneuten Eintreten einer der Pandemie vergleichbaren kritischen Gesundheitslage.

Alternativ Reduzierung der Meldehäufigkeiten auf 3 Tage pro Woche:

Änderungsvorschlag 1:

§ 1 Absatz 2 KHKapSurV wird wie folgt geändert:

*„Die Übermittlung der Angabe nach Absatz 1 hat ab dem 20. September 2022 **täglich Montag, Mittwoch und Freitag** bis 11 Uhr mit Stand des Vortages um 12 Uhr zu erfolgen.“*

Änderungsvorschlag 2:

§ 2 Absatz 2 KHKapSurV wird wie folgt geändert:

*„Die Übermittlung der Angaben nach Absatz 1 hat ab dem 26. November 2022 **täglich Montag, Mittwoch und Freitag** bis 12 Uhr zu erfolgen.“*

- Außerdem besteht teilweise eine doppelte Meldeverpflichtung auf Landesebene (IVENA) – hier sollten entsprechende Schnittstellen geschaffen und Doppelstrukturen abgebaut werden.
- Zudem sollten die Meldewege vereinfacht und am Bedarf der Meldeverpflichteten ausgerichtet werden (insbesondere ins DIVI-Register).
- 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.
- Sanktionen gegen die Meldeverpflichtung sind zu streichen.

Änderungsvorschlag:

§ 73 Absatz 1a Nr. 2a IfSG wird wie folgt geändert:

„2a. entgegen § 13 Absatz 5 Satz 1, auch in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach Satz 3 Nummer 1, ~~oder entgegen § 13 Absatz 7 Satz 1 in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach Satz 4 Nummer 1 bis 3 oder 4~~ eine dort genannte Angabe

nicht, nicht richtig, nicht vollständig, nicht in der vorgeschriebenen Weise oder nicht rechtzeitig übermittelt, ...“

18) Meldepflichten nach Infektionsschutzgesetz

Maßnahmenbeschreibung:

§ 6 IfSG regelt die 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 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.

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

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Eine Verschlinkung des Meldeprozesses und insbesondere die Streichung gleichlautender Meldungen durch den behandelnden Arzt und das feststellende Labor würden sowohl das Krankenhauspersonal als auch das die Meldungen verarbeitenden Gesundheitsamt entlasten.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

- Verschlinkung des Meldeprozesses und Streichung der gleichlautenden Meldungen durch den behandelnden Arzt und das feststellende Labor.

Alternativ: Solange keine pandemische Lage o. ä. besteht, besteht kein zwingender Bedarf für einen unnötig aufwendigen, hohen Detailierungsgrad fallbezogener Meldungen.

- Wichtig ist 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.

19) Implantateregister (§ 24 Implantateregistergesetz)

Maßnahmenbeschreibung:

Gemäß § 24 Absatz 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 Artikel 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 Artikel 5 Absatz 1 c) DS-GVO.

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.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die Maßnahme würde den durch die „doppelte“ Information entstehenden zusätzlichen Verwaltungsaufwand (Ausdruck und Übergabe/ Schicken von Unterlagen) minimieren.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

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 Artikel 14 DS-GVO, die die Geschäftsstelle nach § 7 Absatz 4 IRegG erstellt hat, über den Implantatepass und ggf. über den Entlassbrief vorliegt. Zudem stehen derartige zusätzliche, unaufgefordert herauszugebende Informationen im Widerspruch zu Artikel 15 DS-GVO (Recht auf Auskunft) sowie dem Grundsatz der Datenminimierung gemäß Artikel 5 Abs. 1c) DS-GVO.

Änderungsvorschlag: In § 24 Absatz 1 IRegG wird Nr. 2 ersatzlos gestrichen.

20) Implantateregister (§ 25 Implantateregistergesetz)

Maßnahmenbeschreibung:

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. Wird direkt mit diesem Kostenträger abgerechnet, so gilt die Informationspflicht nach § 25 IRegG bereits mit der Abrechnung der implantatbezogenen Maßnahme als abgegolten. Sofern die Leistung eines bei einer gesetzlichen Krankenkasse, einem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder einem sonstigen Kostenträger Versicherten als Selbstzahlerleistung oder mit einer Unfallkasse oder Berufsgenossenschaft abgerechnet wird, muss nach § 25 IRegG der gesetzlichen Krankenkasse, dem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder dem sonstigen Kostenträger gemeldet werden, dass eine meldepflichtige implantatbezogene Maßnahme durchgeführt wurde. Dies erfolgt durch Übermittlung der Krankenversichertennummer (KVNR).

Die Meldung nach § 25 IRegG betrifft also Selbstzahler und BG-Fälle mit Versicherung im Inland: Es geht um die Übermittlung der KVNR an diese Versicherungen, damit diese später den Vitalstatus der Patientin bzw. des Patienten an das Register übermitteln können. Da die Meldung nach § 25 IRegG über ein Papierformular erfolgt, ist dies mit hohen Aufwänden für die Krankenhäuser verbunden. 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. Aus diesem Grund legen nicht alle PKV-Patienten ihre KVNR vor der Maßnahme vor, auch wenn sie gesetzlich zur Mitwirkung verpflichtet sind.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Da die Meldung nach § 25 IRegG derzeit auf Papier erfolgt, und das Formular entweder per Post oder Fax an die zuständige Krankenkasse geschickt werden muss, entstehen hohe Aufwände.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Schaffung eines elektronischen Verfahrens zur Umsetzung der Nachweispflicht. Es wäre wünschenswert, wenn die Meldung direkt durch den Patienten oder Träger der gesetzlichen Unfallversicherung erfolgt. Im letzteren Fall ist eine Anpassung der regulativen Rahmenbedingungen erforderlich, da die Unfallversicherungsträger die KVNR derzeit nicht erhalten. → Schaffung eines elektronischen Meldeverfahrens und ggf. Finanzierung der Softwarekosten, wenn dieses nicht kostenfrei genutzt werden kann.

21) Implantateregister-Betriebsverordnung

Maßnahmenbeschreibung:

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 (gemäß Implantatepass und § 24 IRegG). Dies bedeutet einen enormen Aufwand für die von der Patientin bzw. dem Patienten angefragten Krankenhäuser, da die Übermittlungswege höchst komplex sind und Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erforderlich werden.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Durch die vorgeschlagene Maßnahme wird der Aufwand für die von der Patientin bzw. dem Patienten angefragten Daten auf die Krankenhäuser beschränkt, die die implantatbezogene Maßnahme durchgeführt haben.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Änderungsvorschlag:

§ 22 Absatz 2 IRegBV wird wie folgt geändert:

„(2) Das Verlangen nach Absatz 1 kann ~~über jede~~ **nur über die** Gesundheitseinrichtung, die **die** implantatbezogene Maßnahmen ~~in Bezug auf die nach Abschnitt 1 vom Wirkbetrieb umfassten Implantattypen~~ durchführt **hat**, eingereicht werden.“

22) Energieaudit

Maßnahmenbeschreibung:

Gemäß § 8 Absatz 3 des Gesetzes über Energiedienstleistungen und andere Energieeffizienzmaßnahmen (EDL-G) sind Unternehmen von der Pflicht, ein Energieaudit durchzuführen, befreit, wenn sie ein Umweltmanagementsystem bzw. Energiemanagementsystem eingerichtet haben oder mit dessen Einrichtung begonnen haben.

Im Gesetz zur Steigerung der Energieeffizienz in Deutschland (Energieeffizienzgesetz – 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 (§ 8 Absatz 2). Wenn die Errichtung des UMS/ EMS während dieser 20 Monate nicht vollendet sein sollte, muss zusätzlich ein Energieaudit durchgeführt werden.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die vorgeschlagene Änderung würde die Krankenhäuser, die gerade dabei sind, ein UMS/ EMS einzurichten, entlasten.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

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

Änderungsvorschlag:

§ 8 Absatz 2 EnEFG wird wie folgt geändert:

„(2) Unternehmen, die bis zum Ablauf des 17. November 2023 den Status eines Unternehmens nach Absatz 1 erlangt haben, müssen ein Energie- oder Umweltmanagementsystem bis zum Ablauf des 18. Juli 2025 eingerichtet haben. Unternehmen, die ab dem 18. November 2023 den Status eines Unternehmens nach Absatz 1 erlangen, müssen ein Energie- oder Umweltmanagementsystem spätestens 20 Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem sie diesen Status erlangt haben, eingerichtet haben. Unternehmen im Sinne von Satz 1 und 2 sind bis zum Nachweis der Einrichtung eines Energie- oder Umweltmanagementsystems von der Verpflichtung zur Durchführung von Energieaudits nach § 8 Absatz 1 des Gesetzes über Energiedienstleistungen und andere Effizienzmaßnahmen befreit, ~~längstens jedoch bis zum Ablauf der in Satz 1 oder 2 genannten Fristen.~~“

23) Untersuchung auf Legionellen im Trinkwasser

Maßnahmenbeschreibung:

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.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die vorgeschlagene Änderung verhindert die Durchführung aufwändiger Maßnahmen, die – ausgehend vom Ausmaß der Gesundheitsgefährdung – nicht notwendig sind. Dadurch können insbesondere auch Kosten für umfangreiche bauliche Maßnahmen eingespart werden.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Änderung des § 51 Absatz 1 TrinkwV dahingehend, dass die einzuleitenden Maßnahmen nur dann erforderlich werden, wenn Legionella pneumophila Serotyp 1 nachgewiesen wurde.

Änderungsvorschlag:

§ 51 Absatz 1 TrinkwV wird wie folgt ergänzt:

*„(1) Wird in einer Trinkwasserinstallation **Legionella pneumophila Serotyp 1 nachgewiesen und** der in Anlage 3 Teil II festgelegte technische Maßnahmenwert für den Parameter Legionella spec. erreicht, so hat der Betreiber der Wasserversorgungsanlage, in der sich die Trinkwasserinstallation befindet, unverzüglich ...“*

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

Maßnahmenbeschreibung:

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

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Gemäß § 22 Absatz 3 DeQS-RL sind der Haushalt sowie ein jährlicher Geschäftsbericht, welche mindestens eine für die Aufgaben nach § 6 differenzierte Übersicht der entstandenen Kosten umfassen, durch die LAG bis spätestens zum 30. Juni des Folgejahres an den G-BA zu übermitteln und zu veröffentlichen. Das Einsparpotenzial kann somit leicht recherchiert oder beim G-BA erfragt werden. Die Kosten unterscheiden sich landesspezifisch aufgrund des unterschiedlichen Umfangs an Leistungserbringen, die über die DeQS-RL adressiert werden. Die Kosten liegen **zwischen mehreren Zehntausend bis in den Millionenbereich**.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Schaffung einer entsprechenden Vorgabe im SGB V, damit der G-BA in Folge eine entsprechende Anpassung der DeQS-RL vornehmen kann.

25) Abschaffung der Digitalisierungsabschlagsvereinbarung

Maßnahmenbeschreibung:

Gemäß § 5 Absatz 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 Absatz 1 Satz 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.

Die Abschlagsregelungen sind mit einem erheblichen bürokratischen Aufwand verbunden. Einerseits muss der Umsetzungsstand von ca. 100 Kriterien jährlich pro Krankenhausstandort dokumentiert werden. Andererseits fordern die Krankenkassen in unsachgemäßem Umfang Nachweise, insbesondere Vertragsunterlagen zu unterschiedlichsten digitalen Diensten. Diese müssen aufwändig aufbereitet, übermittelt und von den Verhandlungspartnern geprüft werden. Dem Aufwand steht keinerlei Mehrwert in der Versorgung gegenüber.

Zudem zeigen die Zahlen der Fördermittelbewilligungen und die Ergebnisse des DigitalRadar deutlich, dass die Krankenhäuser der vom Gesetzgeber geförderten und geforderten Digitalisierungsoffensive in den stationären Versorgungsprozessen in vollem Umfang nachkommen. Insofern läuft die Sanktionierung als Anreizsystem ins Leere, erzeugt aber fortlaufend bürokratischen Aufwand auf Seiten der Krankenhäuser und auf Seiten der Krankenkassen, der nicht mehr zu rechtfertigen ist.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Der Abschlag wird standortbezogen berechnet. Erfahrungsgemäß gehen wir davon aus, dass ein jährlicher Aufwand von etwa 10 Personentagen pro Standort bei den Krankenhäusern und den Krankenkassen entsteht.

Bei ca. 2.900 Krankenhausstandorten und durchschnittlichen Personalvollkosten von etwa 380 € pro Tag ergibt sich daraus ein Einsparpotential von **etwa 11 Mio. € pro Jahr**.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Ersatzlose Streichung von § 5 Absatz 3h KHEntgG

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Wegelystraße 3
10623 Berlin

Tel. (030) 3 98 01-0

Fax (030) 3 98 01-3000

E-Mail dkgmailto@dkgev.de