

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT



Weniger Bürokratie – Mehr Ressourcen für Patientinnen und Patienten

Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft
zum Abbau von Überbürokratisierung



Diskutieren, entscheiden, handeln.

Zusammenfassung

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

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat umfangreiche Lösungsvorschläge zum Bürokratieabbau zusammengestellt, die sowohl **systemische, wie auch konkrete Ansätze** umfassen. **Allgemein** müssen...

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

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

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

... die Normgebung und -durchsetzung neuorganisiert werden, z. B. im Bereich der Qualitätssicherung, und dabei auf eine strikte **Trennung von Normgebung und Durchsetzung** geachtet werden.

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

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

- In der **Qualitätssicherung**: Konsequente Umsetzung des G-BA Eckpunktebeschlusses zur Erhöhung der Effektivität und Effizienz der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung, Anpassungen bei den Qualitätssicherungsrichtlinien und den Qualitätsberichten der Krankenhäuser, sowie Einrichtung eines Webportals für einfache Datenabfragen
- Bei den **Personalnachweispflichten**: Grundlegende Überarbeitung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie, Abschaffung des Psych-Personalnachweises und der Pflegepersonaluntergrenzen, Anpassungen bei der Pflegepersonalbedarfsbemessung
- Aussetzung oder Vereinfachung der **Krankenhauskapazitätssurveillance**, Beschränkung der **Meldepflichten zu Infektionskrankheiten** auf die Labormeldepflichten, Überarbeitung der Dokumentationspflicht für **Import-Arzneimittel bei Lieferengpass**

- In der **Organisation von Anschlussversorgung**: Aufwandsreduktion bei Antragstellung und Verlängerung der maximalen Dauer von Übergangspflege, Vereinheitlichung der Einleitungswege für Anschluss-Rehabilitation
- Im Bereich **Krankenhaus-Finanzierung**: Neuausrichtung des PEPP-Systems, Abschaffung des Psych-Krankenhausvergleich, Streichungen von Nachweisen zur zweckgerechten Mittelverwendung, Abschaffung der Digitalisierungsabschlussvereinbarung, Abschaffung der DRG- und G-BA-Systemzuschläge zugunsten einer direkten Finanzierung, Durchführung des Zuzahlungsinkassos wieder durch die Krankenkassen
- Bei der **Zulassung zur Leistungserbringung**: Verschlinkung und Vereinfachung der Antrags- und Mitteilungsverfahren für das ambulante Operieren im Krankenhaus, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung und NUB-Leistungen
- Im Bereich **elektronische Abrechnung**: Vermeidung von Abrechnungen in Papierform, Anpassung der Datenübermittlungsmöglichkeiten nach § 301 bzw. § 300 (Nachricht SAMU, Aufnahmenachricht, Orpha-Codes und Chargendokumentationspflicht bei Arzneimitteln) sowie einheitlicher Umgang mit der Krankenhaus-Einweisungs-Richtlinie
- Im Bereich **Gesundheitsdaten & Datenschutz: Datenstrategie**: Mehrfachnutzung des § 301-Datenstandards und Bereitstellen von Katalogdaten und Schlüsseldaten in leistungsrechtlich verbindlicher und maschinenlesbarer Form. **Informationspflichten**: Abschaffung der Patientenquittung und der Frage nach bzw. Datenübermittlung an die Hausärztin bzw. den Hausarzt, Anpassungen beim Implantate-Register, Freistellung für Krankenhäuser aus den Datenbereitstellungspflichten im Rahmen des Europäischen Gesundheitsdatenraumes, Abschaffung der Informationspflicht über die elektronische Patientenakte für Krankenhäuser und finanzielle Kompensation für Kopien der Patientenakte. **Einwilligungspflichten**: Abschaffung des Einwilligungsvorbehaltes zur Mitteilung eines Pflegegrades bei Privatpatientinnen und Privatpatienten, der Patienteninformation und Einwilligung in das Entlassmanagement in Schriftform, der Einwilligung in die elektronische Übermittlung von Anschlussheilbehandlungs-Anträgen sowie des Einwilligungsvorbehaltes um Datenübermittlungspflichten zum Transplantationsregister
- **Zum Prüfwesen durch den Medizinischen Dienst (MD): Allgemein**: Vereinheitlichung von OPS-Strukturprüfungen und Qualitätsprüfungen zu einem gemeinsamen Prüfregime, Abschaffung der alleinigen Zuständigkeit des MD für die Ausgestaltung der Begutachtungsleitfäden und Einführung eines übersichtlichen Standarddokumentensatzes für die Abrechnungsprüfung. **StrOPS-Prüfung**: Grundlegende Überarbeitung der StrOPS-Richtlinie, u. a. durch kritische Überprüfung der vorgeschriebenen Strukturmerkmale, Verlängerung der Gültigkeit von Bescheinigungen, Einführung einer zentralen Datenbank, sowie Streichung der Vorhaltefrist vor Beginn der Leistungserbringung. **Abrechnungsprüfung**: Streichung der Aufschlagszahlung oder Umwandlung in eine Pauschale
- Bereichsausnahme der Krankenhäuser in Bezug auf das **Handels- und Dienstleistungsstatistikgesetz** sowie das **Lieferkettensorgfaltsgesetz**, Vereinfachung der **Anerkennungsverfahren für internationale Talente aus Drittstaaten**, Streichung der Befristung beim **Energieaudit** und Anpassung der **Trinkwasserverordnung** in Bezug auf Legionellen

Inhaltsverzeichnis:

Aktuelle Lage und Herausforderungen

- I. Komplexität und Detailtiefe von Vorschriften
- II. Struktur der Normgebung und -durchsetzung
- III. Administrative Aufwände in den Krankenhäusern

Grundlegende Ansatzpunkte eines ernsthaften Bürokratieabbaus

- I. Entbürokratisierungspotentiale von Vorschriften
 - a. Vereinfachung und Vereinheitlichung von Nachweispflichten
 - b. Bürokratiebegrenzung bei neuen Vorschriften
 - c. Regelmäßige Evaluation bestehender Vorschriften
 - d. Konkreter Handlungsbedarf
- II. Umstrukturierung von Normgebung und -durchsetzung
- III. Flankierende Maßnahmen zur Entlastung der Krankenhäuser

Anhang

Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Abbau von Überbürokratisierung

Aktuelle Lage und Herausforderungen

Unnötige Bürokratie im Gesundheitswesen – im Folgenden als Überbürokratisierung bezeichnet – muss dringend abgebaut werden. In dieser Zielsetzung sind sich Selbstverwaltung, Länder, Bund und Bundesgesundheitsministerium im Prinzip einig. Durch verbesserte Vorgaben können erhebliche personelle Kapazitäten freigesetzt werden, die für eine empathische, zugewandte Patientenversorgung dringend benötigt werden: Schon eine Stunde weniger Bürokratie pro Vollkraft und Tag setzt rein rechnerisch 120 Tsd. Vollkräfte in den Krankenhäusern frei¹. Diese Entlastung ist insbesondere wichtig, da die demografische Entwicklung einerseits zu einem steigenden Versorgungsbedarf und andererseits zu einer Verknappung des vorhandenen Personals führt.

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

- I. Komplexität und Detailtiefe der Rechtsnormen
- II. Struktur der Normgebung und -durchsetzung
- III. Administrative Aufwände in den Krankenhäusern

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

I. Komplexität und Detailtiefe von Vorschriften

Die gesetzliche sowie untergesetzliche Normsetzung im Gesundheitssektor war in den vergangenen Jahren durch einen umfassenden Reform- und Veränderungswillen geprägt. Allein in der vergangenen 19. Legislaturperiode sind - die Pandemie herausgerechnet - 29 Gesetze mit unmittelbarer Relevanz für die Krankenhäuser in Kraft getreten. Für die aktuelle 20. Legislaturperiode sind erneut diverse Gesetzesvorhaben in Planung bzw. befinden sich bereits in der Umsetzung. Hinzu kommen weitere Vereinbarungen und Richtlinien, die auf der Selbstverwaltungsebene getroffen werden. Zugleich werden bestehende Vorschriften hinsichtlich neuer Gesetzesvorhaben, Vereinbarungen und Richtlinien oft nicht ausreichend angepasst, zusammengefasst oder außer Kraft gesetzt.

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

¹ Rechengrundlage: 965 Tsd. Vollkräfte (Statistisches Bundesamt, Ärztliches und nichtärztliches Personal in Krankenhäusern 2022)

Praxisbeispiel:

Für den Bereich der Personalausstattung bestehen unter anderem Nachweispflichten gemäß der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV), der Richtlinie Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) des G-BA, den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser des G-BA, im Rahmen des § 21-Datensatzes (die 2024 für den TransparenzAtlas nochmals deutlich erweitert wurden) sowie im Rahmen der Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV).

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

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

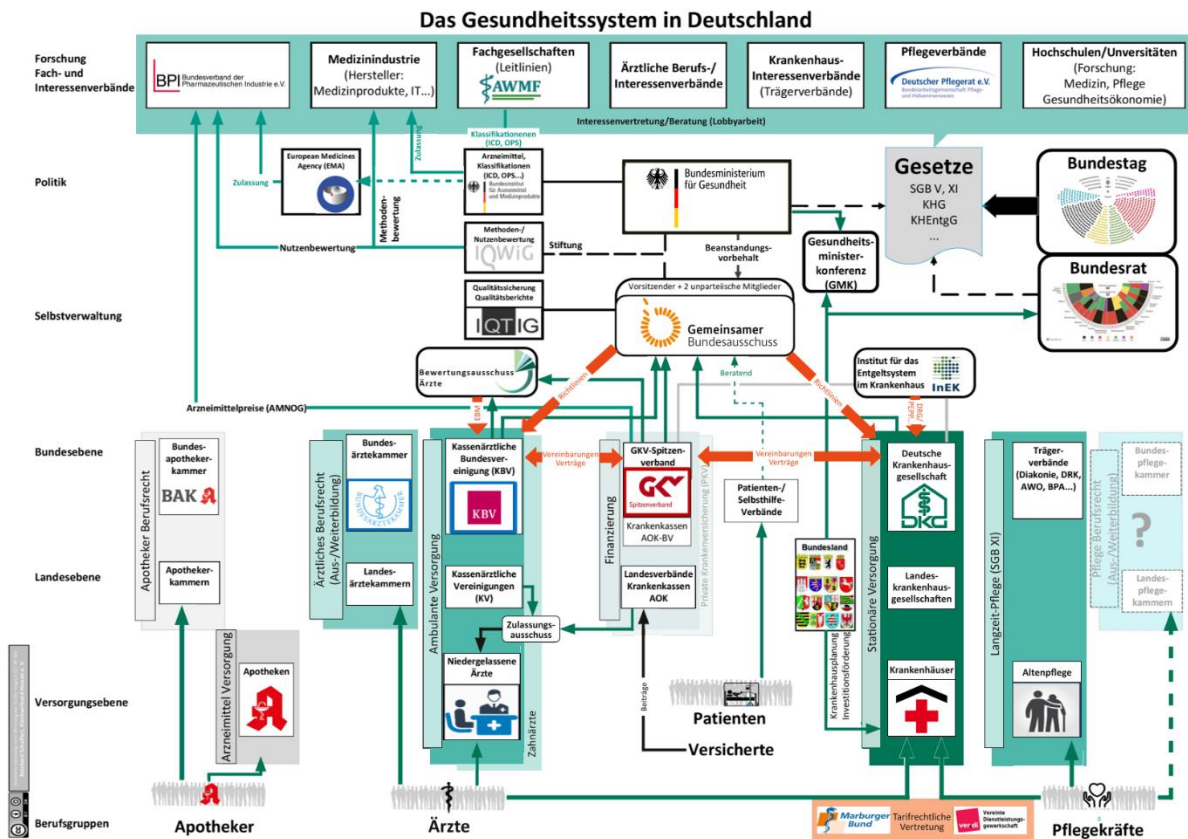
Praxisbeispiel:

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

Warum bei bestimmten Gesetzen eine externe Kontrolle der Bürokratiekostenberechnung erfolgt, bei anderen dagegen nicht, und warum in der untergesetzlichen Normsetzung wiederum eine Selbstkontrolle durchgeführt wird, ist den Akteuren in der Versorgung, etwa den Krankenhäusern, kaum vermittelbar: Für sie sind alle Vorgaben rechtlich bindend und müssen gleichermaßen erfüllt werden. Zudem handelt es sich lediglich um Prüfungen der korrekten Bürokratiekostenermittlung, nicht jedoch des Inhalts: Das Kosten-Nutzen-Verhältnis der neuen Vorschrift oder ob es Überschneidungen zu anderen Vorgaben gibt, wird daher nicht ermittelt. Auch werden neue Vorschriften selbst bei negativem Prüfergebnis nicht zwingend gestoppt, sondern das Prüfergebnis muss lediglich gemeinsam mit den Drucksachen veröffentlicht werden.

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

II. Struktur der Normgebung und -durchsetzung



Die Gesundheitsversorgung in Deutschland wird nicht nur zentral durch die Gesetzgebung des Bundes, sondern in wesentlichen Punkten auch durch die Subsidiaritätsprinzipien von Föderalismus und Selbstverwaltung geprägt. Durch die Gesetzgebung der Länder werden bundesweit gesetzte Rahmenbedingungen komplettiert und an die verschiedenen Verhältnisse vor Ort angepasst. In der näheren Ausgestaltung von Verordnungen und Richtlinien auf untergesetzlicher Ebene durch die Selbstverwaltung wird zudem sichergestellt, dass Behandlungsrealität und Praxisperspektive mitberücksichtigt werden. In seiner momentanen Ausgestaltung trägt das skizzierte System² der Normgebung und -durchsetzung allerdings selbst zur Überbürokratisierung bei:

Durch das Nebeneinander von Gesetzen über Verordnungen und Richtlinien bis hin zu technischen Umsetzungsvorgaben werden Zuständigkeiten innerhalb des Gesetzgebungsprozesses zunehmend zersplittert. Gleichzeitig werden durch die klassische Normenhierarchie³ Umsetzungshindernisse erst spät offenbar. Notwendige Anpassungen auf höheren Ebenen sind dann nicht mehr zeitnah umsetzbar⁴.

Die Selbstverwaltungspartner haben einen gesetzlichen Auftrag zur Interessenswahrung. Deshalb sind notwendige Kompromisse in den untergesetzlichen Richtlinien oft kleinteilig. Zusätzlich kommt es aufgrund der Ausgestaltung von Zuständigkeiten und der faktischen Besetzung von Gremien anhaltend zur Bevorzugung bestimmter Interessen gegenüber anderen. In der Vergangenheit wurde durch die Neuorganisation

² Klinikverbund Hessen, via <https://www.klinikverbund-hessen.de/fachinformationen/details/schema-zum-gesundheitssystem-in-deutschland.html> vom Klinikverbund Hessen, [aus Gründen der Lesbarkeit wird in der Graphik auf eine gendergerechte Sprache verzichtet](#)

³ Im Rahmen der klassischen Normenhierarchie sind z. B. allein für den Bereich der Pflegepersonaluntergrenzen vier Vorschriften zu beachten: die Verordnungsermächtigung nach § 137i SGB V und die Pflegepersonaluntergrenzenverordnung durch das BMG, sowie die PpUG-Sanktionsvereinbarung und die PpUG-Nachweisvereinbarung zwischen DKG und GKV-SV. Insgesamt entspricht das einem Umfang von etwa 95 DinA4 Seiten.

⁴ Dies betrifft z. B. Hürden im Bereich der technischen Operationalisierung

von Strukturen und das Einbinden neutraler Akteure mehrfach versucht dem entgegenzuwirken.⁵ von Strukturen und das Einbinden neutraler Akteure mehrfach versucht dem entgegenzuwirken

Praxisbeispiel:

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

III. Administrative Aufwände in den Krankenhäusern

In der Folge werden die deutschen Krankenhäuser seit Jahren mit einer überzogenen Dokumentation konfrontiert und überlastet. Dies gilt über Träger-, Größen-, Stadt-Land- und Bundesländergrenzen hinweg. Um der unüberschaubaren Flut von Dokumentations- und Nachweispflichten gerecht zu werden, müssen immer mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für administrative Zwecke abgestellt werden. So erhöhte sich die Zahl der Vollkräfte im Verwaltungsdienst allein zwischen 2010 und 2022 um 17 % und verursacht inzwischen 6 % der Gesamtpersonalkosten in den Häusern⁶. Aber auch Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte sind derzeit 3 bis 4 Stunden pro Tag mit administrativen Tätigkeiten beschäftigt, wie verschiedene Erhebungen konstant belegen⁷. Das führt zu zunehmender Unzufriedenheit bei allen Beschäftigten und zu weniger Zeit für den direkten Kontakt mit den Patientinnen und Patienten.

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

Ausgewählte Stimmen aus den Krankenhäusern⁸:

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

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

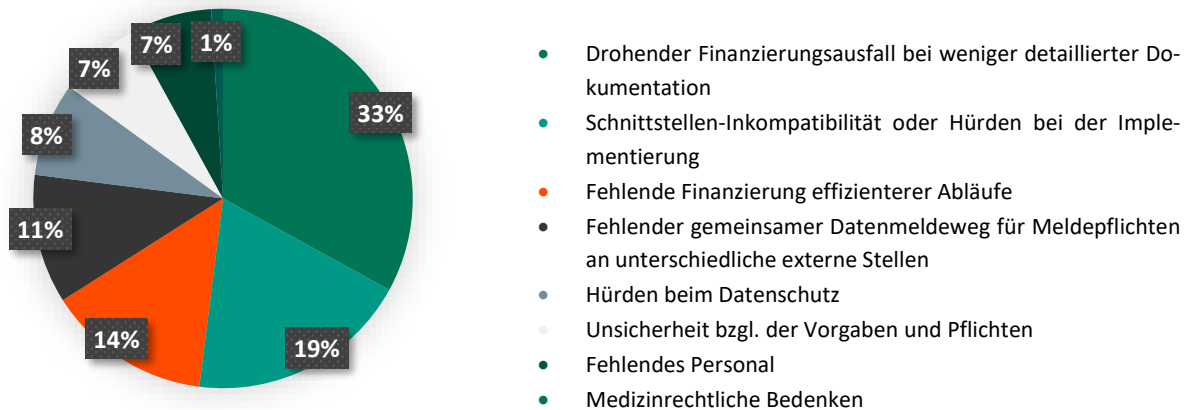
⁵ Vgl. z.B. MDK-Reformgesetz, In Kraft getreten am 01.01.2020

⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt Destatis 2023

⁷ Vgl. MB-Monitor 2022 via <https://www.marburger-bund.de/bundesverband/themen/marburger-bund-umfragen/mb-monitor-2022-zu-wenig-personal-zu-viel-buerokratie> und HIMSS-Studie 2015 via https://www.nuance.com/asset/de_de/collateral/healthcare/analyst-report/ar-dragon-medical-zeitdiebe-im-krankenhaus-de-de.pdf

⁸ Kommentare aus der DKG-Umfrage zur Bürokratiebelastung in den Krankenhäusern, Februar 2024

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



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

Grundlegende Ansatzpunkte eines ernsthaften Bürokratieabbaus

I. Entbürokratisierungspotentiale von Vorschriften

Vereinfachung und Vereinheitlichung von Nachweispflichten

Nachweispflichten (beispielsweise für Strukturvorgaben oder Personelnachweise) sollten grundlegend vereinfacht werden, indem sie in der Regel nur einmal abgefragt bzw. auf eine einzelne Rechtsgrundlage beschränkt werden. Es ist nicht nachvollziehbar, warum gleiche Sachverhalte für verschiedene Zielvorhaben, etwa im Rahmen von Qualitätsprüfungen und StrOPS-Anträgen, mehrfach nachgewiesen und unterschiedlich aufbereitet werden müssen. Bei Begrenzung auf eine einmalige Nachweispflicht entfällt neben der aufwändigen, mehrfachen Datenaufbereitung und -übermittlung auch die mehrfache Kontrolle gleicher Sachverhalte aufgrund unterschiedlicher Prüfungsgrundlagen mit unterschiedlichen Rechtsfolgen. Das entlastet nicht nur die Krankenhäuser, sondern auch die entsprechenden Prüfinstanzen.⁹

Nachweispflichten, die ausnahmsweise innerhalb mehrerer Zielvorhaben abgefragt werden, müssen in einem zweiten Schritt zumindest normiert werden: Das umfasst die Verwendung einer einheitlichen Bezugsgröße¹⁰, die Begrenzung auf eine einheitliche und angemessene Detailtiefe¹¹ und eine einheitliche Gültigkeitsdauer für alle betroffenen Nachweispflichten. Bei der Normierung muss auch die technische Umsetzbarkeit berücksichtigt werden: Messmethoden, die sich aufwandsarm in die vorbestehenden Daten- und IT-Strukturen einpflegen bzw. aus diesen ableiten lassen, sind zu bevorzugen. Zur Sicherstellung der Praxisauglichkeit müssen in den Gestaltungsprozess außerdem Praxisvertreterinnen und -vertreter einbezogen werden. Zudem muss die Gültigkeitsdauer für bereits erbrachte Nachweise deutlich verlängert werden¹², um einen aktuell unverhältnismäßig hohen Aufwand zu beschränken.

⁹ Vgl. auch Anhang, Seiten 13ff., 20ff., 63ff.: Vorschläge zur Qualitätssicherung, zur Personalausstattung und zum Prüfwesen

¹⁰ Beispielsweise Einigung, ob ein Parameter mit 2-Schicht, 3-Schicht oder Tagesbezug und Patientenzahl- oder Bettenzahlabhängig erfasst werden muss.

¹¹ Vgl. auch Anhang, Seite 65: Dokumentenanforderung durch den Medizinischen Dienst)

¹² Vgl. auch Anhang, Seite 67: MD-StrOPS-Prüfung

Ferner muss für jede Nachweispflicht verpflichtend überprüft werden, ob sie durch eine Auswertung ohnehin vorhandener technischer Routinedaten ersetzt werden kann (sog. Sekundärdatennutzung¹³). Häufig wird nicht berücksichtigt, dass viele Aufgaben, die mit komplexen und sanktionsbewehrten Meldepflichten einher gehen, aus bereits vorhandenen Datenströmen und -Standards automatisiert und aufwandsärmer abgeleitet werden können. Das birgt vor allem dann Synergiepotentiale, wenn wenige Schnittstellen (z. B. Fall / Abrechnungsdaten, Personaldaten) konsequent ausgebaut und dann mehrfach genutzt werden, statt immer neue Berichtspflichten mit abweichenden Standards parallel bedienen zu müssen. Hier kann Überbürokratie besonders effektiv eingespart werden. Zudem handelt es sich um ein sehr transparentes Verfahren, da beispielsweise fehlerhafte Technik oder inhaltliche Defizite im Detail offenbart werden. Voraussetzung für die Sekundärdatennutzung ist, dass der Empfängerkreis der verwendeten Routinedaten inhaltlich und zeitlich unter Beachtung des Datenschutzes zweckgebunden und bedarfsgerecht erweitert wird.

Sämtliche bestehende und künftige Nachweispflichten für gleiche Sachverhalte sind an die jeweilige Normierung anzupassen. Überschneidungen zwischen einzelnen Rechtsgrundlagen werden so identifiziert und abgebaut und die Berichtspflichten für die Krankenhäuser vereinheitlicht und vereinfacht. Vorgaben müssen lediglich dann nicht normiert werden, wenn klar voneinander getrennte Bereiche mit eigenen Bedürfnissen betroffen sind¹⁴. Zudem sollte gesetzlich festgelegt werden, dass Krankenhäuser nur dann zur Nachweiserbringung verpflichtet werden dürfen, wenn die entsprechende Position auf sie zutrifft.

Bürokratiebegrenzung bei neuen Vorschriften

Damit Vereinfachung und Vereinheitlichung von Nachweispflichten konsequent umgesetzt werden, muss die Bürokratiefolgenabschätzung im Vorfeld neuer Vorschriften über ihre heutige Form hinaus deutlich erweitert werden. Dazu müssen unabhängig von der Regulierungsebene (Bund, Länder, Selbstverwaltung) die gleichen Regeln gelten. Außerdem sollte nicht nur, wie bereits üblich, die Methodik der Bürokratiefolgenabschätzung bewertet werden, sondern auch eine inhaltliche Prüfung erfolgen¹⁵. Werden die resultierenden Mehraufwände als unverhältnismäßig hoch eingestuft, sollte es künftig eine Verpflichtung zur Nachbesserung geben. Die Bürokratiefolgenabschätzung muss Konsequenzen haben, um ihren Zweck zu erfüllen und nicht selbst zu unnötiger Bürokratie beizutragen. Um diese Ziele zu erreichen, müssen die bereits vorhandenen Strukturen ausgebaut und gestärkt werden: Der Normenkontrollrat muss personell aufgestockt und um Expertinnen und Experten aus Klinik sowie aus der technischen Umsetzung ergänzt werden. Gleichzeitig muss die Rolle als neutrales Gremium zwingend gewahrt werden.

¹³ Vgl. auch Anhang, Seite 26: Krankenhauskapazitätssurveillance

¹⁴ Z. B. sollten die Pflegepersonalnachweise für die Psychiatrie nach PPP-RL und für die Somatik nach PpUGV und PPR 2.0 aufgrund unterschiedlicher Behandlungsrealitäten nicht vereinheitlicht werden. Dass die Psychiatrie ebenfalls die Pflegekräfte i. R. des §21 Datensatzes melden muss, die der Logik der PpUGV folgt, ist dagegen nicht nachvollziehbar (vgl. auch Anhang, Seite 25: Übermittlungspflicht zur PpuG nach § 21 KHEntgG für Psych-Einrichtungen)

¹⁵ Details hierzu siehe vorheriges Kapitel

Nach Inkrafttreten neuer Vorschriften bedarf es ausreichender Umsetzungsfristen, damit sie in geeigneten Softwarelösungen umgesetzt und betroffene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter adäquat geschult werden können. Nur so wird sichergestellt, dass neue Vorgaben möglichst aufwandsarm in bestehende Prozesse integriert werden. Eine adäquate Anpassung der Umsetzungsfristen ist insbesondere auch dann erforderlich, wenn zuvor Verzögerungen im Gesetzgebungsprozess aufgetreten sind¹⁶. Auch reicht es ganz klar nicht aus, digitale Lösungen für neue Regelungen per se als bürokratieabbauend zu betrachten, wie es der Gesetzgeber häufig tut. Digitale Lösungen wirken nur dann bürokratieabbauend, wenn die zugrunde liegenden Prozesse analysiert und angepasst werden können. Dies muss auch in der Normgebung konsequent berücksichtigt werden. Entsprechend bedarf es einer klaren Verantwortlichkeit auf Seiten der Normgebung, neue Regelungen prozesseffizient und bürokratieminimierend umzusetzen. Dazu gehört auch, dass Normenverzeichnisse mit gesetzgeberischem Charakter grundsätzlich frei abrufbar und auswertbar sein müssen und sie vom Normgeber in entsprechend strukturierten Formaten sowie historisiert tagesaktuell und redundanzfrei bereitgestellt werden¹⁷.

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

Regelmäßige Evaluation bestehender Vorschriften

Bestehende Gesetze und Verfahren müssen regelmäßig kritisch evaluiert und angepasst bzw. außer Kraft gesetzt werden, wenn sie ihre ursprünglichen Ziele verfehlen¹⁸, diese in neuen Verfahren besser abgebildet werden¹⁹ oder sich ihre Aufwand- / Nutzen-Relation als nicht verhältnismäßig erweist²⁰.

Konkreter Handlungsbedarf

Die DKG hat zu einer Vielzahl von Gesetzen, Verordnungen und Vereinbarungen aus den Bereichen

- *Qualitätssicherung*
- *Personalausstattung*
- *Krankenhauskapazitätssurveillance*
- *Infektionsschutz*
- *Lieferengpässe*
- *Anschlussversorgung*

¹⁶ Vgl. z. B. Krankenhaustransparenzgesetz, in Kraft getreten am 28.03.2024: Trotz des verspäteten Inkrafttretens ist als Frist zur erstmaligen Lieferung neuer Nachweise nach §21 KHEntgG, Abs. 7 weiter der 15.01.2024 benannt, als zweite Frist der 15.04.2024. Beide Fristen konnten mangels der notwendigen technischen Voraussetzungen faktisch nicht erfüllt werden, haben aber zu großer Verunsicherung in den Krankenhäusern geführt.

¹⁷ Vgl. auch Anhang, Seite 51: Datenbereitstellungspflichten für Normgeber

¹⁸ Vgl. auch Anhang, u. a. Seite 33 und 34: PEPP-System und Psych-Krankenhausvergleich

¹⁹ Vgl. auch Anhang, Seite 23: Pflegepersonaluntergrenzen (PpUGV)

²⁰ Vgl. auch Anhang, Seite 30: Übergangspflege

- *Krankenhaus-Finanzierung*
- *Zulassung zur Leistungserbringung*
- *Abrechnung*
- *Umgang mit Gesundheitsdaten & Datenschutz*
- *MD-Prüfwesen*
- *Sonstige Entlastungspotentiale*

konkrete Lösungsvorschläge erarbeitet, um Überbürokratisierung konsequent abzubauen. Diese Vorschläge sind im beigefügten *Anhang* ausführlich dargestellt.

II. Umstrukturierung von Normgebung und -durchsetzung

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

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

Diese Vorschläge müssen aufgegriffen und ergänzende Überlegungen auch für weitere Bereiche der Normsetzung und Durchführung im Gesundheitssektor getroffen werden. Klassische Normenhierarchien müssen dabei möglichst vermieden und verschiedene Experten (z. B. aus Selbstverwaltung, IT und Praxis) frühzeitig in die Gestaltungsprozesse neuer Vorschriften eingebunden werden. Durch den Einbezug der praktischen Vertreterinnen und Vertreter und jener aus der technischen Operationalisierung werden insbesondere unverhältnismäßig hohe Umsetzungsaufwände und die tatsächlich entstehende bürokratische Belastung frühzeitig erkennbar. Noch im Gesetzgebungsprozess selbst müssen in solchen Fällen entsprechende Gegenmaßnahmen erfolgen.

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

²¹ Ein neues System der Qualitätssicherung und -verbesserung der Patientenversorgung“, Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., 11. März 2024

III. Flankierende Maßnahmen zur Entlastung der Krankenhäuser

Eingesparte Ressourcen verbleiben bei den Krankenhäusern

Durch den konsequenten Abbau von Überbürokratisierung sinken Kosten und Personalmehreinsatz für diverse Erfassungsvorgänge. Diese eingesparten Ressourcen müssen bei den Krankenhäusern verbleiben. Nur so können flankierende Maßnahmen finanziert werden, die geeignet sind, die administrativen Abläufe in den Häusern weiter zu entlasten und so im Ergebnis wieder mehr Zeit für die medizinische Behandlung von Patientinnen und Patienten zu haben. Diese Maßnahmen sind dringend erforderlich, weil die Finanzierung von medizinischen Leistungen und Investitionen der Krankenhäuser schon seit langem unzureichend sind. Der Investitionsbedarf wird von den Bundesländern bereits seit Jahrzehnten nicht adäquat refinanziert. Jedes Jahr wächst das so entstehende Defizit um aktuell etwa 3 Mrd. €²². Bei aktuell rund 80 % defizitären Kliniken ist auch die Betriebskostenfinanzierung strukturell absolut unzureichend. Allein seit Beginn der Inflationskrise 2022 hat sich in diesem Bereich ein Gesamtdefizit von über 11 Mrd. €²³ entwickelt.

Effiziente Softwarelösungen fördern

Gute Digitalisierung setzt gut durchdachte Prozesse voraus. Beispielsweise müssen, im Gegensatz zu papiergebundenem Vorgehen, sämtliche Sonderkonstellationen technisch vollständig abgebildet werden. Das macht gute digitale Lösungen hochkomplex und teuer. Gleichzeitig können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch geeignete Softwarelösungen, wie z. B. die Integration von Personalmeldungen, DEMIS-Meldungen und Bettenbelegungen über Standardschnittstellen deutlich entlastet werden. Anwenderfreundlichkeit, Interoperabilität und Zeitersparnis für die Mitarbeitenden müssen in den Fokus genommen werden. Zielvorgabe sollte immer sein, dass Daten innerhalb des Krankenhausinformationssystems (KIS) nur einmal händisch erfasst und dann automatisiert zwischen den verschiedenen Komponenten des Systems ausgetauscht und weiterverarbeitet werden können. Werden im Rahmen der Behandlung digitale Daten erzeugt, sollen diese den Patientinnen und Patienten (kostenfrei) zur Verfügung gestellt werden (ePA). Die Kosten hierfür müssen jedoch in der Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser abgebildet werden. Werden darüber hinaus Daten für Berichts- und Datenübermittlungspflichten an Dritte zur Verfügung gestellt, muss auch dieser Aufwand adäquat abgebildet werden. Dies würde einerseits die Transparenz des bürokratischen Aufwandes und damit die Sensibilität für dessen Vermeidung fördern. Andererseits würden die Krankenhäuser endlich in die Lage versetzt, die Kosten für die Entwicklung von Schnittstellen oder die Schulung des notwendigen Personals zu refinanzieren und nicht aus anderen Quellen quer zu finanzieren.

Freigesetzte Personalressourcen nutzen

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

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

²³ Vgl. Defizituhr der DKG

Anhang

Qualitätssicherung

1. Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung: G-BA Eckpunktebeschluss vom 21. April 2022

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

Hintergrund

Seit Einführung der Fallpauschalen und Sonderentgelte in Deutschland müssen Krankenhäuser zur Messung ihrer Versorgungsqualität in ausgewählten Leistungsbereichen Daten erheben, aufbereiten und an die Bundesebene übermitteln, um sich einem bundes- und landesbezogenen Leistungserbringervergleich zu stellen. Zunächst nach der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL, außer Kraft getreten zum 1. Januar 2021), seit 2019 nach der auch für den vertragsärztlichen Bereich geltenden Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL), in die sämtliche Leistungsbereiche der QSKH-RL überführt wurden. Mittlerweile besteht die DeQS-RL aus 15 Verfahren, von denen 3 sektorenübergreifend und 12 ausschließlich für die Krankenhäuser gelten. Im Erfassungsjahr 2022 wurden ca. 4 Mio. Datensätze erhoben.

Problemstellung:

- Zeitaufwändige Erhebung und Ausleitung bzw. Übermittlung der QS-Dokumentation je Behandlungsfall in den von der DeQS-RL geregelten Verfahren.
- Zeitaufwand für die krankenhausinterne Einarbeitung in die neue und anschließend jährlich aktualisierte Softwarespezifikation einschließlich Ausfüllhinweisen, in die jeweils die adressierten Fachdisziplinen (Abteilungsleitungen) einbezogen werden müssen.
- Zeitaufwand für die Abstimmung und Wartungsarbeiten mit dem EDV-Dienstleister bzgl. des großen jährlichen Updates zum jeweils neuen Erfassungsjahr (kann bei großen KH mehrere Tage in Anspruch nehmen) aber auch bzgl. der kleineren unterjährigen Software-Updates (regelmäßige QS-Filter-Anpassungen bzgl. der Ein- und Ausschlusskriterien für ICD / OPS Codes im Herbst oder kleinere Fehlerbehebungen durch das IQTIG).
- Zeitaufwändige krankenhausinterne Weiterleitung der Auswertungsergebnisse in Form der quartalsweisen Zwischenberichte und des jährlichen Rückmeldeberichtes an die adressierten Fachdisziplinen (Abteilungsleitungen).
- Im Falle rechnerischer Auffälligkeiten: Zeitaufwand für die Erstellung schriftlicher Stellungnahmen je auffälligem Qualitätsindikator durch die zuständigen Fachabteilungen und deren fristgerechte Ausleitung an die zuständige LAG bzw. das IQTIG. Der hohen Anzahl rechnerischer Auffälligkeiten steht aufgrund des methodischen Überarbeitungsbedarfes vieler Qualitätsindikatoren (z. B. durch Aktualisierung aus LL-Entwicklungen, technischem Fortschritt, Deckeneffekten) nur eine relativ geringe Anzahl tatsächlich qualitativer Auffälligkeiten gegenüber, sodass sich neben dem hohen Aufwand durch das ständige Anwachsen der Verfahren, Qualitätsindikatoren und Kennzahlen über die Jahre auch ein Akzeptanzproblem für die datengestützte Qualitätssicherung ergeben hat. Ein weiteres Akzeptanzproblem ergibt sich durch methodische Hürden, da neue Verfahren jeweils ohne Test eingeführt werden. Lediglich über die Sanktionsfreiheit und Nicht-Veröffentlichung der Ergebnisse im ersten Jahr wird dies etwas aufgefangen. (Wobei das IQTIG mittlerweile der Auffassung ist, dass die methodische Entwicklung der Qualitätsindikatoren so ausgereift sei, dass eine Veröffentlichung auch bereits im ersten Erfassungsjahr vertretbar sei; vgl. Methodische Grundlagen Version 2.1).
- Wenngleich § 299 SGB V vorgibt, dass die Datenerhebungen in der Regel auf eine Stichprobe zu begrenzen sind, wurden die Verfahren der DeQS-RL bislang stets als Vollerhebung konzipiert.

Lösungsvorschläge

- Methodische Überarbeitung der bestehenden Verfahren im Hinblick auf Aufwand und Nutzen ([vgl. G-BA-Eckpunktebeschluss vom 21. April 2022](#)) mit dem Ziel der Überarbeitung, Aussetzung oder Aufhebung von Datenfeldern, Qualitätsindikatoren oder des gesamten QS-Verfahrens. Bislang liegen IQTIG-Empfehlungen für 9 Verfahren vor. Die [Umsetzung der Empfehlungen zu den ersten drei Modellverfahren](#) gemäß Beauftragung vom 19. Mai 2022 erfolgt zum Erfassungsjahr 2025. Das IQTIG [überarbeitet derzeit alle übrigen DeQS-Verfahren auf Basis der Ergebnisse aus den Modellverfahren](#) gemäß Beauftragung vom 19. Januar 2023. DKG-Kritik: Zur Aufwandsbetrachtung muss regelhaft auch der Aufwand aus den Stellungsverfahren einbezogen werden. Dies wurde vom IQTIG nur exemplarisch durchgeführt. Insgesamt werden die bislang vorliegenden Empfehlungen seitens der DKG aber befürwortet.
- Identifikation und Fokussierung auf relevante Verbesserungspotenziale der Versorgungsqualität ([vgl. G-BA-Eckpunktebeschluss vom 21. April 2022](#)). Das IQTIG erarbeitet hierfür ein wissenschaftliches Konzept, um die Verfahren der datengestützten QS im Hinblick auf Bereiche mit besonderer Fehleranfälligkeit oder einem erwartbar hohen Patientennutzen neu- bzw. weiterzuentwickeln. Das IQTIG wurde am 12. Mai 2023 beauftragt, ein [Konzept zur kontinuierlichen und systematischen Identifizierung von relevanten Qualitätsdefiziten und Verbesserungspotenzialen](#) zu entwickeln und anzuwenden.
- Weitgehender Verzicht auf QS-Dokumentation und Nutzung alternativer Datenquellen (z. B. Krebsregisterdaten) oder bereits für andere Zwecke erhobener Daten (z. B. Abrechnungsdaten, Sozialdaten bei den Krankenkassen). Dies ist ebenfalls im o. g. G-BA-Eckpunktebeschluss verankert und vom IQTIG bei der Verfahrensneu- und -weiterentwicklung zu beachten. So wurde das IQTIG beispielsweise am 2. November 2022 mit der [Integration von Sozialdaten für die DeQS-Verfahren der Hüft- und Knieendoprothesenversorgung \(QS HEP, QS KEP\)](#) beauftragt. Unter anderem soll untersucht werden, ob und inwieweit die aktuell bestehenden Datenfelder in der QS-Erhebung durch Sozialdaten ersetzt bzw. ergänzt werden können.
- Weiterentwicklung des Stellungsverfahrens. Die Qualitätsindikatoren sollten wieder stärker als Aufgreifkriterien verwendet werden und die Beurteilung, ob tatsächlich ein Qualitätsdefizit vorliegt, der Begutachtung durch Fachexperten überlassen bleiben. Nach Auffassung der DKG reichen wenige Qualitätsindikatoren je Verfahren aus und der Aufwand für die QS-Dokumentation könnte weiter reduziert werden. Das IQTIG wurde am 6. März 2024 mit der [Weiterentwicklung des Verfahrens der qualitativen Beurteilung](#) beauftragt.
- Fokussierung auf Stichproben anstatt Vollerhebungen. Das IQTIG wurde am 6. Dezember 2023 mit der [Entwicklung und Erprobung eines Stichprobenkonzeptes zur Weiterentwicklung der datengestützten Qualitätssicherung](#) beauftragt (Folgebeauftragung aus der o. g. Beauftragung vom 19. Mai 2022 zu den drei Modellverfahren gemäß G-BA-Eckpunktebeschluss vom 21. April 2022, vgl. erster Spiegelpunkt).
- Beispiel: Weiterentwicklung der Einrichtungsbefragung im Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektion“ (QS WI) im Hinblick auf Effektivität und Effizienz. Das IQTIG wurde am 19. Januar 2023 mit der [Weiterentwicklung des Verfahrens](#) beauftragt. Es werden gesetzliche Regelungsinhalte (z. B. aus den Hygieneverordnungen der Länder) abgefragt, die bereits durch die Gesundheitsämter auf der Landesebene kontrolliert werden. Aus Sicht der DKG sollte die Einrichtungsbefragung in dieser Form für die Krankenhäuser abgeschafft werden. Über das Modul der fallbezogenen QS-Dokumentation im Verfahren QS WI werden Krankenhäuser weiterhin in das Verfahren einbezogen. Bei rechnerischen Auffälligkeiten könnte das Hygiene- und Infektionsmanagement geprüft werden.

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

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

Hintergrund

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

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

Problemstellung:

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

Lösungsvorschläge

- Die Richtlinien müssen überarbeitet werden, sodass redundante Meldepflichten zu identischen Inhalten entfallen; wo mehrere Meldungen zu ähnlichen Inhalten notwendig sind, sollen diese prozessual und in der Regelungsgrundlage aufeinander abgestimmt sein. Nach Möglichkeit sollte dabei auch zwischen G-BA-Vorgaben und anderweitigen Vorgaben harmonisiert werden (z. B. Pflegepersonalquoten zu G-BA-Richtlinien und PpUGV).
- Zu kleinteilige Meldepflichten bspw. zu eng beschränkten Ausnahmetatbeständen, die nur bestimmte Anforderungen betreffen, sind nicht zielführend und sollen entfallen.
- Meldepflichten sollten über ein zentrales Webportal wahrgenommen werden (s. o.).

3. Qualitätsberichte der Krankenhäuser

§ 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V, Regelungen des G-BA über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichtes für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Qb-R); § 136b Abs. 1 Nr. 3 sowie Abs. 6 und 7 SGB V und § 135d SGB V (Krankenhaustransparenzgesetz)

Hintergrund

Gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V i. V. m. § 136b Abs. 6 und 7 SGB V sind Krankenhäuser zur Qualitätsberichterstattung verpflichtet. Einzelheiten sind in den Regelungen zum strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) festgelegt. In den Qualitätsberichten werden jährlich umfangreiche Daten zu Leistungsspektrum und -umfang, zu Ergebnissen gem. DeQS-RL und zu Qualitätssicherungsverfahren der Krankenhäuser erfasst und veröffentlicht. Die Qualitätsberichte schaffen Transparenz über die Qualität und Strukturen der Krankenhausversorgung. Die Daten der Qualitätsberichte werden von zahlreichen Internetportalen verwendet und dienen insbesondere Patientinnen und Patienten und Leistungserbringern als umfassende Grundlage für informierte Entscheidungen.

Mit dem Krankenhaustransparenzgesetz, insbes. dem neuen § 135d SGB V, wird das neue „Transparenzverzeichnis“ geschaffen, das mit der identischen Zielsetzung weitgehend identische Daten veröffentlichen soll. Während die Qualitätsberichte durch den G-BA betreut werden, untersteht das Transparenzverzeichnis nur dem BMG.

Problemstellung:

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

Lösungsvorschlag

- Die Qb-R müssen überarbeitet werden, sodass Parallelitäten zum Transparenzverzeichnis vermieden werden; die DKG hat bereits in ihrer Stellungnahme zum KHVVG angeregt, § 136b Abs. 6 SGB V dahingehend anzupassen.

4. Neue gesetzliche Vorgabe zur Etablierung eines Webportals für einfache Datenabfragen gemäß diversen Richtlinien des G-BA

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

Hintergrund

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

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

Problemstellung:

- Datenübermittlungswege und -verfahren zum Zweck der gesetzlichen Qualitätssicherung sind stark fragmentiert; sie unterscheiden sich neben dem Inhalt und Umfang auch in ihrem Zeitpunkt, Bezugszeitraum, Meldeweg, Adressat / Empfänger und in ihrer Häufigkeit.
- Krankenhäuser müssen für zahlreiche verschiedene Datenerfassungen, Meldungen, Nachweise, Strukturabfragen etc. verschiedener G-BA-Richtlinien und Regelungen jeweils spezifische Verfahren befolgen und teilweise spezifische kostenintensive Softwaremodule anschaffen.
- Für einige Nachweisverfahren muss die Richtigkeit der Angaben durch eine, teils noch postalisch zu übermittelnde, unterschriebene Konformitätserklärung bestätigt werden.

Lösungsvorschläge

- Im Zeitalter der Digitalisierung ist es dringend erforderlich, dass die Meldewege vereinheitlicht werden und die normativ auferlegte Datenerfassung für jede Einrichtung so einfach wie möglich gemacht wird. Hierfür ist ein zentrales Webportal vom bzw. im Auftrag des Normgebers zur Sicherstellung eines transparenten und wirtschaftlichen Vorgehens zu implementieren, analog z. B. zu ELSTER.
- Dieses Webportal soll insbesondere Richtlinien adressieren, die mit ihren Vorgaben einerseits eine vergleichsweise geringe Menge an zu erhebenden Daten vorsehen und andererseits direkte Datenflüsse vom Absender an die Empfänger vorgeben. Zum Teil sind Verfahren hierfür spezifisch, aber eben nicht kohärent festgelegt (bspw. Struktur-Richtlinien); zum Teil werden hierfür Insellösungen von in einem Oligopol agierenden Softwareanbieter auf Kosten der abhängigen Leistungserbringer entwickelt, bei denen häufig individuelle Umsetzungsprobleme zu Tage treten (z. B. Mm-R, DeQS-RL). Die Verlagerung dieser Datenübermittlungen in ein Webportal vereinfacht einzelne Verfahren an sich, macht spezifische Softwaremodule überflüssig und lässt die Menge an notwendigen Übermittlungen insgesamt übersichtlicher navigieren.

- Ein offizielles Webportal des G-BA / IQTIG mit Dateneingabemöglichkeit sowie einer Schnittstelle für ggf. käuflich zur Verfügung stehenden Software stellt eine verbindliche und transparente Grundlage für einen effizienten Datenaustausch aller am Prozess Beteiligten dar.
- Der G-BA wird gesetzlich beauftragt, ein zentrales Webportal zur Verfügung zu stellen, über das Krankenhäuser gebündelt verschiedene Datenübermittlungspflichten aufwands- und kostenarm wahrnehmen können; Authentifizierungs- und Plausibilisierungsprozesse tragen dazu bei, die Integrität und Validität der Daten zu gewährleisten.

5. Mindestmengen

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

Hintergrund

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

Problemstellung:

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

Lösungsvorschläge

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

Personalausstattung

6. Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

§ 136a Abs. 2 S. 1 SGB V, PPP-RL

Hintergrund

Seit 2020 gilt für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung die „Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie“ (PPP-RL). Sie legt Mindestvorgaben (Minutenwerte) für die Personalausstattung der Kliniken differenziert nach den Berufsgruppen Ärztinnen bzw. Ärzte, Psychologinnen bzw. Psychologen, Pflegefachpersonen, Bewegungstherapeutinnen bzw. Bewegungstherapeuten, Spezialtherapeutinnen bzw. Spezialtherapeuten und Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeiter fest. Sowohl in der Nachweisforderung als auch im Rahmen der Qualitätskontrollen des MD sind die Aufwände äußerst umfangreich. Verlangt werden vier Lieferungen im Jahr mit Nachweisen an bis zu drei Datenempfänger. Befindet sich eine Klinik in der Stichprobe gemäß § 16 Abs. 8 PPP-RL, müssen pro Standort zwei Dateien und insgesamt 28 Tabellenblätter mit Daten bis auf Stations- und Monatebene ausgefüllt werden. Die geforderten kleinteiligen, stationsbezogenen Dokumentationen sind nicht an die zunehmend stationsübergreifend durchgeführte und am individuellen Patientenbedarf orientierte Behandlung ausgerichtet. Die Datenlieferung auf Vollkraftstunden-Ebene bedeutet zudem, dass jede Arbeitsstunde in einem aufwendigen Verfahren bewertet werden muss. Ferner bildet die Zuordnung der Regelaufgaben zu den einzelnen Berufsgruppen die Versorgungsrealität nicht ab. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass mit dem Psych-Personalnachweis eine weitere Nachweisverpflichtung im Kontext der Personalausstattung der Psychiatrie und Psychosomatik. Beiden Kontrollen der gleichen Daten liegen unterschiedliche Intentionen und Zielstellungen zugrunde, die stark kollidieren. Die sich hier überlappenden Prüfungen erhöhen den bürokratischen Aufwand in der Nachweisführung für die Einrichtungen, wie auch die Aufwände rund um die Modalitäten bei den Prüfungen des MD.

Problemstellung:

- quartalsweise Übersendung von bis zu 28 Nachweistabellen von jeder psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtung an bis zu drei Datenempfänger (Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, IQTIG sowie bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben auch an die jeweilige Landesaufsichtsbehörde).
- finanzielle Sanktionen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sowie bei Nichteinhaltung der Mitwirkungspflichten nach § 11 Abs. 2 und 3 in Verbindung mit § 11 Abs. 13
- aufwendige Dokumentation und Nachweisführung bei einer Anrechnung von Aufgaben auf andere Berufsgruppen der PPP-RL (u. a. Erläuterung, welche Regelaufgaben gemäß Anlage 4 PPP-RL übernommen wurden).
- kleinteilige Dokumentation teils bis auf monats- und stationsebene von ermittelten Mindestvorgaben, tatsächlicher Personalausstattung, strukturellen Informationen des Krankenhauses (u. a. Personalausstattung im Tag- und Nachtdienst, Umsetzungsgrades und Erfüllung Anforderungen im Quartal, Anrechnung von Fach- und Hilfskräften, Ausnahmetatbeständen, Qualifikation des Personals, Dokumentation der Regelaufgaben) ggf. doppelte Prüfungen von Routinedaten durch den MD (Abrechnungsprüfungen, Qualitätskontrollen).

Lösungsvorschläge

- Ermittlung des Umsetzungsgrades über alle Berufsgruppen hinweg oder über „zusammengefasste Berufsgruppen“.
- Streichung oder erhöhte Flexibilisierung der Anrechnungsmöglichkeiten der Berufsgruppen mit Streichung der Detaildokumentation zur Übernahme von Regelaufgaben.
- Entfall der Erläuterungen hinsichtlich der übernommenen Regelaufgaben bei Anrechnungen auf Berufsgruppen im Servicedokument.
- Entfall der Qualifikationsnachweise im Tabellenblatt A8 / B4 des Servicedokumentes zur PPP-RL
- Ersatzlose Streichung des stations- und monatsbezogenen Nachweises der PPP-RL.

- jährliche statt quartalsweiser Übersendung der Nachweise.
- Streichung der Datenübermittlung an die Landesaufsichtsbehörden, da i. d. R. keine Nutzung erfolgt.
- Anpassung der quartals- und standortbezogenen Mindestvorgaben hin zu jährlichen Mindestvorgaben auf Einrichtungsebene.
- Streichung der Dokumentation der Regelaufgaben auf Basis der Übermittlung von OPS-Codes.
- Streichung der Mehrfachunterschriften am Ende der Dokumentationsteile A und B.

7. Psych-Personalnachweis

§ 18 Abs. 2 BpflV

Hintergrund

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

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

Problemstellung:

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

Lösungsvorschlag

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

8. Pflegepersonaluntergrenzen (PpUGV)

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

Hintergrund

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

Problemstellung:

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

Lösungsvorschlag

- Abschaffung bzw. Überführung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern bei Inkrafttreten der PPR 2.0 und der Kinder-PPR 2.0.

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

§ 137k SGB V, Pflegepersonalbemessungsverordnung

Hintergrund

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

Problemstellung:

- Auch die Umsetzung der PPR 2.0 bzw. Kinder-PPR 2.0 führt zu zahlreichen Meldepflichten an das InEK nach § 7 PPBV: Bis 31. August 2024 sollen die Fachabteilungen, die verwendete Namen dieser Fachabteilungen, die in §1 Abs.2 S. 1 genannte Stationen und die jeweilige Bettenzahl übermittelt werden, erstmalig zum 31. Januar 2025 die gemäß §§ 4, 5 und 6 bestehenden, quartalsweisen Meldepflichten zur Soll- und Ist-Personalbesetzung (jeweils monatsweise und nach Station und Schicht differenziert) erfolgen und erstmals bis 30. Juni 2026 die Gesamtmeldung mitsamt einer Bestätigung der Richtigkeit durch eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft übersandt werden. Die Übermittlung der Angaben hat dabei für den jeweiligen Standort separat zu erfolgen.
- Die Ausweitung der Datenerfassung und -lieferung ist mit Kosten u. a. für zusätzliche Software verbunden, die erneut nicht refinanziert wird.
- Die zurückliegende Erprobungsphase hat gezeigt, dass während der Einführungsphase von Seiten der Krankenhäuser – neben einer ausreichenden Vorlaufzeit – ein hoher Schulungs- und Informationsbedarf besteht, um reibungslose Abläufe zu ermöglichen. Zwar fungiert das InEK bereits als Datenannahmestelle für die PpUG, allerdings bedarf es neben den personellen Kapazitäten insbesondere auch pflegewissenschaftlicher Expertise und v. a. Erfahrung mit den Instrumenten PPR 2.0 und Kinder-PPR 2.0 für diese weitaus komplexeren Fragestellungen.
- Mit Scharfschaltung der PPR 2.0 und der Kinder PPR 2.0 entsteht eine Doppelerfassung und -meldung für denselben Zielparameter, wenn die PpUGV (s. auch vorheriger Punkt) nicht außer Kraft gesetzt wird.

Lösungsvorschläge

- Ganzhausansatz statt kleinteiligem Stations- und Schichtbezug: Der Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung muss auf der Krankenhausebene betrachtet werden.
- Zur Verfügungstellung eines bundesweiten digitalen Erfassungstools für die PPR 2.0 durch das Bundesministerium für Gesundheit.
- Unterstützung der Krankenhäuser bei inhaltlichen Rückfragen in der Einführungsphase sicherstellen, z. B. durch entsprechende Expertise beim InEK.
- Vermeidung von Doppelerfassungen und -meldungen durch Abschaffung / Überführung der Pflegepersonaluntergrenzen in die PPR 2.0.
- Abschaffung des methodisch fragwürdigen und mit der Einführung der PPR 2.0 überflüssigen Pflegepersonalquotienten nach § 137j SGB V.

10. Übermittlungspflicht zur PpUG nach § 21 KHEntgG für Psych-Einrichtungen

§ 17d KHG

Hintergrund

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

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

Problemstellung:

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

Lösungsvorschlag

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

Krankenhauskapazitätssurveillance

11. Krankenhauskapazitätssurveillance

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

Hintergrund

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

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

Problemstellung:

- Die Meldungen müssen unter großem Aufwand des Krankenhauspersonals täglich erfolgen und binden Personal, das für andere Aufgaben dringend benötigt wird. Während der Pandemie war die Kenntnis der Bettenauslastung der Krankenhäuser sinnvoll und notwendig. Nach dem Ende der Pandemie ist nun eine ständige epidemiologische Überwachung der Krankenhauskapazitäten nicht mehr notwendig. Und insbesondere nicht an Wochenenden, an denen der Empfänger der Meldungen diese nicht auswertet und sichtet.
- Den Krankenhäusern drohen Sanktionen im Fall von nicht, nicht richtig, nicht vollständig, nicht in der vorgeschriebenen Weise oder nicht rechtzeitig übermittelten Meldungen.
- Teilweise bestehen zudem weitere Meldepflichten über landesrechtliche Register (zum Beispiel IG NRW und IVENA).

Lösungsvorschläge

- Komplette Aussetzung der täglichen Meldepflichten im Rahmen der Krankenhauskapazitätssurveillance bis erneut eine pandemische Lage o. ä. eintritt.
- Alternativ sollte mindestens die Meldehäufigkeit zu Surveillancezwecken reduziert und zudem am Wochenende ausgesetzt werden (z. B. 3x wöchentliche Meldungen an Mo, Mi, Fr).
- Außerdem besteht teilweise eine doppelte Meldeverpflichtung auf Landesebene (IVENA) – hier sollten entsprechende Schnittstellen geschaffen und Doppelstrukturen abgebaut werden.
- Zudem sollten die Meldewege vereinfacht werden (insbes. ins DIVI-Register).
- Alternativ sollten automatisiert übermittelbare Routinedaten, aus bewährten Übermittlungsstandards der Abrechnung, zur Ermittlung von Inzidenzen und Fallzahlen herangezogen werden.
- Die Sanktionen sind zu streichen.
- Der Zugang zum Portal muss einfacher einzurichten und am Bedarf der Meldeverpflichteten ausgerichtet sein ☒ Negativbeispiel DEMIS mit Zugang über Portallösung „KomfortClient“ (inzwischen abgekündigt und durch „gematik-Authenticator“ ersetzt) oder teure Schnittstelle.
- Zusätzlicher Software- und Personalaufwand muss in Finanzierung langfristig endlich berücksichtigt werden, denn obwohl der Prozess digital betrieben wird, verursacht er noch weiterhin Kosten.

12. Meldepflichten nach Infektionsschutzgesetz

§ 6 und § 7 i.V.m. § 8 und § 9 IfSG

Hintergrund

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

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

Problemstellung:

- Teilweise gleichlautende Meldungen müssen sowohl durch den behandelnden Krankenhausarzt oder -ärztin als auch durch das feststellende Labor erfolgen.
- Bußgeld, sofern eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig, nicht in der vorgeschriebenen Weise oder nicht rechtzeitig erfolgt.

Lösungsvorschläge

- Beschränkung der namentlichen Meldepflicht einer Infektionskrankheit auf die Meldung des Krankheitserregers durch das Labor und Abschaffung der namentlichen Meldepflicht durch die Ärztin bzw. den Arzt, da in der Regel das Labor im Rahmen der Untersuchung der Proben den Erreger feststellt. → Nur eine Meldung pro Patientin oder Patient.
- Alternativ: Solange keine pandemische Lage o. Ä. besteht, besteht kein zwingender Bedarf für einen unnötig aufwändigen, hohen Detaillierungsgrad fallbezogener Meldungen. Wichtig ist jedoch ein möglichst aktueller Datenstand, um bei Häufungen von Infektionen schnell reagieren zu können. Dies kann durch Nutzung von bereits vorhandener Datenströme an Routinedaten (insbes. 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.

13. Dokumentationspflicht für Import-Arzneimittel für Krankenhäuser bei Lieferengpass

§ 18 Abs. 1 S. 1 ApBetrO

Hintergrund

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

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

Problemstellung:

- Auf die Einfuhr von Fertigarzneimitteln nach § 73 Abs. 3 AMG findet § 18 ApBetrO Anwendung. Unter den in § 18 Abs. 1 S. 1 Nummern 1 bis 8 ApBetrO aufgeführten Angaben werden umfassende Dokumentationsanforderungen formuliert, wie beispielsweise die Angabe von Namen und Anschrift der Person, für die das Arzneimittel bestimmt ist.
- Die vorübergehende Bevorratung aufgrund von Lieferengpässen und die sukzessiv erfolgende spätere Abgabe an Patientinnen und Patienten des Krankenhauses stellt einen von einem Einzelimport abweichenden Sachverhalt dar, dem auch im Rahmen der Dokumentation nach § 18 Abs. 1 ApBetrO Rechnung zu tragen ist.
- Vor dem Hintergrund des ohnehin erheblichen Ressourcenaufwandes, der für die Krankenhausapotheken und krankenhauseversorgenden Apotheken aus dem Management von Lieferengpässen hervorgeht, entsteht hier ein weiterer hoher Arbeitsaufwand, der deutlich verschlankt werden muss.

Lösungsvorschläge

- Bei einem Import zur vorübergehenden Bevorratung sollte von der umfassenden Dokumentationspflicht abgesehen werden.
- Da die hier erfassten Inhalte auch der Sicherheit im Rahmen eines potenziellen Arzneimittelrückrufes dienen können, schlagen die Krankenhäuser eine Minimaldokumentation vor, die die notwendige Rückverfolgbarkeit in einem solchen Fall gewährleistet. Es reicht dabei aus, die Fallnummer zu erfassen.

- Umsetzung durch Einfügung eines neuen Satzes hinter § 18 Abs. 1 S. 1 ApBetrO: „Im Falle der Verbringung von Fertigarzneimittel nach § 73 Abs. 3, 2. Halbsatz des Arzneimittelgesetzes in den Geltungsbereich dieser Verordnung entfallen die Angaben nach Abs. 1 S. 1. Eine Aufzeichnung der Fallnummer des Patienten hat zu erfolgen.“
- Bei einem Arzneimittelrückruf wären alle in § 18 Abs. 1 ApBetrO erfassten Dokumentationsanforderungen aus der ohnehin vorhandenen Dokumentation der Patientenversorgung und Krankenhausapotheke in Verbindung mit der Fallnummer der Patientin bzw. des Patienten rückverfolgbar. Der Aufwand einer solchen Erfassung (aus der Bestell- / Warenannahmedokumentation und Patientenakte) im Rahmen eines potenziellen Rückrufes würde für Krankenhäuser deutlich geringer sein als die aktuelle Dokumentationspflicht, da ein solches Ereignis mit einer geringen Wahrscheinlichkeit auftritt.

14. Übergangspflege

§39e SGB V, Dokumentations-Vereinbarung Übergangspflege

Hintergrund

Krankenhäuser können in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung Leistungen der Übergangspflege anbieten, wenn die erforderlichen Leistungen zur Anschlussversorgung nicht oder nur unter erheblichen Aufwand durch einen externen Anbieter erbracht werden können. Dieses Angebot soll die Versorgungslücke in der Anschlussversorgung nach Krankenhausaufenthalt minimieren. Leistungen der Übergangspflege können für maximal 10 Tage angeboten werden.

Problemstellung:

- Krankenhäuser müssen die Notwendigkeit der Übergangspflege möglichst frühzeitig gegenüber der Krankenkasse anzeigen. Mit der Abrechnung der Leistung gegenüber der Krankenkasse muss der Nachweis mittels umfangreicher Dokumentation erbracht werden, dass eine adäquate Anschlussversorgung im unmittelbaren Anschluss an den Krankenhausaufenthalt trotz „erheblichen Aufwands“ nicht verfügbar war. Die Aktivitäten im Rahmen des Entlassmanagements müssen nach Vorgaben des Rahmenvertrages dokumentiert werden.
- Zur Operationalisierung des unbestimmten Rechtsbegriffs „unter erheblichen Aufwand“ haben die Vertragsparteien auf Bundesebene in der „Dokumentations-Vereinbarung Übergangspflege“ vom 31. Oktober 2021 geregelt, dass vom Krankenhaus mindestens 20 geeigneten externe Einrichtungen bzw. Anbieter angefragt werden müssen.
- Bei der Übermittlung der Dokumentationsdaten handelt sich um eine Vielzahl von Daten, die den Krankenkassen / Pflegekassen bereits vorliegen. Diese Daten könnten auch dort zusammengeführt werden (im Sinne der sparsamen Datenübermittlung).
- Bei Patientinnen und Patienten die Übergangspflege benötigen, handelt es sich vielfach um multimorbide Patientinnen und Patienten die ohnehin einen besonderen Bedarf an eine adäquate Nachversorgung haben. Die Begrenzung des Angebots auf längstens 10 Tage ist nicht sachgerecht, da auch bei intensiver Suche nach einer adäquaten Nachversorgung eine Versorgung in diesem Zeitraum vielfach nicht möglich ist und somit die Gefahr des „Drehtüreffekts“ steigt.

Lösungsvorschläge

- Streichung des unbestimmten Rechtsbegriffs „nur unter erheblichen Aufwand“ in § 39e Abs. 1 SGB V, so dass die Vertragsparteien auf Bundesebene einen weniger bürokratischen Nachweis der Bemühungen des Krankenhauses um eine adäquate Anschlussversorgung vereinbaren können.
- Zudem sollte in der Gesetzesbegründung deutlich werden, dass im Sinne der sparsamen Datenübermittlung und der Vermeidung von Datenredundanzen nur die Daten an die Krankenkasse zu übermitteln sind, die dort nicht bereits vorliegen.
- Zur Sicherstellung der Versorgung der Patientinnen und Patienten ist die zeitliche Begrenzung der Übergangspflege auf 10 Tage in § 39e Abs. 1 SGB V aufzuheben.

15. Einleitung einer Anschluss-Rehabilitation

§ 40 Abs. 3 SGB V

Hintergrund

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

Die Einleitung einer Anschluss-Rehabilitation ist in der stationären Versorgung ein sehr häufiger Vorgang. Allein in 2022 wurde in ca. 830.000 Fällen eine Anschluss-Rehabilitation durchgeführt. In Anbetracht dieser Bedeutung ist es sehr ungewöhnlich, dass hierbei zwei abweichende Verfahren der Einleitung in der Versorgung praktiziert werden.

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

Problemstellung:

- Der Weg des „Direkteinleitungsverfahrens“ steht aktuell nur für Patientinnen bzw. Patienten offen, deren Krankenkasse mit der DRV Bund eine entsprechende Vereinbarung zur Teilnahme geschlossen hat. Andernfalls ist vor einer Anschluss-Rehabilitation eine weitergehende Prüfung seitens der DRV Bund bzw. der Krankenkasse nötig. In diesen Fällen muss vor einem Übergang in die Anschluss-Rehabilitation über eine zusätzliche Schleife mit dem Leistungsträger unter anderem Ort, Dauer, Umfang und Beginn der Anschluss-Rehabilitation in jedem Einzelfall abgestimmt werden. Eine direkte Abstimmung hierzu mit der Anschluss-Rehabilitations-Klinik ist nicht möglich.
- Mit dem Auftrag an den G-BA in § 40 Abs. 3 S. 10 SGB V hat der Gesetzgeber eine Vereinheitlichung des Verfahrens der Einleitung einer Anschluss-Rehabilitation im Sinne des Verfahrens der DRV Bund angestrebt. Bei der resultierenden Anpassung in der Reha-Richtlinie war dem G-BA jedoch nur ein unzureichender Schritt in Richtung des Verfahrens der DRV Bund möglich. So wurde für den Fall der Kostentragung durch die Krankenkassen lediglich für eine Auswahl an Erkrankungen aus dem Katalog der DRV Bund ein Entfall der Prüfung der medizinischen Notwendigkeit durch die Krankenkasse im Vorfeld einer Anschluss-Rehabilitation vorgesehen. Geblieben ist zudem weiterhin die Erforderlichkeit einer vorherigen Schleife mit der zuständigen Krankenkasse zur Abstimmung von Ort, Dauer, Umfang und Beginn der Anschluss-Rehabilitation.
- Der wesentliche Grund für die unzureichende Regelung in der Reha-Richtlinie ist darin zu sehen, dass auf der Grundlage des Gesetzestextes im G-BA Unklarheiten verblieben sind, inwieweit bei der Einleitung der Anschluss-Rehabilitation für die gegebenen Erkrankungen seitens der Krankenkassen auf ihre direkte Einflussnahme auf Ort, Dauer, Umfang und Beginn der Anschluss-Rehabilitation verzichtet werden kann. An dieser Stelle bedarf es daher einer deutlichen gesetzlichen Ermächtigung.
- Aktuell müssen zudem vergleichbare medizinische und sozialrechtliche Sachverhalte über unterschiedliche Formulare und medizinische Einschätzungsinstrumente dargelegt werden. Vor dem Hintergrund, dass die Patientinnen und Patienten unabhängig von der Frage des Leistungsträgers in gleichartigen Einrichtungen behandelt werden und dort die gleichen medizinischen Anwendungen erhalten, sorgen die je nach Leistungsträger unterschiedlichen Antragsunterlagen für unnötigen

bürokratischen Aufwand u. a. durch doppelte Erfassung und Darstellung gleicher Sachverhalte z. B. mittels verschiedener medizinischer Scores.

Lösungsvorschläge

- Gesetzliche Ausdifferenzierung in § 40 SGB V mit dem Ziel einer Vereinheitlichung des Verfahrens durch verbindliche Übernahme des Direkteinleitungsverfahrens für Erkrankungen gemäß Katalog der DRV Bund für alle Leistungsträger und Stärkung der Entscheidungsbefugnis des ärztlichen Dienstes der Anschluss-Rehabilitations-Klinik in diesen Fällen mit Entfall der weiteren Schleife zur Klärung von Ort, Dauer, Umfang und Beginn mit der Krankenkasse. Die langjährige Erfahrung der DRV Bund mit diesem Vorgehen zeigt, dass dies für alle Beteiligten gut funktioniert. Auch im Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen konnten in der Zeit der Corona-Pandemie im Zuge von Ausnahmeregelungen gute Erfahrungen mit einer Flexibilisierung des Verfahrens gemacht werden.
- Gesetzlicher Auftrag zur gemeinsamen Vereinbarung eines einheitlichen Satzes an erforderlichen Unterlagen für eine Beantragung der Anschluss-Rehabilitation im Zuge einer Harmonisierung der Verfahren von DRV Bund und Krankenkassen, um den bürokratischen Aufwand zu reduzieren.

16. PEPP-System

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

Hintergrund

Bereits mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 19. Dezember 2016 wurde das Ziel eines landeseinheitlichen Preissystems verlassen und die Anwendung des Psych-Entgeltsystems [pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)] auf der Grundlage eines Budgetsystems geregelt. Hierbei wurde mit § 17b Abs. 1 S. 4 KHG explizit vorgegeben, dass unter Berücksichtigung des Einsatzzweckes des Vergütungssystems als Budgetsystem der Differenzierungsgrad praktikabel und der Dokumentationsaufwand auf das notwendige Maß begrenzt sein muss. Allerdings wurde zugleich an der Leistungsorientierung des Entgeltsystems in Form von leistungsorientierten Budgetverhandlungen auf der Grundlage des leistungsbezogenen Vergleiches nach § 4 BpflV [PEPP-Krankenhausvergleich] festgehalten.

Bei der Weiterentwicklung des PEPP-Kataloges konnten die Selbstverwaltungsparteien nach § 17b KHG allerdings auf Grund der leistungsbezogenen Budgetfindung keine grundlegenden Vereinfachungen umsetzen. Nunmehr ist erkennbar, dass die Budgetfindung seit dem Jahr 2020 nicht durch das PEPP-System, sondern von den Personalmindestforderungen des G-BA bestimmt wird. Da der Krankenhausvergleich nach § 4 BpflV in dieser Systematik keinen Sinn mehr hat, wird er in der Praxis auch nicht angewendet. Wenn die PEPP-Entgelte nunmehr als „reine“ Abschlagszahlungen auf das vereinbarte Budget zu verstehen sind, wären grundlegende Vereinfachungen wie z. B. eine Abkehr von den verweildauerabhängigen Vergütungsklassen möglich.

Problemstellung:

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

Lösungsvorschläge

- Neuausrichtung des Pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psycho-somatische Einrichtungen (PEPP-System) als klares Instrument für Abschlagszahlungen.
- Hierzu ist die Zielsetzung von leistungsorientierten Budgets aus dem Jahr 2016 kritisch zu hinterfragen, die diesbezüglichen gesetzlichen Vorschriften in § 17d KHG und § 3 BpflV anzupassen sowie der Leistungsbezogene Vergleich nach § 4 BpflV zu streichen.
- Dabei ist der Auftrag an die Selbstverwaltung zur Vereinfachung des Systems nochmals zu betonen, um die Umsetzung in der Selbstverwaltung, durch das InEK und das BfArM zu gewährleisten.

17. Psych-Krankenhausvergleich

§ 3 und § 4 BpflV

Hintergrund

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

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

Problemstellung:

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

Lösungsvorschlag

- Abschaffung des Psych-Krankenhausvergleiches durch Streichung des § 4 BpflV und Anpassung des § 3 BpflV.

18. Nachweis der Mittelverwendung für Tariferhöhungen

§ 9 Abs. 1 Nummer 7 KHEntgG

Hintergrund

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

Problemstellung:

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

Lösungsvorschlag

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

19. Nachweispflichten im Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes

§ 4a KHEntgG, § 5 Abs. 2b und c KHEntgG, § 4 Abs. 8a KHEntgG

Hintergrund

Krankenhäuser sind mit zahlreichen Nachweispflichten konfrontiert. In vielen Fällen ist ein Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung von erhaltenen Geldern über eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers nach Ablauf des Kalenderjahres zu führen. Insbesondere im Bereich der Förderung für die Kinder- und Jugendmedizin nach § 4a KHEntgG werden die Krankenhäuser mit einem unverhältnismäßig hohen administrativen Aufwand belastet, zumal in diesem Zusammenhang der Nachweis sogar für den Anteil der Erlöse aus DRG-Fallpauschalen und nicht nur für die gesonderten Zuschlagserslöse zu erbringen ist.

Problemstellung:

- Die gesetzlichen Nachweispflichten sind vielfach überzogen und konterkarieren die Förderung bestimmter Maßnahmen und Leistungsbereiche.
- Sämtliche Bestätigungen des Jahresabschlussprüfers verursachen Kosten für das Krankenhaus durch die Bindung von Personal und die in Rechnung gestellten Testatskosten, für die unter den aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen keine Refinanzierung vorgesehen ist.

Lösungsvorschläge

- Aufhebung der Nachweise zur zweckentsprechenden Mittelverwendung in Verbindung mit
 - der Förderung für Kinder und Jugendliche nach § 4a KHEntgG
 - der Förderung der geburtshilflichen Versorgung nach § 5 Abs. 2b und c KHEntgG
 - der Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in § 4 Abs. 8a KHEntgG.

20. Digitalisierungsabschlagsvereinbarung (KHZG)

§ 5 Abs. 3h KHEntgG

Hintergrund

Gemäß § 5 Abs. 3h KHEntgG wird ein Krankenhaus ab dem 01. Januar 2025 mit einem Abschlag in Höhe von bis zu 2 % des Rechnungsbetrages für jeden voll- und teilstationären Fall sanktioniert, wenn es nicht sämtliche in § 19 Abs. 1 S. 1 Nummer 2 bis 6 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung genannten digitalen Dienste zur Nutzung bereitstellt. Näheres wurde in der zum 01. August 2023 in Kraft getretenen Digitalisierungsabschlagsvereinbarung bestimmt.

Problemstellung:

- Die Abschlagsregelungen sind mit einem erheblichen bürokratischen Aufwand verbunden (Erhebung des Umsetzungsstandes von ca. 100 abschlagsbewährten Kriterien mitsamt entsprechenden Nachweisen), dem keinerlei Mehrwert für die Versorgung gegenübersteht.
- Die Zahlen der Fördermittelbewilligungen zeigen deutlich, dass die Krankenhäuser der vom Gesetzgeber geförderten und geforderten Digitalisierungsoffensive in den stationären Versorgungsprozessen in vollem Umfang nachkommen. In der angespannten wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser wurden die Mittel zur Digitalisierung dringend benötigt. Insofern läuft die Sanktionierung als Anreizsystem ins Leere.
- Rückzahlungsverpflichtungen und Umsetzungsfristen ergeben sich zudem bereits aus den jeweiligen landesrechtlichen Vorgaben beziehungsweise den jeweiligen Förderbescheiden. Eine zusätzliche Sanktionierung ist daher unnötig, kontraproduktiv, steuerungsunwirksam und führt zu Mehraufwänden bei den Budgetverhandlungen.

Lösungsvorschlag

- Ersatzlose Streichung von § 5 Abs. 3h KHEntgG.

21. DRG-Systemzuschlag und G-BA-Systemzuschlag

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

Hintergrund

Die Finanzierung verschiedener Institute im Gesundheitswesen wie das InEK oder der G-BA erfolgt über die Erhebung von Systemzuschlägen, die vom Krankenhaus bei der Abrechnung voll- und teilstationärer Krankenhausleistungen in Rechnung zu stellen sind. Diese sind dann wiederum an das InEK bzw. den G-BA nach vorgegebenen Regeln mit Melde- und Nachweispflichten abzuführen. Die Systemzuschläge sind insofern für das Krankenhaus durchlaufende Posten, die jedoch in der Abwicklung Bürokratiekosten nach sich ziehen, für die dem Krankenhaus keine Erstattung zusteht. Hinzukommt, dass bei den aktuell zu beobachtenden sinkenden Fallzahlen im stationären Leistungsbereich die im Erhebungsjahr abgerechneten Systemzuschläge unterhalb der an die Institute abgeführten Systemzuschläge liegen, da hierfür die zwei Jahre zurückliegenden Fallzahlen maßgeblich sind.

Problemstellung:

- Unnötiger administrativer Aufwand für die Krankenhäuser durch Erhebung und Abführung der Systemzuschläge.
- Sinkende Fallzahlen können bei der aktuellen Systematik zu Erlösverlusten für das Krankenhaus führen.

Lösungsvorschlag

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

22. Zuzahlungsinkasso

§ 43c Abs. 3 SGB V

Hintergrund

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

Problemstellung:

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

Lösungsvorschlag

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

23. Mitteilungspflicht ambulantes Operieren im Krankenhaus

§ 115b SGB V

Hintergrund

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

Problemstellung:

- Aufwändiges Mitteilungsverfahren für die Krankenhäuser im Vorfeld der Leistungserbringung. Obwohl Krankenhäuser nach § 108 SGB V mit ihren Leistungsbereichen planerisch auf Landesebene ausgewiesen sind, müssen diese die abteilungsbezogenen Leistungsbereiche und die einzelnen Leistungen, die ambulant am Krankenhaus durchgeführt werden, den o. g. Partnern benennen. Nur auf dieser Basis kann die Abrechnung der Leistungen erfolgen.
- Es gibt ein bundesweites Verzeichnis der Standorte der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen. Dieses wird durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 2a Abs. 1 S. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geführt.
- Dieses Verzeichnis der Standorte ist durch die Leistungserbringer regelmäßig zu aktualisieren, sodass diese Informationen den Krankenkassen vorliegen.
- Der § 293 SGB V sieht vor, dass die Kostenträger das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben, insbesondere im Zusammenhang mit der Abrechnung von Leistungen, nutzen.
- Im Rahmen des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V wird dieses Standortverzeichnis allerdings noch nicht zu Abrechnungszwecken umfassend genutzt.
- Die derzeitigen gesetzlichen Anforderungen sehen eine Nutzung von Informationen aus dem Standortverzeichnis zum Nachweis, dass es sich um ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus handelt, nicht vor.

Lösungsvorschläge

- Streichung von § 115 b Abs. 2 S. 2 SGB V im Sinne der Verschlinkung und Vereinfachung des bisherigen Mitteilungsverfahrens für zugelassene Krankenhäuser.
- Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft führen auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 2a Abs. 1 S. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ein bundesweites Verzeichnis der Standorte der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen. Die Angaben dieses Verzeichnisses sind künftig durch die Krankenkassen zum Datenabgleich für Abrechnungszwecke zu nutzen. Eine darüberhinausgehende Mitteilungspflicht für Krankenhäuser bzgl. der Anmeldung von AOP-Leistungen entfällt.

24. Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

§ 4a ASV-RL, § 116b SGB V,

Hintergrund

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

Problemstellung

- Sehr aufwändiges (Anzeige-)verfahren für die Teams bei den erweiterten Landesausschüssen (eLA). Sowohl die initiale Anzeige mit einer Fülle geforderter Nachweise als auch zahlreiche Zwischeninformationen an die eLA erzeugen bei den eLA und den Leistungserbringern einen hohen bürokratischen Aufwand.
- Trotz des Innovationsfondsprojekts (GOAL), welches diese Probleme aufgezeigt hat, ist es im G-BA aufgrund der Mehrheitsverhältnisse kaum gelungen sich auf notwendige Vereinfachungen zu verständigen.

Lösungsvorschläge

- Anpassung von § 116b SGB V im Sinne einer Vereinfachung des (Anzeige-)Verfahrens.
- Aufforderung des G-BA zur Reduktion der durch Misstrauensbürokratie bedingten Überregulierung, z. B. durch vermehrten Einsatz kurzer und qualifizierter Selbstauskünfte durch den Gesetzgeber.

25. NUB Verfahren

§ 6 Abs. 2 KHEntgG

Hintergrund

Die Selbstverwaltungspartner haben 2004 für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), welche systembedingt (Innovationslücke) mit den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden können, das sogenannte NUB-Verfahren nach § 6 Abs. 2 KHEntgG etabliert. Ziel ist es, hierdurch eine i. d. R. 3 Jahre andauernde Datenlücke zu schließen und den Leistungserbringern eine sachgerechte Vergütung auch für neue medizinische Leistungen von Leistungsbeginn an zu ermöglichen.

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

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

Im Jahr 2023 wurden dementsprechend für 981 Verfahren / Leistungen insgesamt mehr als 120.000 Einzelanträge von Krankenhäusern eingereicht und vom InEK geprüft. Hierbei handelt es sich bei der weit überwiegenen Mehrheit um Wiederholungsanträge.

Problemstellung

- Gesetzliche Verpflichtung aller Krankenhäuser zur individuellen Antragstellung für jede einzelne NUB-Leistung sowie zur jährlichen Wiederholung, auch für bereits zuvor erfolgreich beantragte und vergütete NUB-Leistungen.
- Gesetzliche Verpflichtung zur jährlich wiederkehrenden NUB-Verhandlung mit den Krankenkassen auch für bereits zuvor vereinbarte NUB-Entgelte.
- Insgesamt sehr aufwändiges Verfahren (z. B. Dokumentenlauf: Anbieter-Leistungserbringer-InEK-Leistungserbringer-Kostenträger-InEK; mit jährlich differenzierter schriftlicher Ausarbeitung zu Art und Einsatz der jeweiligen Methode sowie zu fallbezogenen Kalkulationsunterlagen).
- Enge Fristsetzung durch nahezu zeitgleiches Antragsende und Veröffentlichung aller für die Antragstellung relevanter Informationen / Instrumente (u. a. Entgeltsystem, OPS).

Lösungsvorschläge

- Abschaffung der gesetzlichen Pflicht, dass alle Krankenhäuser jährlich wiederkehrend Anfragen zu (gleichen) NUB-Leistungen beim InEK stellen müssen.
- Anpassung der gesetzlichen Regelungen zur grundsätzlichen Vereinfachung des Verfahrens mit Schaffung der Möglichkeit von Sammelanfragen.
- Vereinbarung von NUB-Entgelten zwischen Krankenhaus und Krankenkasse vereinfachen.
- Reduktion der Anträge auf reine Interessenbekundungen der Krankenhäuser mit vereinfachter Informationsbeschaffung beim InEK, z. B. durch Unterstützung von Fachgesellschaften und der Industrie.

Abrechnung

26. Stationäre Abrechnungen in Papierform

§ 301 Abs.1 SGB V

Hintergrund

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

Problemstellung:

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

Lösungsvorschläge

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

27. Übermittlung von Zahlungsinformationen (SAMU)

§ 301 Abs.3 SGB V

Hintergrund

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

Problemstellung:

- Die Zuordnung von Zahlungen und Abrechnungsfällen muss bei Kassen, die eine elektronische Übermittlung im § 301-Verfahren nicht anbieten, aus unterschiedlichen Medien und mit unterschiedlichen Methoden erfolgen, was unsinnigen Mehraufwand verursacht.
- Es besteht kein Anspruch der Krankenhäuser, Daten zum Zahlungsverkehr in einer kassenübergreifend einheitlichen Form zu erhalten. Da die Vereinbarung nach § 301 Abs.3 SGB V grundsätzlich nur andernorts getroffene Normgebungen operationalisiert und nicht mit einer Schiedsstellenregelung ausgestattet ist, kann eine Vereinbarung nicht gegen den Willen der Kassenvertreter erzwungen werden.

Lösungsvorschläge

- § 301 Abs. 2a SGB V wird um die Verpflichtung zur elektronischen Übermittlung von Zahlungsinformationen der Kassen innerhalb des vereinbarten Verfahrens nach § 301 Abs 3 SGB V erweitert.
- Analog der für die Krankenhäuser geltenden Sanktionen nach § 303 Abs.3 SGB V, ist nach einer angemessenen Einführungsphase die Anwendung einer 5 %-Zuschlagsregelung § 303 Abs. 3 SGB V bei nicht vereinbarungskonformen Verhalten von Kassen erforderlich.

28. Aufnahmenachricht vereinfachen

§301 Abs. 1 SGB V

Hintergrund

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

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

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

- Bei der Erfassung der Aufnahmediagnose handelt es sich um ein Relikt aus Prä-DRG-Zeiten. Die Mitgliedschaft der behandelten Person und damit die Kostenübernahme ist bei GKV-Patientinnen bzw. GKV-Patienten ohnehin automatisch gegeben, sofern nicht ohnehin bei elektiven Fällen eine vorherige Einwilligung der Kasse gefordert ist. Letztere bedarf ohnehin eines anderen Ablaufes, der momentan zum Teil sehr ineffizient in Papierform abläuft.
- Die Einweisungsdiagnose wird bereits von der einweisenden Ärztin oder dem einweisenden Arzt erstellt, fällt somit nicht in den Zuständigkeitsbereich des Krankenhauses und muss von der Krankenhausärztin oder dem Krankenhausarzt lediglich abgetippt werden.
- Die Angabe der voraussichtlichen Verweildauer kann zum Aufnahmezeitpunkt ohnehin nur geschätzt werden.

Problemstellung:

- Aufnahmediagnosen, Einweisungsdiagnosen und voraussichtliche Verweildauern zu erfassen, ist eine überflüssige Arbeit, die oftmals auch noch von Ärztinnen oder Ärzten übernommen werden muss und ohne die die Aufnahmenachricht an die gesetzliche Krankenkasse nicht übermittelt werden kann.
- Die Kasse benötigt eine schnellstmögliche Mitteilung des Aufnahmezustand, z. B. um zu beurteilen, ob Verlegungen vorliegen.
- Eine möglichst schnelle Übermittlung der Aufnahmenachricht ist zudem erforderlich, weil deren Daten im Arbeitgeberverfahren tagesaktuell benötigt werden - was immer wieder zu Problemen führt.

Lösungsvorschläge

- Die Erfassung der Aufnahmediagnose sollte nur dann erfolgen, wenn dem Aufwand ein erkennbarer und vertretbarer Nutzen gegenübersteht. Dies kann beispielsweise dann vorliegen, wenn Inzidenzmeldungen zu Infektionen in Form von Diagnosen automatisiert aus den Routinedaten abgezweigt werden sollen und so anderweitige Berichtspflichten ersetzen (s. auch Vorschlag 32).
- In § 301 Abs.1 Punkt 3 werden Angaben, die seit der Einführung des DRG-Systems ihre Bedeutung verloren haben (u. a. Einweisungsdiagnose, Aufnahmediagnose, voraussichtliche Dauer der Krankenhaus-Behandlung), als „optional zu übermitteln“ gekennzeichnet.
- Damit werden Ärztinnen und Ärzte von unnötigen Eingabearbeiten entlastet und zugleich werden die Meldungen schneller versandt. Davon profitieren auch die gesetzlichen Krankenkassen, etwa im Rahmen des Arbeitgeberverfahrens (Liegebescheinigung).

29. Redundante Angaben in Katalogen zu seltenen Erkrankungen

§ 301 Abs.2 SGB V

Hintergrund

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

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

Beispiel: Mit Q87.4 lässt sich das Marfan-Syndrom eindeutig in ICD-10-GM klassifizieren, während in Q87.8 „Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome, andernorts nicht klassifiziert“ verschiedene Erkrankungen zusammengefasst sind, z. B. das Alport-Syndrom, das Laurence-Moon-Syndrom und das Zellweger-Syndrom.

Um seltene Erkrankungen besser zu erfassen, müssen seit 2023 im stationären Bereich neben den ICD-10-Codes verpflichtend auch die sogenannten Orpha-Codes in der elektronischen Datenübermittlung nach § 301 erfasst und übermittelt werden. Orpha-Codes sind numerische Identifikatoren, mit denen sich die seltenen Erkrankungen eindeutig und zeitlich stabil identifizieren lassen. Die Erhebung dieser Zusatzinformationen ist prinzipiell wichtig und sinnvoll, um Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankungen besser versorgen zu können.

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

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

Problemstellung:

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

Lösungsvorschlag

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

30. Chargendokumentationspflicht bei Arzneimitteln

Arzneimittelvereinbarung, § 300 Abs. 3 SGB V

Hintergrund

Die erste Änderungsvereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und dem Deutschen Apothekerverband zur Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Abs. 3 SGB V, die mit Wirkung zum 01. Januar 2024 in Kraft getreten ist, sieht eine befristete Ausnahmeregelung von der Verpflichtung zur Chargendokumentation vor, die bis zum 30. Juni 2025 greifen soll. Diese soll für Fälle gelten, bei denen die Übermittlung der Chargenbezeichnung beim „Stellen“ von Arzneimitteln technisch nicht möglich ist. Nach Auskunft des GKV-SV gelte diese Ausnahmeregelung „ausschließlich im Rahmen von Heim- und Pflegeeinrichtungen“ und aus seiner Sicht nicht für Krankenhäuser. Die Regelung sei auf Aufforderung des BMG erfolgt.

Problemstellung:

- Die Übermittlung der Chargennummer im Abrechnungsdatensatz für E-Rezepte durch die Krankenhausapotheken bzw. krankhausversorgenden Apotheken stellt ebenso wie für Heim- und Pflegeeinrichtungen eine große Herausforderung dar: Auch die Arbeitsprozesse in Krankenhäusern unterscheiden sich genauso wie in Heim- und Pflegeeinrichtungen sehr von öffentlichen Apotheken. Dabei stellt die Chargendokumentation bei patientenspezifischen Arzneimittelanforderungen mit namentlicher Nennung (beispielsweise patientenindividuelle Herstellungen von Zytostatika, parenterale Ernährung) nicht das Problem dar. Hier ist die Chargendokumentation durch die notwendige patientenindividuelle ärztliche Anforderung mit Nennung des Patientennamens sowie durch bereits oft schon IT-gestützt erfolgende patientenbezogene Arbeitsprozesse zu bewerkstelligen.
- Allerdings erfolgt ein maßgeblicher Anteil der Arzneimittelabgaben auch im ambulanten Krankenhaugeschehen nicht über den Weg direkt von Apotheken an die Patientin oder den Patienten, sondern an Untereinheiten der Krankenhäuser, die dann erst in der täglichen Versorgung Arzneimittel an Patientinnen oder Patienten abgeben. Hierzu gehören eine ganze Reihe von Medikamenten, wie Schmerzmittel, Antiemetika, Begleitmedikationen für Zytostatika und Infusionstherapien. Eine Chargennummer müsste hier ihren Weg vom Ort der Arzneimittelabgabe an die Patientin oder den Patienten und weiter zur Apotheke zur Dokumentation im Abrechnungsdatensatz des E-Rezeptes erst finden. In dieser Situation stellt die Dokumentation einer patientenbezogenen Chargennummer die Krankenhäuser vor eine große Herausforderung und ist mit den derzeitigen Arbeitsabläufen weder sinnvoll vereinbar, noch mit marktüblicher Software, die für den ambulanten Versorgungsbereich entwickelt wurde, leistbar. Eine technische Anpassung dieser Systeme für die speziellen Versorgungsbereiche der ambulanten Krankenhausversorgung würde für Softwarehersteller einen enormen Programmierungsaufwand und für Krankenhäuser unangemessen hohe Kosten darstellen.
- Aber selbst bei einer technischen Lösung erscheint der Aufwand einer vollständigen Chargendokumentation für jede einzelne Arzneimittelabgabe im Vergleich zum möglichen Nutzen unangemessen hoch. Zöge man das Argument der Geltendmachung von Ersatzansprüchen nach § 131a SGB V heran, ist dies in der Vergangenheit auch ohne die Chargenbezeichnung möglich gewesen. Der enorm hohe Aufwand für die Umsetzung der Chargenbezeichnung im Falle der nichtpatientenspezifischen Arzneimittelabgaben kann daher also auch nicht mit dem Wunsch nach einer patienten- bzw. kassenindividuellen Zuordnung der Ersatzansprüche gerechtfertigt werden.

Lösungsvorschlag

- Wie für Heim- und Pflegeeinrichtungen bedarf es in der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung auch für Krankenhäuser einer Ausnahme von der Chargendokumentation. Da sich die hohen Kosten für die technische Umsetzung und der bürokratische Aufwand für die Kliniken auch künftig nicht werden rechtfertigen lassen, ist eine dauerhafte Ausnahme nötig.

31. Digitale Verordnung von Krankenhausbehandlung

Krankenhauseinweisungs-Richtlinie (u.a.)

Hintergrund

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

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

Problemstellung:

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

Lösungsvorschläge

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

Umgang mit Gesundheitsdaten & Datenschutz Datenstrategie

32. § 301-Datenstandard mehrfach nutzen

§ 21 Abs. 2 Punkt 2 KHEntgG

Hintergrund

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

Das betrifft zum Beispiel die Fall- und Abrechnungsdaten durch die Datenlieferungen nach § 21 KHEntgG.

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

Problemstellung:

- Vermeidbarer Zusatzaufwand durch die mehrfache Aufbereitung gleicher Daten für die Übermittlungsverpflichtung im Rahmen verschiedener, uneinheitlicher elektronischer Datenübermittlungsverfahren.
- Fehlermeldungen werden weder quantifiziert, noch systematisch verfolgt.

Lösungsvorschläge

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

Die Nutzung von Routinedaten hat jedoch weitere wichtige Aspekte:

- Erstmals würde so durch die in den § 301-Daten ebenfalls enthaltenen Prozessdaten missbräuchliches und vereinbarungswidriges Verhalten der Kassen (z. B. Verwendung von Abweisungen oder MBEG-Nachrichten) nicht nur auswertbar, sondern auch quantifizierbar.
- Auch eine frühzeitige Erkennung von Problemen bei Anpassungen und neuen Funktionen wäre durch dieses Vorgehen möglich (z. B. welche Kasse weist nach dem Einführungsstermin neue Entgeltarten oder Aufnahmegründe vereinbarungswidrig ab?).
- Ebenso wäre die Aufnahmenachricht (bei Beibehaltung der Diagnosekodierung, s. auch Vorschlag 28) geeignet, ohne zusätzlichen Aufwand tagesaktuelle Kerndatensätze zu ermitteln, mit denen Inzidenzmeldungen zu Infektionsgeschehen ohne zusätzlichen Eingabeaufwand die Inzidenzmeldungen zu Infektionen ersetzen könnten.
- Perspektivisch wäre aus den § 301-Daten auch eine bundesweite Analyse des MD-Prüfverfahrens und eine Generierung der so intransparenten wie aufwendigen Prüfquotenstatistik möglich.

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

33. Datenbereitstellungspflichten für Normgeber

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

Hintergrund

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

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

Problemstellung:

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

Lösungsvorschlag

- Wären die Normgeber selbst zu einer für das § 301-Verfahren leistungsrechtlich verbindlichen Veröffentlichung der Ziffern in einer maschinenlesbaren Form verpflichtet, könnte dieser Prozess nicht nur verkürzt werden, sondern bei Problemen und Inkonsistenzen auch viel schneller eine Klärung herbeigeführt werden.
- Gleiches gilt für die Verfügbarkeit von Katalogdaten, die bisher gar nicht oder nicht in verarbeitbarer Form frei zugänglich zur Verfügung gestellt werden (z. B. auch ARGE-IK, Arztnummernverzeichnis, NUB-Listen).
- Erarbeitung gesetzlicher Vorgaben, nach denen die Kommunikation von Katalogdaten und Schlüsselverzeichnissen, die eine Abrechnungsvoraussetzung bilden, grundsätzlich in der Verantwortung der jeweiligen Normgeber liegt. Diese haben die kostenfreie Verfügbarkeit leistungsrechtlich verbindlicher, geeignet versionierter und hinreichend maschinenlesbar strukturierter Daten Sorge zu tragen (vgl. auch Open Data Strategie der Bundesregierung und EuGH-Urteil C-588/21 P).

Informationspflichten

34. Patientenquittung

§ 305 Abs. 2 S. 5 SGB V

Hintergrund

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

Problemstellung:

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

Lösungsvorschlag

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

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

§ 73 Abs. 1b SGB V

Hintergrund

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

Problemstellung:

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

Lösungsvorschlag

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

36. Implantate-Register

§ 24 und § 25 Implantateregistergesetz (IRegG)

Hintergrund

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

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

Problemstellung:

- Die Krankenhäuser werden mehrfach verpflichtet, der Patientin bzw. dem Patienten Informationen über das Implantat auszuhändigen. Diese Redundanzen sind unnötig und sollten vor dem Hintergrund, dass die Patientin bzw. der Patient ohnehin umfassend über den Eingriff informiert wird, abgeschafft werden.
- Durch die „doppelte“ Information (Ausdruck und Übergabe bzw. Hinterherschicken von Unterlagen) bei allen Patientinnen und Patienten, die sich implantatbezogenen Maßnahmen unterziehen, entsteht vermeidbarer, zusätzlicher Verwaltungsaufwand.
- Die Meldung nach § 25 IRegG betrifft Selbstzahler und BG-Fälle mit Versicherung im Inland. Es geht um die Übermittlung der Krankenversicherungsnummer (KVNR) an diese Versicherungen, damit diese später den Vitalstatus der Patientin bzw. des Patienten an das Register übermitteln können. Kostenträger der Unfallversicherung bekommen die KVNR nicht übermittelt.
- Die Situation wird aktuell dadurch erschwert, dass die KVNR für privat versicherte Patientinnen und Patienten freiwillig ist und noch nicht von allen Versicherungsträgern ausgerollt wurde.

Lösungsvorschläge

- Zu § 24 Abs. 1 Nr. 2 IRegG: Verzicht auf ein weiteres, zusätzliches Einzeldokument, das jeder Patientin bzw. jedem Patienten grundsätzlich und unaufgefordert nach einer implantatbezogenen Maßnahme ausgehändigt werden muss, weil die Information über das Medizinprodukt der Patientin bzw. dem Patienten bereits in allgemeiner Form über die Aushändigung der Information nach Artikel 14 der Verordnung (EU) 2016/679, die die Geschäftsstelle nach § 7 Abs. 4 erstellt hat, über den Implantatepass und ggf. über den Entlassungsbrief vorliegt. Zudem stehen derartige zusätzliche, unaufgeforderte Informationen im Widerspruch zu Art. 15 DS-GVO (Recht auf Auskunft). Nach der DS-GVO muss die datenverarbeitende Stelle nicht von sich aus aktiv werden, sondern es ist ausreichend, dass Patientinnen und Patienten die Herausgabe von Unterlagen verlangen. Die Sinnhaftigkeit einer unaufgeforderten (und zudem „doppelten“) Information durch das Krankenhaus an die Patientin bzw. den Patienten erschließt sich nicht. Ferner steht eine ungefragte Information auch in Widerspruch zu dem Grundsatz der Datenminimierung gem. Art. 5 Abs. 1 c) DS-GVO.
- Zu § 25 IRegG: Schaffung eines elektronischen Verfahrens zur Umsetzung der Nachweispflicht, ggf. direkt durch den Selbstzahler oder Träger der gesetzlichen Unfallversicherung“ → Finanzierung der Softwarekosten muss geregelt werden!
- Schaffung eines MIO „Implantateregistereintrag“ für die elektronische Patientenakte (ePA), so dass die Patientin bzw. der Patient diese Daten stets verfügbar hat und Streichung der o. g. Aushändigung redundanter Informationen.

37. Implantateregister-Betriebsverordnung

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

Hintergrund

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

Problemstellung:

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

Lösungsvorschläge

- Streichung von § 22 Abs. 1 und 2 IRegB, da Patientinnen und Patienten bereits über diese Informationen verfügen und es keiner Bestätigung bedarf, dass die Daten tatsächlich gespeichert werden wie angekündigt bzw. mitgeteilt. Den Patientinnen bzw. den Patienten ist zuzumuten, die erhaltenen Daten aufzubewahren.
- Falls dennoch eine erneute Auskunft der Patientin bzw. des Patienten über ihre bzw. seine Daten benötigt wird, soll sie bzw. er sich an das Krankenhaus wenden müssen, in dem auch der betreffende Eingriff durchgeführt worden war. Hierfür sollte das Krankenhaus eine angemessene Gebühr erheben dürfen.
- Schaffung eines MIO „Implantateregistereintrag“ für die elektronische Patientenakte (ePA).

38. Datenbereitstellungspflichten für Krankenhäuser im Rahmen des Europäischen Gesundheitsdatenraumes

Artikel 41 EHDS-VO

Hintergrund

Gemäß Artikel 41 der EHDS-Verordnung werden Krankenhäuser als „Gesundheitsdateninhaber“ verpflichtet, verschiedenste bei ihnen gehaltene Daten (Mindestkategorien definiert in Artikel 33) für die Sekundärnutzung aufzubereiten und bei Vorliegen einer Datengenehmigung innerhalb von 3 Monaten an die Datenzugangs- und Koordinierungsstelle bereitzustellen. Zudem sollen Gesundheitsdateninhaber ohne Anforderung der Zugangsstelle eine allgemeine Beschreibung der Datensätze, über die sie verfügen, übermitteln und müssen diese mindestens einmal jährlich prüfen.

Problemstellung:

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

Lösungsvorschläge

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

39. ePA (elektronische Patientenakte) – Informationspflicht

§ 348 Abs. 4 S. 4, 5 SGB V

Hintergrund

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

Problemstellung:

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

Lösungsvorschlag

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

40. Recht auf Auskunft / Herausgabe einer Kopie der Patientenakte

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

Hintergrund

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

Problemstellung:

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

Lösungsvorschlag

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

Einwilligungspflichten

41. Mitteilung des Pflegegrades

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

Hintergrund

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

Problemstellung:

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

Lösungsvorschlag

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

42. Patienteninformation und Einwilligung in Entlassmanagement in Schriftform

§ 39 Abs. 1a S. 14, 15 SGB V

Hintergrund

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

Problemstellung:

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

Lösungsvorschlag

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

43. Elektronische Übermittlung eines Antrages auf Anschlussrehabilitation / Einwilligung der Versicherten

§ 301 Abs. 3 SGB V

Hintergrund

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

Problemstellung:

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

Lösungsvorschlag

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

44. Transplantationsregister: Einwilligungsvorbehalt

§ 15e Abs. 6 TPG

Hintergrund

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

Problemstellung:

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

Lösungsvorschlag

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

MD-Prüfwesen

Allgemein

45. MD-Prüfungen Allgemein & Überschneidungen

§ 275a SGB V, § 275d SGB V, § 275c Abs. 6 Nr. 2 SGB V, MD-QK-RL, StrOPS-RL, KHSG, § 137 Abs. 3

Hintergrund

Die MD-QK-RL und die OPS-Strukturprüfung stellen zwei im Klinikalltag sehr komplexe nebeneinanderlaufende, teils überlappende, redundante oder auch widersprüchliche Strukturprüfungen dar und erfordern eine extrem kleinteilige Dokumentation bei unterschiedlichsten Berufsgruppen.

Grundsätzliches Ziel der Qualitätskontrollen ist es, die Einhaltung von Qualitätsanforderungen, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien und Beschlüssen erlässt, mit den tatsächlichen Gegebenheiten vor Ort abzugleichen. Durchgeführt werden die Kontrollen vom Medizinischen Dienst (MD). Ergebnis dessen ist die im Jahr 2017 in Kraft getretene „Richtlinie zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes“ (MD-QK-RL) des G-BA nach § 275a SGB V, welche u. a. den Umfang, Art und das Verfahren der Kontrollen festlegt und den weiteren Umgang mit den Ergebnissen beschreibt.

Seit dem Jahr 2021 müssen Krankenhäuser beim zuständigen MD OPS-Strukturprüfungen beantragen, sofern sie bestimmte Leistungen anbieten und abrechnen möchten. Geprüft wird, ob sie die dafür notwendige Strukturmerkmale erfüllen. Diese sind in den jeweiligen Codes des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) nach § 301 Abs. 2 SGB V des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) festgelegt. Da die Strukturanforderungen im OPS nicht für differenzierte Strukturprüfungen entwickelt wurden, führt das noch neue Verfahren zu zahlreichen Auseinandersetzungen und teilweise völlig unverhältnismäßigen Bewertungen. Dies liegt u. a. daran, dass die einzelnen Strukturmerkmale für die Patientenversorgung von völlig unterschiedlicher Bedeutung sind, und insofern eine differenziertere Bewertung erwarten lassen. Stattdessen wird nach dem Alles oder Nichts Prinzip entschieden, egal welche Bedeutung ein Strukturmerkmal besitzt. Die erfolgreiche Bescheinigung des MD nach der Prüfung stellt die Voraussetzung dar, die Leistung mit den Krankenkassen abrechnen zu dürfen. Die Grundlage der Begutachtung ist die alleine vom Medizinischen Dienst Bund jährlich aktualisierte Richtlinie „Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V“ unter Genehmigungsvorbehalt des Bundesministeriums für Gesundheit.

Zusätzlich werden ca. 5 bis 15 % aller Krankenhausabrechnungen einer Einzelfallprüfung durch den Medizinischen Dienst unterzogen, häufig im schriftlichen Verfahren.

Problemstellung

- Zahlreiche Überschneidungen, Redundanzen und Mehrfachprüfungen bei den Strukturprüfungen durch den MD (derzeit zum OPS und zu relevanten G-BA-Richtlinien).
- Voraussichtliche Ergänzung weiterer Strukturprüfungen um vergleichbare Strukturmerkmale, nun zu den neuen Leistungsgruppen.
- Prüfung durch eine zentrale, sich selbst regulierende Prüfstelle (MD). Vermischung von Normsetzung und Durchführung.
- Vorlage bereits mehrfach übermittelter Dokumente.
- Divergierende Nachweispflichten je nach Prüfverfahren trotz gleichem Prüfgegenstand.

Lösungsvorschläge

- Abschaffung der alleinigen Zuständigkeit des MD für die inhaltliche Ausgestaltung von Prüfverfahren, Prüffart und Prüfnachweisen sowie der praktischen Durchführung der StrOPS-Prüfungen nach § 275d SGB V. Interessenausgleich herstellen.
- Trennung der Zuständigkeiten für Normgebung und Durchführung.

- Planungssicherheit schaffen durch einen verbindlichen, einheitlich festgelegten und verlässlichen Prüfrhythmus in angemessenen Zeitintervallen, z. B. alle 3 Jahre.
- Umfassende Straffung der Strukturvorgaben und Beschränkung auf für die Patientenversorgung relevante und evidenzbasierte Merkmale.
- Gesetzlich geregelter Ausschluss von parallelen Prüfungen zu gleichen Sachverhalten.
- Zusammenfassung dieser beiden Formen der Strukturprüfung bzw. -kontrolle (StrOPS-RL, MD-QK-RL) dahingehend, dass für beide Verfahren nur noch ein einheitliches Prüfregime existiert. Dabei sollte idealerweise das Prüfregime der Qualitätskontrolle in das Prüfregime der Strukturprüfung nach OPS-Kodes überführt werden.

46. Dokumentenanforderung durch den Medizinischen Dienst

§ 17c Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHG

Hintergrund

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

Problemstellung:

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

Lösungsvorschlag

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

47. Begutachtungsleitfäden des Medizinischen Dienstes Bund

Keine gesetzliche Rechtsgrundlage

Hintergrund

Der Medizinische Dienst Bund erlässt Begutachtungsleitfäden sowohl zur Qualitätskontrolle nach § 275a SGB V als auch zur Strukturprüfung nach § 275d SGB V. Bezüglich des Verfahrens ist festzustellen, dass zum einen die DKG vor Erlass oder Überarbeitung eines Begutachtungsleitfadens in keiner Form beteiligt oder eingebunden wird, zum anderen ist die Prüfung und Genehmigung eines neuen oder überarbeiteten Begutachtungsleitfadens durch das BMG nicht vorgesehen.

Problemstellung:

- In den Begutachtungsleitfäden legt der Medizinische Dienst Bund vielfach über die MD-QK-RL des G-BA bzw. seine eigene, vom BMG zu genehmigende StrOPS-RL nach § 283 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V hinausgehende Verfahrensschritte oder vom geprüften Krankenhaus zu übermittelnde Nachweise fest oder nimmt über den OPS-Kode hinausgehende bzw. zu diesem in Widerspruch stehende Definitionen bzw. Auslegungen vor. Dies führt zu Unsicherheiten und zusätzlichem Aufwand in personeller sowie sachlicher Hinsicht für die Krankenhäuser und vielfach zu Rechtsstreitigkeiten. Zwar ist der Begutachtungsleitfaden formell für die Krankenhäuser nicht verbindlich, wohl aber für die Prüfer des Medizinischen Dienstes, was im Ergebnis doch zu einer faktischen Verbindlichkeit der Begutachtungsleitfäden auch für die Krankenhäuser führt.

Lösungsvorschlag

- Es ist eine gesetzliche Regelung erforderlich, dass Begutachtungsleitfäden, die über die MD-QK-RL des G-BA bzw. die StrOPS-RL hinausgehende Anforderungen stellen oder darüber hinausgehende bzw. abweichende Definitionen bzw. Auslegungen beinhalten, unzulässig sind. Weiterhin ist gesetzlich zu regeln, dass jeder Begutachtungsleitfaden vor seiner Veröffentlichung analog der StrOPS-RL vom BMG zu genehmigen ist. Zudem muss gesetzlich geregelt werden, dass die DKG im Rahmen der Erstellung eines Begutachtungsleitfadens zwingend vom Medizinischen Dienst Bund einzubinden ist.

48. MD-StrOPS-Prüfung

§301 Abs. 2 SGB V, StrOPS-RL, Begutachtungsleitfaden des Medizinischen Dienstes

Hintergrund

Seit dem Jahr 2021 können Krankenhäuser beim zuständigen MD jährlich OPS-Strukturprüfungen beantragen, sofern sie bestimmte Leistungen anbieten möchten. Geprüft wird, ob sie die dafür notwendigen Strukturmerkmale erfüllen. Diese sind in Kodes der Klassifikation für medizinische Leistungen (Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) nach § 301 Abs. 2 SGB V des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)) festgelegt.

Die erfolgreiche Bescheinigung des MD nach der Prüfung stellt die Voraussetzung dafür dar, die Leistung bei den Krankenkassen abrechnen zu dürfen. Die bisherige Grundlage der Begutachtung ist die äußerst komplexe, über 497 Seiten umfassende vom Medizinischen Dienst Bund alleine entwickelte und jährlich aktualisierte Richtlinie „Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V“ unter Genehmigungsvorbehalt des Bundesministeriums für Gesundheit. Diese wird nochmals durch einen 90 Seiten starken Begutachtungsleitfaden konkretisiert, der eine einheitliche Prüfung sicherstellen soll.

Die bisherigen OPS-Strukturprüfungen haben eindrücklich belegt, wie ein gesteigertes Misstrauen gegenüber den Krankenhäusern zu einem überregulierten Prüfverfahren bei alleiniger Kompetenzzuweisung an den MD führt.

In engen 1-2-jährigen Zeitintervallen werden immer wiederkehrend Nachweise zu bestehenden Arbeitsverträgen, der Umsetzung von Dienstplänen bis hin zu Gerätelisten / Inventarlisten und Informationen zu detaillierten organisatorischen Abläufen gefordert. Dies trifft auch für konstante und fachlich medizinisch meist selbstverständliche Standort- und Strukturmerkmale zu, die ohnehin online verfügbar sind. Hierbei führen neben dem überbordenden bürokratischen Aufwand ohne konkreten Mehrwert für die Patientenversorgung, teilweise bereits kleinste Verfehlungen zum kompletten Verlust der Abrechnungsmöglichkeit tatsächlich erbrachter hochkomplexer medizinischer Leistungen.

Problemstellung

- Praxisferne, völlig überregulierte Prüfrichtlinie.
- Viel zu kurze Prüfintervalle (alle 1-2 Jahre), u. a. auch zu öffentlich zugänglichen, konstanten sowie fachlich medizinisch oft selbstverständlichen Standort- und Strukturmerkmalen (z. B. Fachbereiche, CT, MRT...).
- Mehrfachprüfungen, Redundanzen, Widersprüche.

Lösungsvorschläge

- Die Normsetzung (Entwicklung und Festlegung des Verfahrens zur Strukturbeurteilung und -verbesserung) sowie die Durchführung (Strukturprüfungen), sind voneinander zu trennen und aus der alleinigen Verantwortung des MD zu nehmen.
- Einheitliche und mehrjährige Laufzeit der Bescheinigungen zu den StrOPS-Prüfungen. Deutliche Verlängerung der Prüfintervalle (alle 3 Jahre).
- Streichung der Nachweispflicht aller nicht unmittelbar erforderlichen Unterlagen (Arbeitsverträge, Arbeitszeugnisse, Dienstpläne) sowie konstanter und fachlich medizinisch immanenter Standort- und Strukturmerkmale.
- Zentrale Datenbank zur Vermeidung redundanter Übermittlungen bereits erfolgter Nachweise sowie Digitalisierung des gesamten Prüfverfahrens mit gemeinsamer und zeitgleicher Transparenz für MD und Krankenhaus.
- Kritische Überprüfung und ggf. Streichung von Strukturmerkmalen im OPS und in G-BA Richtlinien mit Strukturvorgaben u. a. zur Vermeidung von Mehrfachprüfungen.

49. Dreimonatige Vorhaltefrist bei Beginn der Leistungserbringung

§ 275d Abs. 1a S. 2 Nr. 1 SGB V

Hintergrund

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

Problemstellung:

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

Lösungsvorschlag

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

50. Aufschlagszahlung

§ 275c Abs. 3 SGB V

Hintergrund

Gemäß § 275c Abs. 3 SGB V haben Krankenhäuser, bei denen eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat, neben der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag zu zahlen. Dieser wird abhängig vom Anteil der unbeanstandeten Abrechnungen des Krankenhauses durch Erhebung eines Prozentsatzes auf den Differenzbetrag errechnet, er beträgt mindestens 300 € und maximal 10 % des geminderten Abrechnungsbetrages.

Problemstellung:

- Die Berechnung der Höhe des Aufschlages ist kompliziert. Oft stellt sich die Frage, auf welches Quartal zur Berechnung der korrekten Zuschlagshöhe Bezug zu nehmen ist. Fehlende Regelungen zum Zeitpunkt der Geltendmachung des Aufschlages fördern zudem Rechtsstreitigkeiten hinsichtlich Grund und / oder Höhe des Aufschlages. Dies führt zu erheblichem Aufwand in personeller und sachlicher Hinsicht.

Lösungsvorschlag

- Ersatzlose Streichung der Aufschlagszahlung in § 275c Abs. 3 SGB V. Zumindest ist § 275c Abs. 3 SGB V aber dahingehend zu ändern, dass der Aufschlag vergleichbar zur Aufwandspauschale nach § 275c Abs. 1 S. 2 SGB V in eine Pauschale in Höhe von 300 € umgestaltet wird.

Sonstige Entlastungspotentiale

51. Strukturstatistik im Handels- und Dienstleistungsbereich

EU-Verordnung zur Europäischen Unternehmensstatistik - umgesetzt im Handels- und Dienstleistungstatistikgesetz (HdlDlStatG)

Hintergrund

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

Problemstellung:

- Die für den Krankenhausbereich relevanten Daten werden bereits in der Krankenhausstatistik (Grunddaten der Krankenhäuser sowie Kostennachweis der Krankenhäuser) erhoben.
- § 3 Abs. 2 Ziffer 2 j) sieht für den Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens eine Ausnahme für die Gruppe 86.2 (Arzt- und Zahnarztpraxen) und die Gruppe 86.90.1 (Praxen von psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten) vor. Für die Gruppe 86.1 (Krankenhäuser mit der Untergliederung 86.10.1 Krankenhäuser (ohne Hochschulkliniken, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken), 86.10.2 Hochschulkliniken und 86.10.3 Vorsorge- und Rehabilitationskliniken) ist jedoch keine Ausnahme ins Gesetz aufgenommen worden.

Lösungsvorschlag

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

52. Lieferkettensorgfaltspflichtengesetz

§ 4 bis § 10 LkSG

Hintergrund

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

Das LkSG sieht folgende Pflichten vor:

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

Problemstellung:

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

Lösungsvorschlag

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

53. Anerkennung internationaler Talente aus Drittstaaten

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

Hintergrund

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

Problemstellung:

- Komplexer Anerkennungsprozess:
 - Der Anerkennungsprozess ist komplex und erfordert eine Gleichwertigkeitsprüfung der ausländischen Berufsqualifikation mit dem deutschen Referenzberuf. Schon die Feststellung, welcher deutsche Referenzberuf zugrunde zu legen ist, ist oft schwierig und kann sich als langwierig erweisen.
 - Die Gleichwertigkeitsprüfung dauert derzeit drei bis vier Monate (oder länger), während für die oft notwendige Anpassungsqualifizierung häufig mindestens ein halbes Jahr, meist aber wesentlich längere Zeiträume eingeplant werden müssen.
- Finanzielle Hürden für die Bewerberinnen und Bewerber:
 - Der Anerkennungsprozess ist kostenpflichtig, was für viele Betroffene eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung darstellt.
- Sprachliche Barrieren:
 - Die Verwaltungssprache, die in offiziellen Dokumenten, Briefen und Mitteilungen von Behörden verwendet wird, kann zu sprachlichen Verständnisproblemen führen und stellt ein weiteres Hindernis dar, das den Prozess für die Antragstellenden erschwert.
- Mangelnde Erreichbarkeit und Beratung:
 - Die nicht immer gute Erreichbarkeit der Beratungsstellen und zuständigen Stellen sowie Informationsdefizite, erschweren den Zugang zur Unterstützung bei der Anerkennung von Berufsqualifikationen.
- (Häufig) papierbasierte Verfahren :
 - Die Antragstellenden sind häufig gezwungen, Diplome, Antragsformulare o. ä. in Papierform vorzuhalten und zu bearbeiten. Die Übermittlung der Dokumente ist durch den Postweg zeitverzögert.
- Belastungen der Krankenhäuser als künftige Arbeitgeber:
 - Bürokratische Pflichten und Kosten durch den komplexen Anerkennungsprozess (z. B. Erklärung zum Beschäftigungsverhältnis zur Vorlage bei der zuständigen Auslandsvertretung).
 - Zusatzangebote der Krankenhäuser (z. B. Unterstützung der Bewerberinnen und Bewerber bei der Wohnungssuche) müssen aus krankenhauseigenen Mitteln finanziert werden.

Lösungsvorschläge

- Vereinfachung des Anerkennungsprozesses:
 - Eine Vereinfachung, bundesweite Vereinheitlichung und Beschleunigung des Anerkennungsverfahrens reduziert die Hürden für Betroffene (föderalistische „Reibungsverluste“ sind durch die Einrichtung einer bundesweiten, zentralen Anerkennungsstruktur zu minimieren).
 - „Verschlankung“ der Prüfung durch generelle Anerkennung häufig vorkommender Berufsbilder bei Vergleichbarkeit der Ausbildungsinhalte.

- Finanzielle Unterstützung der Bewerberinnen und Bewerber:
 - Die Bereitstellung finanzieller Unterstützung für den Anerkennungsprozess könnte die finanzielle Belastung für die Bewerberinnen und Bewerber mindern. Bereits etablierte Unterstützungsangebote seitens der Bundesagentur für Arbeit und weiterer zuständiger Stellen sind daher auszuweiten.
 - Anerkennungsverfahren (in den sog. Mangelberufen) sind kostenfrei anzubieten.
- Sprachliche Unterstützung:
 - Die Bereitstellung der Antragsformulare auf Englisch (und optional anderen Fremdsprachen) sichert das Verständnis auf Seiten der Antragstellenden und kann zeitlichen Reibungsverlusten durch Missverständnisse und Fehler vorbeugen.
 - Zudem sollte das sog. „Amtsdeutsch“ auf Verständlichkeit für Nicht-Muttersprachler hin geprüft und angepasst werden.
- Die Erreichbarkeit der Beratungsstellen / zuständigen Stellen verbessern:
 - Die Antragstellenden sehen sich häufig zeitlich eng gefassten telefonischen Erreichbarkeiten gegenüber. Das Personal in den Beratungsstellen / zuständigen Stellen muss aufgestockt und ein Netzwerk etabliert werden, welches Anrufe auch bundesweit verteilbar macht (zentrales Callcenter o. ä.).
 - Das Personal in den zuständigen Behörden muss aufgestockt werden, um der Anzahl der Anträge in dem vorgegebenem Zeitrahmen gerecht werden zu können.
- Anerkennungsverfahren digitalisieren:
 - Digitalisierung bei der Anerkennung von Berufsqualifikationen aus Drittstaaten vereinfacht und beschleunigt den Prozess. Anträge sollten online eingereicht werden können, ggf. bereits aus dem Heimatland der Bewerberin bzw. des Bewerbers. Dies wiederum erleichtert den Zugang zu den Anerkennungsverfahren und ermöglicht eine effizientere Dokumentenanalyse und -prüfung, was wiederum zu einer beschleunigten Bearbeitung der Anträge führt und den gesamten Anerkennungsprozess effektiver gestaltet.
- Entlastung der Krankenhäuser als künftige Arbeitgeber:
 - Die Anerkennungsverfahren müssen vereinfacht und die damit verbundenen Kosten angemessen refinanziert werden.
 - Es müssen bessere Unterstützungsangebote der Bewerberinnen und Bewerber, z. B. bei der Wohnungssuche etabliert und von öffentlicher Hand finanziert werden. Krankenhäuser, die diese zusätzlichen Aufgaben aktuell oft freiwillig übernehmen, müssen angemessen für diesen zusätzlichen Aufwand entlohnt werden.

54. Energieaudit

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

Hintergrund

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

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

Problemstellung:

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

Lösungsvorschlag

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

55. Untersuchung auf Legionellen im Trinkwasser

§ 51 Trinkwasserverordnung (TrinkwV)

Hintergrund

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

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

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

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

Problemstellung:

- Allein aufgrund des Nachweises von Legionellen werden z. T. umfangreiche bauliche Maßnahmen gefordert, unabhängig davon, ob es sich um die für die meisten Legionellen-Erkrankungen verantwortliche Legionella pneumophila Serotyp 1 handelt oder eine andere Legionellen-Spezies (z. B. Legionella anisa).
- In der Konsequenz werden häufig aufwändige Maßnahmen gefordert, die jedoch – ausgehend vom Ausmaß der Gesundheitsgefährdung – nicht notwendig wären.

Lösungsvorschlag

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

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Wegelystraße 3
10623 Berlin

Tel. (030) 3 98 01-0
E-Mail GB-I@dkgev.de