

Dr. Lisa Brandl

Vorschläge zur Bürokratismus-Bekämpfung

Die hohe Bürokratielast im Gesundheitswesen ist weiterhin eines der Kernthemen im gesundheitspolitischen Diskurs. Dennoch bieten das am 28. März 2024 in Kraft getretene Krankenhaustransparenzgesetz und die aktuellen Gesetzesvorlagen zu Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) und Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) keine ausreichenden Lösungsansätze. Stattdessen wird stellenweise sogar neue Bürokratie aufgebaut. Im April 2024 hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) indes die Erarbeitung weiterer Maßnahmen zur Bürokratieentlastung angekündigt. In diesem Zusammenhang wurden auch die Verbände des Gesundheitswesens eingeladen, entsprechende Vorschläge einzubringen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) konnte zum 30. April 2024 über siebzig Vorschläge an das BMG übermitteln. Die angekündigte Erarbeitung weiterer Maßnahmen zum Bürokratieabbau kommt spät in der aktuellen Legislatur, ist aber zumindest ein Anfang.

Ursprünglich hatte der Bundesgesundheitsminister bereits für Dezember 2023 den Entwurf eines umfassenden Bürokratieentlastungsgesetz für den Gesundheitssektor angekündigt. Auch für die Krankenhäuser sollten darin spürbare Entlastungsmaßnahmen enthalten sein.

Das ist dringend erforderlich: Die Vorschläge in den bisher bekannt gewordenen Entwürfen zur Krankenhausreform greifen deutlich zu kurz, auch wenn einzelne Vorschläge begrüßenswert sind. Unterdessen türmt sich durch die bisher in der Legislaturperiode verabschiedeten Gesetze und Entwürfe aber auch neue Bürokratie auf: So bringt die geplante Vorhaltevergütung in der nach Kabinetttvorlage zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) weiter anvisierten Form aller Voraussicht nach viel Aufwand, aber wenig Nutzen mit sich. Die geplante Zusammenführung von Strukturprüfungen und Qualitätsprüfungen in einem gemeinsamen §275a SGB V spart inhaltliche Anpassungen weitgehend aus und schafft durch die Hinzunahme einer neuen Prüfung für die Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen auch in diesem Bereich neue Aufwände. Zu guter Letzt wurden mit dem bereits Ende März in Kraft getretenen Krankenhaustransparenzgesetz die Personalmeldepflichten im Rahmen des §21 Datensatzes erheblich erweitert. Da ähnliche Parameter bereits in den bestehenden Meldepflichten zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser gemäß § 136b Absatz 1 Nr. 3 SGB V enthalten sind, wurden hier außerdem erneut unnötige Parallelstrukturen geschaffen.

Die im April 2024 erfolgte Ankündigung des BMG, weitere Maßnahmen zur Bürokratieentlastung erarbeiten zu wollen, ist vor diesem Hintergrund ein positives Signal, wenngleich es spät kommt. Gleiches gilt für die Einladung an die Verbände des Gesundheitswesens, sich durch entsprechende eigene Vorschläge zu beteiligen. Der Deutschen Krankenhausgesellschaft war es in diesem Zusammenhang ein besonderes Anliegen, auf die täglichen Herausforderungen, aber auch das mögliche Entlastungspotenzial zu verweisen, dass durch unnötige Bürokratie täglich an der Krankenhausbasis entsteht. Möglich wurde

dies auf Grundlage einer Umfrage zum Thema Bürokratieabbau, die im Dezember 2023 an die Spitzenverbände und Landeskrankhausgesellschaften versandt wurde. Als Resonanz auf die Anfrage des Bundesgesundheitsministeriums konnten so insgesamt 74 Vorschläge zusammengetragen werden, die dem Bundesgesundheitsministerium am 30. April 2024 übermittelt wurden.

Patienteninformation, Einwilligungspflichten und Datenschutz

Gleich mehrere Vorschläge widmen sich dem Entlastungspotenzial im Rahmen stetig zunehmender und über ein sinnvolles Maß weit hinausschießende Patienteninformationspflichten: So müssen Krankenhäuser gemäß § 305 Absatz 2 S. 5 SGB V allen gesetzlich versicherten Patienten auf deren Verlangen sog. Patientenquittungen schriftlich oder elektronisch zur Verfügung stellen. Obwohl nur wenige Patienten von dem Angebot Gebrauch machen, muss der Patientenwunsch regelmäßig im Aufnahmeverfahren abgefragt werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft schlägt daher eine Streichung der Patientenquittung vor. Ähnliches gilt für die Frage nach und die Datenübermittlung an den Hausarzt nach § 73 Absatz 1b SGB V. Auch dieser muss für alle gesetzlich versicherten Patienten abgefragt werden und die betreffenden Behandlungsdaten und Befunde übermittelt werden - zumindest, wenn in die Datenübermittlung gesondert eingewilligt wird. Dies alles vor dem Hintergrund, dass viele Patienten heutzutage keinen festen Hausarzt mehr haben und über einen Entlassbrief verfügen, den sie ihrem Hausarzt oder sonstigen Weiterbehandler ohnehin aushändigen. Die bisherigen Verpflichtungen sollten daher außer Kraft gesetzt werden. Krankenkassen müssen den Krankenhäusern gemäß § 301 Absatz 2a SGB V unverzüglich einen bestehenden Pflegegrad übermitteln, sobald das Krankenhaus die Aufnahme eines betroffenen Patienten oder einer betroffenen Patientin anzeigt. Diese Daten sind unter anderem für eine korrekte Abrechnung erforderlich. Obwohl mit § 301 Ab-

satz 2a SGB V bereits eine ausreichende datenschutzrechtliche Befugnisnorm für die Übermittlung vorliegt, fordert § 17c Absatz 5 S. 4 KHG für privatversicherte Patient*innen eine zusätzliche Einwilligung, damit die Übermittlung dieser Daten erfolgen darf. Diese zusätzliche Einwilligungspflicht muss entfallen. Auch das Entlassmanagement darf gemäß § 39 Absatz 1a S. 14, 15 SGB V nur mit vorheriger schriftlicher oder elektronischer Information und Einwilligung der Versicherten erfolgen. Dabei genügt nach DS-GVO bereits eine „ausdrückliche“ Einwilligung den datenschutzrechtlichen Anforderungen, sodass die Schriftform überobligatorisch ist. Die Schriftform der vorhergehenden Information sowie die Einwilligung in das Entlassmanagement sollten daher abgeschafft werden. Aus § 301 Absatz 3 SGB V lässt sich die Pflicht zur Einholung einer separaten Einwilligung von Versicherten in die elektronische Übertragung der Daten aus dem Antrag auf Anschlussrehabilitation (AHB) an die jeweilige Krankenkasse ableiten. Dabei willigen die GKV-Versicherten bereits im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V u. a. in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Krankenkasse und die damit verbundene Datenverarbeitung ein. In § 301 Absatz 3 SGB V sollten zur Vermeidung gedoppelter Einwilligungspflichten daher die Worte „auf Wunsch und mit Einwilligung der Versicherten“ durch einen Verweis auf das Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a SGB V ersetzt werden. Nach einer implantatbezogenen Maßnahme sind die Krankenhäuser nach § 24 Absatz 1 Nr. 2 IRegG verpflichtet, jedem Patienten eine Kopie seiner personenbezogenen Daten, die das Krankenhaus an die Vertrauensstelle und an die Registerstelle übermittelt hat, zur Verfügung zu stellen. Derartige, unaufgeforderte Informationen stehen in direktem Widerspruch zum Grundsatz der Datenminimierung nach Art. 5 Absatz 1 c) DS-GVO sowie den Bestimmungen nach Art. 15 DS-GVO. Laut diesen müssen datenverarbeitende Stellen nicht von sich aus zur Auskunft aktiv werden, sondern lediglich auf Verlangen der Patienten selbst. Nach § 22 Absatz 1, 2 IRegB kommt noch hinzu, dass irgendein Krankenhaus, das an das Implantatregister angeschlossen ist, den Patienten ihre im Implantatregister gespeicherte Daten zur Verfügung stellen muss, auch wenn diese von anderen Krankenhäusern oder Krankenkassen gemeldet wurden. Die Pflicht zur Verfügungstellung einer Kopie der übermittelten personenbezogenen Daten nach § 24 Absatz 1 Nr. 2 IRegG und zur Bestätigung über die Verarbeitung personenbezogener Daten nach § 22 Absatz 1, 2 IRegB sollten aufgehoben werden. Ferner sollte eine Option geschaffen werden, die Meldepflichten zu implantatbezogener Maßnahmen gegenüber den Kostenträgern nach § 25 IRegG im Rahmen vorbestehender Datenübermittlungsverfahren durchzuführen. Für das aktuell noch im Aufbau befindliche Transplantationsregister sollen künftig verschiedene Daten von der Koordinierungsstelle (DSO), der Vermittlungsstelle (ET) und dem IQTIG an das Register übermittelt werden. Hierfür muss vom Krankenhaus, an dem die Transplantation erfolgt, jeweils eine Einwilligung des Betroffenen eingeholt und an die genannten Institutionen übermittelt werden, erst anschließend erfolgt

eine Weiterleitung der Daten. Dies führt oft zu widersprüchlichen Angaben und ggf. auch zu widersprüchlichen Datensätzen. Der Einwilligungsvorbehalt für die Datenübermittlung von Koordinierungsstellen, Vermittlungsstellen und IQTIG an das Transplantationsregister nach § 15 e Abs 6 TPG muss, wie bereits bei den Altdaten bis 2016 gehandhabt, aufgehoben werden. Im Rahmen der Einführung der elektronischen Patientenakte kommen gemäß § 348 Absatz 4 S. 4 SGB V (in der ab 15.01.2025 geltenden Fassung) weitere Informationspflichten auf die Krankenhäuser zu. Obwohl die Krankenkassen ihre Versicherten bereits umfassend über die elektronische Patientenakte informieren, müssen Krankenhäuser ihren Patienten zusätzlich in Kenntnis setzen, dass ihre Daten nach § 341 Absatz 2 Nr. 1–5, 10–14 und 16 SGB V auf ihr Verlangen in die ePA übermittelt und gespeichert werden können, sofern diese Daten im Rahmen der Krankenhausbehandlung erhoben und elektronisch verarbeitet werden. Diese Verpflichtung der Krankenhäuser nach § 348 Absatz 4 S. 4, 5 SGB V muss gestrichen werden, um redundante Informationsverpflichtungen im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte abzubauen.

Weitere Entlastungspotenziale im Umfeld der Patientenversorgung

Eine gänzliche Streichung von Regulierungen ist nicht immer möglich bzw. zweckmäßig. Trotzdem sind durch entsprechende gesetzliche Anpassungen oft spürbare Erleichterungen im klinischen Alltag erreichbar. So ließen sich viele Dokumentationspflichten in ihrem Umfang deutlich reduzieren, ohne dass dadurch Nachteile für die Patientenversorgung zu befürchten sind. Beispielsweise werden bei Importarzneimitteln, die von Krankenhausapotheken zur vorübergehenden Bevorratung bei Lieferengpässen erworben werden, gemäß § 18 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 8 ApBetrO umfassende Angaben zu Namen und Anschrift der Person gefordert, für die das Arzneimittel bestimmt ist. Da diese Person zum Zeitpunkt eines Importes zur vorübergehenden Bevorratung bei Lieferengpässen noch nicht feststehen kann, entsteht hier ein hoher Arbeitsaufwand, der deutlich verschlankt werden sollte. Die genannten Daten werden ohnehin bereits im Rahmen der Dokumentation der Patientenversorgung erhoben. Es wird daher vorgeschlagen, § 18 Absatz 1 Satz 1 ApBetrO so abzuändern, dass die Aufzeichnung der jeweiligen Fallnummer ausreichend ist. Aus der Kombination aus der Fallnummer und den Daten aus der Dokumentation der Patientenversorgung ist eine Rückverfolgbarkeit, zum Beispiel bei Produktrückrufen, dennoch weiterhin gegeben. Auch Dokumentationspflichten im ärztlichen Bereich ließen sich deutlich vereinfachen und so mehr Zeit für die Patientenversorgung selbst generieren: So sollte etwa die verpflichtende Erfassung von Aufnahme Diagnosen sowie von Orpha-Kennnummern, die deckungsgleich mit den jeweiligen ICD-Codes sind, abgeschafft werden, da auch diese Informationen bereits an anderer Stelle dokumentiert werden. Auch im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes nach § 6 und § 7 IfSG müssen gleichlautende Meldungen sowohl durch die behandelnden Kranken-

hausärzte als auch durch das feststellende Labor erfolgen. Hier sollte die Meldepflichtung auf die Labormeldung beschränkt werden. Weitere Entlastungspotenziale gibt es bei der Organisation von Anschlussversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt. Diese obliegt bislang den Krankenhäusern und ist oft langwierig, da außerhalb des Krankenhauses entsprechende Behandlungskapazitäten fehlen. Gleichzeitig können aus einer erst verspätet möglichen Entlassung Rechnungskürzungen für das Krankenhaus resultieren. Um Fehlanreize zu korrigieren, sollten Finanzierung und Organisation der Anschlussversorgung künftig zusammengeführt und auf vorherige Anforderung durch die Krankenhausärzte vom Kostenträger verantwortlich organisiert werden. Der Organisationsprozess der Anschlussversorgung hat zusätzliches Vereinfachungspotenzial. So sollten durch entsprechende Anpassungen in § 40 SGB V die Verfahren zur Einleitung einer Anschluss-Rehabilitation (AHB) durch verbindliche Übernahme des Direkteinleitungsverfahrens für alle Leistungsträger zusammengeführt und die Entscheidungskompetenz des ärztlichen Dienstes der AHB-Klinik gestärkt werden. Die Beteiligten sind über einen gesetzlichen Auftrag zur gemeinsamen Vereinbarung eines einheitlichen Satzes an erforderlichen Unterlagen für die Einleitung der Anschluss-Rehabilitation zu verpflichten. Um den aktuellen Versorgungsrealitäten gerecht zu werden, muss zudem die Übergangspflege reformiert werden. Notwendig sind insbesondere eine Anpassung der maximalen Dauer der Übergangspflege von aktuell 10 Tagen auf einen realistischen Zeitraum von bis zu drei Monaten, sowie eine Reduktion des bürokratischen Aufwands bei der Anschlussversorgeranfrage.

Lieferkettensorgfaltsgesetz und Statistikabfragen – Notwendigkeit von Bereichsausnahmen für die Krankenhäuser

Einige, in ihrer Intention insgesamt sinnvolle gesetzliche Maßnahmen, scheitern am besonderen Wesen der Krankenhäuser als Teilbereich der Daseinsvorsorge und damit verbundenen, unlösbaren Herausforderungen. So bekennt sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft ausdrücklich zu den Zielen des Lieferkettensorgfaltsgesetzes (§§ 4 bis 10 LkSG), mit dem die Einhaltung von Menschenrechten und umweltbezogenen Pflichten in globalen Lieferketten sichergestellt werden sollen. Gleichzeitig sind die Einflussmöglichkeiten der einzelnen Krankenhäuser sehr begrenzt, sollte sich bei der Nachverfolgung der Lieferkette herausstellen, dass die im LkSG statuierten Pflichten nicht eingehalten werden. Dies gilt insbesondere, wo Produkte betroffen sind, die nicht anderweitig bezogen werden können, aber zwingend für eine adäquate Patientenversorgung erforderlich und damit unverzichtbar sind. Um die Daseinsvorsorge auch künftig nicht zu gefährden, ist daher eine Bereichsausnahme für die Krankenhäuser von den Pflichten des LkSG zu schaffen. Bereichsausnahmen sind auch dort sinnvoll, wo gleiche Zielparameter bereits durch andere Regelkreise abgefragt werden. So sollten die Krankenhäuser auch aus dem Geltungsbereich des Handels- und Dienstleistungstatistikgesetzes

(HdlIDStatG) ausgenommen werden, da die relevanten Daten bereits in der Krankenhausstatistik (Grunddaten der Krankenhäuser und Kostennachweis der Krankenhäuser) erhoben werden. Für andere Teilbereiche des Gesundheits- und Sozialwesens sieht das HdlIDStatG bereits Ausnahmen vor, nämlich für die Gruppe 86.2 (Arzt- und Zahnarztpraxen) und die Gruppe 86.90.1 (Praxen von psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten).

Personalvorgaben und verbundene Nachweispflichten

Am 26. April 2024 hat der Bundesrat der Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) gemäß § 137 k SGB V unter der Voraussetzung zugestimmt, dass insgesamt zwölf Änderungsbedarfe vorgenommen werden. Wenn das Bundesministerium für Gesundheit den geforderten Änderungen zustimmt, kann die Verordnung am 1. Juli 2024 in Kraft treten. Das Instrument stellt einen deutlichen Fortschritt im Vergleich zu den Pflegepersonaluntergrenzen dar. Allerdings gibt es an einigen Punkten weiter Nachbesserungsbedarf, um zusätzliche bürokratische Aufwände durch die Einführung der PPR 2.0 bzw. Kinder-PPR 2.0 zu vermeiden: Unter anderem sollte auf einen Ganzhausansatz statt kleinteiligem Monats- und Schichtbezug umgestellt und ein bundesweites digitales Erfassungstool für die Erhebung der Daten bereitgestellt werden. Außerdem müssen die bisherigen Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) nach § 137i SGB V nach Inkrafttreten der PPBV abgeschafft bzw. in diese überführt werden, um eine Doppelerfassung für denselben Zielparameter zu verhindern. Auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen sollte die Übermittlung der Daten zu den Personaluntergrenzen (PpUG), sowie der Psych-Personalnachweis nach §18 Absatz 2 BPflV abgeschafft werden, da diese redundant zur bereits äußerst umfangreichen „Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie“ (PPP-RL) sind: Diese gilt bereits seit 2020 für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung und legt differenzierte Mindestvorgaben für die Personalausstattung in diesem Bereich fest. So müssen quartalsweise bis zu 28 Nachweistabellen an bis zu drei Datenempfänger versendet werden. Zusätzlich zur Abschaffung redundanter, anderer Nachweispflichten muss daher auch die PPP-RL selbst im Sinne der Bürokratismusbekämpfung grundlegend überarbeitet werden: Dabei muss die Ermittlung des Umsetzungsgrades durch entsprechende Anpassung der §§ 2, 5, 6, 7 PPP-RL und der Anlagen über alle Berufsgruppen hinweg oder über „zusammengefasste Berufsgruppen“ erfolgen. Es muss eine jährliche statt quartalsweise Übermittlung der Nachweise gemäß § 11 Absatz 2 in Verbindung mit § 11 Absatz 13 festgelegt werden. Die Einstufung der Patienten in die Behandlungsbereiche auf Basis von Routinedaten sollte dagegen zurückgenommen werden, da den Krankenhäusern weder ein System zur technischen Umsetzung zur Verfügung steht, noch gravierende offene Fragen geklärt sind, die mit der Umstellung auf Routinedaten zur Eingruppierung verbunden sind. Zudem müssen die Erläuterungen zu den

übernommenen Regelaufgaben gemäß § 8 Absatz 3 und 5 PPP-RL, zu den Qualifikationsmaßnahmen von therapeutischem Personal, sowie der stations- und monatsbezogene Nachweis für die Krankenhäuser in der Stichprobe gemäß § 16 Absatz 8 PPP-RL gestrichen werden.

Die Krankenhäuser können im Bereich Personal ferner nicht nur durch einen Bürokratieabbau der sie originär betreffenden Regulierungen profitieren, sondern auch, indem potenzielle Arbeitnehmer von bürokratischen Pflichten entlastet werden. Dadurch werden Einstellungen gefördert und dem Personalmangel entgegengewirkt. Ein Beispiel sind die beruflichen Anerkennungsverfahren von internationalen Fachkräften aus Drittstaaten. Diese sind aktuell oft kompliziert, langwierig und teuer. Eine Vereinfachung des Prozesses, unter anderem durch zentrale Anerkennungsstrukturen, beschleunigte Anerkennungsverfahren und eine bessere sprachliche Unterstützung sind daher dringend erforderlich.

Finanzierung und Abrechnungsaufwand

Auch im Bereich Finanzierung und bei damit in Zusammenhang stehenden Verwaltungsaufwänden zeigen sich hohe Entlastungspotenziale für die Krankenhäuser: So sollten beispielsweise normative Vorgaben für die Krankenhaus-Budgetverhandlungen gemacht und die Anzahl der erforderlichen Dokumente sollte grundsätzlich auf das absolut Notwendige beschränkt werden. Der Psych-Krankenhausvergleich gem. § 4 BpflV im Rahmen der Entgeltverhandlungen für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen sollte abgeschafft werden. Das überaus komplexe PEPP-System sollte neu ausgerichtet und als klares Instrument für Abschlagszahlungen in seiner Komplexität deutlich reduziert werden. Auch das System der sektorengleichen Vergütung nach 115f SGB V (sog. „Hybrid-DRGs“) bedarf einer grundlegenden Überarbeitung durch gesetzliche Neufassung. Die Nachweise zur zweckentsprechenden Mittelverwendung der zusätzlichen Mittel für Tarifierhöhungen von Pflegepersonal, das nicht im Pflegebudget enthalten ist nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntG und § 3 Absatz 4 BpflV in Verbindung mit § 11 Absatz 1 Satz 5 BpflV, sowie für Maßnahmen zur Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 4 Absatz 8a KHEntG, für das Erlösvolumen für Kinder und Jugendliche nach § 4a KHEntG und für die geburtshilfliche Versorgung nach § 5 Absatz 2b und c KHEntG bedürfen der Abschaffung. Gleiches gilt für die aufwendigen Verfahren zur Erhebung und Abführung des DRG- und des GBA-Systemzuschlags. Sie sollten durch eine direkte Finanzierung des InEK, des G-BA, des IQWiG und des IQTiG durch die Kostenträger ersetzt werden. Zudem sollte die Durchführung des Zuzahlungsinquassos nach § 43c Absatz 3 SGB V auf die gesetzlichen Krankenkassen rückübertragen werden. Aktuell wird dieses vollumfänglich von den Krankenhäusern durchgeführt, obwohl Gläubiger des Zuzahlungsanspruches weiterhin ausschließlich die gesetzliche Krankenkasse ist. Dieser liegen – im Gegensatz zu den Krankenhäusern – auch grundsätzliche Informationen vor, die für die

Durchführung des Inkassos notwendig sind, etwa über eine vorliegende Zuzahlungsbefreiung. Die DKG schlägt daher eine Streichung von § 43c Absatz 3 SGB V und damit eine Rückkehr zur alten, bis 2009 gültigen Rechtslage vor, in der Krankenhäuser lediglich dazu verpflichtet waren, etwaige Zuzahlungen bei Entlassung der Patientinnen und Patienten einzuziehen und zu verrechnen. Einige Kostenträger, beispielsweise Sozialämter, sind fortgesetzt nicht an die einheitlichen, elektronischen Abrechnungsverfahren nach §301 SGB V und DGVV/PKV-Datenübermittlung angeschlossen, sondern rechnen stattdessen in Papierform ab. Dies führt in den Krankenhäusern zu erheblichen organisatorischen Mehraufwänden. Um diese Aufwände abzubauen, aber auch um eine Einbindung in die vorbestehenden Verfahren anzuregen, wird daher ein 5%iger Papieraufrechnungsaufschlag in Erweiterung des § 303 Absatz 3 SGB V vorgeschlagen. Zudem ist in der Datenübermittlung nach § 301 Absatz 3 SGB V die Übermittlung der Information, welche Rechnungen in einer anschließenden Überweisung an die Krankenhäuser zusammengefasst werden, bisher nicht einheitlich geregelt. Die optionale Nutzung des Nachrichtentyps „Sammelüberweisung“ findet nur in bilateraler Absprache zwischen Krankenhaus und Krankenkasse Anwendung. Das verursacht Medienbrüche und damit zusätzliche Aufwände für das Krankenhaus, das die Informationen aus unterschiedlichen Quellen zusammenführen muss. Es wird daher vorgeschlagen, den § 301 Absatz 2a SGB V um die Verpflichtung zu einer elektronischen Übermittlung von Zahlungsinformationen im Zuge des Verfahrens nach § 301 Abs 3 SGB V zu erweitern.

Anträge auf Leistungserbringung

Bei bestimmten Leistungen, die in einem Krankenhaus prinzipiell erbracht werden können, bedarf es eines vorherigen Antrags, um sie im Anschluss tatsächlich anbieten und abrechnen zu dürfen. Oft sind diese Anträge äußerst bürokratisch gestaltet. Um beispielsweise sogenannte „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) Entgelte“ für innovative Leistungen abrechnen zu können, müssen von jedem einzelnen Krankenhaus die jeweiligen Leistungen jährlich wiederholt beantragt werden. 2024 musste das InEK so über 120 000 Anfragen prüfen, die sich insgesamt aber nur auf 981 unterschiedliche Verfahren bezogen, von denen lediglich 27 Verfahren als nicht sicher schon zuvor gestellt eingestuft wurden. Die gesetzliche Verpflichtung zur jährlich wiederkehrenden Antragstellung auch für bereits verhandlungsfähige NUB durch jedes einzelne Krankenhaus sollte daher abgeschafft werden. Zudem sollten die beiden Rechtskreise Krankenhausfinanzierung und Arzneimittelrecht in Bezug auf die NUB-Entgelte harmonisiert werden, um Erstattungsbeiträge und die Krankenhausabrechnung von NUB-Entgelten durch ein praktikables Verfahren gangbar zu machen. In der Kabinetttvorlage zum KHVVG ist zu begrüßen, dass die Ermächtigung zur hausärztlichen Versorgung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen nach § 116a SGB V laut Begründung unbefristet ausgestaltet wird und damit der bisherige Prüfaufwand im 2-jährigen Rhythmus

für diesen Bereich entfällt. Dass die Ermächtigungen nach § 116a SGB V nicht auch für die übrigen Fachgebiete unbefristet ausgestaltet wurden, ist allerdings nicht nachvollziehbar. Zudem bedürfen auch die Anträge zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V einer grundlegenden Vereinfachung. Die ASV umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer oder seltener Erkrankungen und kann von Krankenhäusern sowie niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten und Medizinischen Versorgungszentren gemeinsam angeboten werden. Problematisch ist dabei das sehr aufwendige Zulassungsverfahren für die Teams durch die erweiterten Landesausschüsse (eLA). Die Freigabe der Leistungserbringung im Sinne des KV-Rechtes innerhalb der Kliniken sollte am praktikabelsten allgemeingültig ohne weitere Zulassungserfordernisse oder Meldepflichten erfolgen. Mindestens bedarf es aber einer grundlegenden Reduktion der zur Zulassung vorzulegenden Nachweise, die etwa durch kurze und qualifizierte Selbstauskünfte abgelöst werden könnten. Damit ein Krankenhaus bestimmte planbare Leistungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V anbieten darf, muss es eine durch den G-BA festgelegte Mindestmenge dieser Leistungen erreichen. Dazu ist eine Prognose auf Grundlage der Leistungszahlen des 3. und 4. Quartals des Vorjahres sowie des 1. und 2. Quartals des aktuellen Jahres abzugeben. Zur Übermittlung dieser Daten ist derzeit ein kostenintensives Softwaremodul erforderlich, das auf einer Spezifikation des IQTIG beruht. Durch Änderung von § 3 Absatz 3 Mm-R könnte die Prognosedarlegung auch ohne Spezifikation und damit der Verzicht auf diese teure Software ermöglicht werden. Um den Beginn einer Erbringung von Leistungen anzuzeigen, die die Einhaltung von in OPS-Kodes geregelten Strukturmerkmalen nach § 275d SGB V erfordern, müssen die Krankenhäuser die entsprechenden Strukturmerkmale nach § 275d Absatz 1a S. 2 Nr. 1 SGB V bereits für einen Zeitraum von drei Monaten vor der Anzeige vorhalten. Für die Erfüllung dieser Vorhaltefrist entsteht Aufwand in sachlicher, personeller und finanzieller Hinsicht, der zu vermeiden wäre. Notwendig ist eine ersatzlose Streichung. Um Leistungen gemäß dem Katalog zum Ambulanten Operieren nach § 115b SGB V zu erbringen, ist eine Mitteilung des Krankenhauses an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen erforderlich. Im entsprechenden Meldeformular muss das Institutskennzeichen des Krankenhauses eingetragen werden, obwohl dieses auch aus dem Standortverzeichnis genutzt werden könnte. Zur weiteren Reduktion von Meldepflichten und zur Vereinfachung der Informationsnutzung wird daher einer Streichung des § 115b Absatz 2 Satz 2 SGB V mit anschließender Neuaufsetzung des Meldeverfahrens vorgeschlagen.

Struktur- und Qualitätsanforderungen mit Prüfsystemen

In der aktuellen Kabinettsvorlage zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz wird ein Bürokratieabbau insbesondere in Zusammenhang mit einigen Neuordnungen im Bereich

der Prüfungen des medizinischen Dienstes in Aussicht gestellt. Leider sind die vorgeschlagenen Änderungen jedoch nicht ausreichend zur Entlastung geeignet, sondern erzeugen im Gegenteil neue redundante Regelungen und Aufwände: So ist die Neufassung des § 275a SGB V und damit die Zusammenführung von Qualitätsprüfungen (bereits bisher § 275a SGB V) und Strukturprüfungen (bisher § 275d SGB V, nun im Wesentlichen unverändert § 275a Absatz 5 und 6 SGB V) rein formaler Natur, da weiterhin zwei voneinander getrennte Prüfverfahren nebeneinander bestehen. Hinzu kommen weitere Ergänzungen, um künftig zusätzlich eine Prüfung der Qualitätskriterien nach § 135e SGB V und ggf. der Qualitätsanforderungen der Länder zu ermöglichen. Dringend notwendig ist demgegenüber weiterhin eine echte Zusammenfassung für Struktur- und Qualitätsprüfungen im Sinne eines einheitlichen Prüfregimes. Idealerweise sollten hierbei die Qualitätskontrollen in das Prüfregime der Strukturprüfung überführt werden. Zudem bedarf es bei den Strukturprüfungen (bisher § 275d SGB V) einer Verlängerung und Vereinheitlichung der Prüfintervalle auf drei Jahre. Alle nicht unmittelbar erforderlichen Unterlagen (Arbeitsverträge, Arbeitszeugnisse, Dienstpläne) müssen aus der Nachweispflicht ausgenommen werden, ebenso die wiederholte Übermittlung von im Wesentlichen konstanten Merkmalen, wie etwa des Standorts. Die Strukturmerkmale in den OPS-Kodes müssen kritisch auf Evidenz überprüft und in ihrer Anzahl reduziert werden. Sie dürfen nur angewandt werden, wenn sie für die jeweilige Leistungserbringung relevant sind. Auch im Bereich der G-BA Richtlinien muss eine kritische Überprüfung und ggf. Streichung von Strukturmerkmalen zur Vermeidung von Mehrfachprüfungen erfolgen. Die nach dem Kabinettsentwurf des KHVVG vorgesehene Ergänzung des § 136 SGB V ist im Ansatz zwar richtig, aber nicht ausreichend. Durch das im März 2024 in Kraft getretene Krankenhaustransparenzgesetz, insbesondere den neuen § 135d SGB V zum „Transparenzverzeichnis“, werden nicht nur die Personalmeldepflichten im Rahmen des § 21 Datensatzes empfindlich erweitert, sondern auch erhebliche Parallelstrukturen zum bereits bestehenden Qualitätsbericht der Krankenhäuser gem. § 136b Absatz 1 Nr. 3 SGB V geschaffen. Die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser müssen dringend überarbeitet werden, um Dopplungen und insbesondere redundante Übermittlungspflichten für Leistungserbringer wieder abzubauen. Darüber hinaus sollten die Qualitätskontrollen der G-BA Richtlinien von monetären Zwängen nach § 137 SGB V entkoppelt werden. Dies würde zu einem sachgerechteren Umgang bei der Auslegung der G-BA Richtlinien führen – und damit ihr eigentliches Ziel, nämlich das Erkennen und Beseitigen von Qualitätsdefiziten, fördern. Die Bestimmungen zur Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des G-BA nach § 137 müssen daher neu geregelt werden. Zur Vermeidung redundanter Übermittlungen wird in der Kabinettsvorlage zum KHVVG festgelegt, dass der Medizinische Dienst Nachweise und Erkenntnisse aus den verschiedenen Prüfungen nach dem neuen § 275a SGB V wechselseitig nutzen darf. Zu diesem Zweck soll auch eine ent-

sprechende Datenbank eingeführt werden. Die Einführung einer zentralen Datenbank ist zu begrüßen. Abzulehnen ist hingegen, dass das Nähere zu dieser Datenbank ausschließlich durch den Medizinischen Dienst mittels einer Richtlinie geregelt werden soll und die Hinweise zur Gestaltung in § 285 Absatz 5 SGB V zudem oberflächlich sind. Ergänzend wird zudem die Einführung eines Webportals zur Sicherstellung eines transparenten und wirtschaftlichen Vorgehens bei der Datenübermittlung an verschiedene Adressaten vorgeschlagen. Der Versand von Nachweisen, Strukturabfragen, Meldungen zu Ausnahmetatbeständen, Anträgen etc. an beispielsweise IQTIG, Kassenvertreter vor Ort und Landesverbände der GKV würde dadurch deutlich vereinfacht. Die bisher hierfür eingesetzten Insellösungen sind abzulehnen, da häufig Umsetzungsprobleme bestehen. Derzeit erlässt der Medizinische Dienst Bund Begutachtungsleitfäden sowohl zur Qualitätskontrolle nach §275a SGB V als auch zur Strukturprüfung nach §275d SGB V. Zwar sind diese Begutachtungsleitfäden formal nicht für die Krankenhäuser verbindlich, entfalten durch die bindende Wirkung auf die Prüfer in der Praxis aber sehr wohl Wirkung auf die Krankenhäuser. Die festgelegten Regelungen gehen häufig über die Vorgaben in der StrOPS-RL bzw. der MD-QK-RL hinaus. Die DKG sollte daher zwingend in die Erstellung eingebunden und die Leitfäden sollte vor Veröffentlichung durch das BMG genehmigt werden. Prinzipiell sollte die Normsetzung zur Ent-

wicklung und Festlegung von Verfahren zur Strukturbeurteilung und -verbesserung von der Durchführung der Strukturprüfung getrennt und aus der alleinigen Verantwortung des MD herausgenommen werden.

Abrechnungsprüfung

Auch für die Abrechnungsprüfung erhält die Kabinetttvorlage zum KHVVG bereits einige Vorschläge. Etwa sollen die bisherigen Einzelfallprüfungen nach § 275c künftig durch Stichprobenprüfungen ersetzt werden. Der Medizinische Dienst Bund soll hierfür zunächst ein Konzept entwickeln, auf dessen Grundlage der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft anschließend bis Juni 2026 eine entsprechende Vereinbarung ausarbeiten sollen. Der Vorschlag zur Einführung einer Stichprobenregelung hat prinzipiell Potenzial, zum Bürokratieabbau beizutragen. Ob sie tatsächlich Entlastungen für die Krankenhäuser herbeiführen kann, hängt aber von ihrer konkreten Ausgestaltung ab. Vermieden werden müssen insbesondere krankenhausesindividuelle, quartalsabhängige Prüfquoten, wie im aktuellen System gemäß § 275c Absatz 2 S. 2 ff SGB V festgelegt. Deren Ermittlung erfordert die Verarbeitung einer Vielzahl von Daten und ist fehleranfällig. Auch zur besseren Planungssicherheit sollten daher feste Prüfquoten in Höhe von maximal 10 % gelten. Ebenfalls sehr kompliziert ist im aktuellen System die Berechnung der Höhe

Anzeige



SozialBank

Fragen Sie Ihren Kredit direkt online an

Ob Sie einen Kindergarten, eine Werkstatt für Menschen mit Behinderungen, eine stationäre Altenpflegeeinrichtung oder einen ambulanten Pflegedienst planen, bauen oder erweitern wollen – wir helfen Ihnen, damit Sie und Ihre Organisation liquide bleiben.

Sie möchten mehr über unser Angebot erfahren? Folgen Sie uns auf <https://kreditanfrage.sozialbank.de> oder scannen Sie den QR-Code.



Wir sind für Sie da:

Bank für Sozialwirtschaft AG | 0800 375 205 00 | support-digital@sozialbank.de

des Aufschlags für beanstandete Abrechnungen. Dieser wird abhängig vom Anteil der unbeanstandeten Abrechnungen des Krankenhauses durch Erhebung eines Prozentsatzes auf den Differenzbetrag errechnet, beträgt aber mindestens 300 €. Es wird daher eine Streichung der Aufschlagszahlung, zumindest aber Änderung in eine Pauschale in Höhe von 300 € (vergleichbar zur Aufwandspauschale), vorgeschlagen. Die Dokumentationsanforderungen für Prüfungen durch den Medizinischen Dienst haben sich in den vergangenen Jahren ständig erweitert. Vielfach gehen die geforderten Unterlagen über die gesetzlichen Vorgaben hinaus. Vor dem Hintergrund, dass der Medizinische Dienst das Konzept für die neuen Stichprobenprüfungen auflegen soll, ist es daher umso wichtiger, die Verpflichtung auf einen abschließenden, übersichtlichen Standarddokumentsatz gesetzlich festzusetzen, anhand dessen die Abrechnungsprüfung stattfindet. Dieser sollte dem LE-Portal außerdem elektronisch zu übermitteln sein. Ferner muss das technische Fehlerverfahren nach § 301-Datenübermittlung zwingend gegen das Prüfverfahren nach §17c Absatz 2 KHG bzw. gegen eine Stichprobenerhebung abgegrenzt werden. Dieses soll eigentlich der Kennzeichnung von technischen Fehlern bei der Datenübermittlung dienen, wird teilweise aber auch für inhaltliche Prüfungen, die den erstgenannten Prüfungen zuzuordnen wären, fehlverwendet.

Audits

Im Bereich der Energieaudits könnte durch eine Anpassung von § 8 Absatz 2 EnEfG Entlastung geschaffen werden. Hiernach sind Unternehmen, die bereits ein Umweltmanagementsystem bzw. Energiemanagementsystem aufgebaut haben oder aufbauen, von der Pflicht zur Durchführung von Energieaudits befreit – allerdings für längstes 20 Monate. Eine ähnliche Regel findet sich auch in § 8 Absatz 1 EDL-G, jedoch ohne Fristenregelung, was aufgrund der gemeinsamen Zielsetzung der Maßnahmen sinnvoll scheint. Wir schlagen vor, auch § 8 Absatz 2 EnEfG entsprechend anzupassen und die Übergangsfrist zu streichen.

Wirksame Digitalisierung

In den bisher behandelten Themenbereichen waren bereits immer wieder konkrete Entlastungsvorschläge durch Digitalisierungsbestrebungen eingebunden. Damit die Digitalisierung von Prozessen flächenwirksam zum Abbau von Bürokratie beitragen kann, braucht es darüber hinaus jedoch einen strategischen Ansatz „Digitalisierung und Bürokratie“. Ziel muss sein, die digitale Umsetzbarkeit von Prozessen bereits im Normgebungsprozess mitzudenken, indem Erfassungsprozesse gebündelt werden, die Mehrfachnutzung von Datenströmen ermöglicht wird und Prozesse und Prozessverantwortung zusammengeführt werden. Eine gemeinsame Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit und der Selbstverwaltung zu einer solchen Strategie wird angeregt.

Beispiel Digitale Vereinheitlichung und Vereinfachung: In der administrativen Krankenhausaufnahme gibt es zwar bereits digitale Lösungen, jedoch werden diese nicht einheitlich ver-

wendet. Beispielsweise existiert zwar ein digitales Muster zur Verordnung von Krankenhausbehandlung (Vordruck e02), wird aber von den Niedergelassenen nur selten verwendet. Die alte papierbasierte Variante führt dagegen, etwa weil sie zum Zeitpunkt der Aufnahme nicht mehr aufgefunden werden kann, häufig zu Mehrarbeit. Notwendig ist daher eine verbindliche, bundesweite Prozessgestaltung mit entsprechenden Spezifikationen seitens der gematik. Auch im Bereich der Register und Vertrauensstellen bedarf es einer inhaltlichen und prozessualen Verschlankung und Vereinheitlichung: Transplantations-, Organ- und Gewebe-, Implantateregister erheben viele hochspezifische Daten. Dies ist extrem aufwendig. Notwendig sind insbesondere gemeinsame standardisierte Prozesse und Prüfmechanismen.

Beispiel Mehrfachnutzung vorhandener Datenströme: Die Datenlieferung nach §21 ist aufwendig und hat sich zuletzt durch das Inkrafttreten des Krankenhaustransparenzgesetzes noch einmal erweitert. Dabei könnten zumindest die fallbezogenen Angaben ohne zusätzlichen Eingabeaufwand automatisch und tagesbezogen an das InEK übermittelt werden, indem die Dateien aus elektronischen Abrechnungsverfahren kopiert werden. Auch für ein Routinemanagement von Inzidenzen in Krankenhäusern könnten die zentralen Angaben automatisiert aus den elektronischen Datenübermittlungsverfahren zu Abrechnungszwecken ausgekoppelt und übertragen werden (39). Die täglich erforderlichen händischen Meldungen der Bettenkapazität von Normal- und Intensivstationen nach § 13 Absatz 7 IfSG (DEMIS bzw. DIVI) wären dann nicht mehr erforderlich und könnten ausgesetzt werden, bis erneut eine pandemische Lage o. Ä. eintritt. Im Fall einer Beibehaltung der DEMIS- und DIVI-Meldungen in ihrer derzeitigen Form sollte zumindest die Häufigkeit der Meldung reduziert und die Meldewege sollten vereinheitlicht werden. Beispiel Prozesse und Prozessverantwortung zusammenführen: Entscheidungsträger und Institutionen wie G-BA und InEK sollten gesetzlich dazu verpflichtet werden, leistungsrechtlich verbindliche Daten in maschinenlesbar-strukturierter Form inklusive historisierten und aktuellen Daten kostenfrei und tagesaktuell zur Verfügung zu stellen. Betroffen sind unter anderem alle Arten von abrechnungsrelevanten Katalogdaten. Diese müssen derzeit mehrfach händisch aufbereitet werden und verursachen so hohen Aufwand und zeitliche Verzögerungen. Das vorgeschlagene Vorgehen wäre zudem im Sinne einer Open Data Strategie.

Schlussfolgerung

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat ihre Vorschläge zur Entbürokratisierung zum 30. April 2024 an das Bundesministerium für Gesundheit übermittelt. Die Krankenhäuser erwarten nunmehr, dass das Ministerium diese zeitnah auswertet und zu einem Gesetzesentwurf verdichtet, der endlich spürbare Entlastungen für die Krankenhäuser vor Ort bringt. Viel Zeit bleibt in der aktuellen Legislatur dafür nicht.

Anschrift der Verfasserin

Dr. med. Lisa Brandl, DKG e. V., Wegelystraße 3, 10623 Berlin ■