20.07.2026

Maßnahmen zum Bürokratieabbau im Krankenhaus – Vorschläge des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD)

Die Belastungen im Krankenhaus sind durch überbordende Bürokratie bekanntermaßen sehr hoch. Die Universitätsklinika, wie viele andere Akteure im Gesundheitswesen, fordern seit Langem einen Bürokratieabbau, der gerade vor dem Hintergrund des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes, der demografischen Entwicklung mit zunehmenden Versorgungsbedarf und des bereits bestehenden und zunehmend größer werdenden Fachkräftemangels dringender denn je erforderlich ist. Zu Recht ist daher im Koalitionsvertrag ein Bürokratierückbau verankert.

Wichtig ist die Betonung, dass unter Bürokratie ausdrücklich nicht die Dokumentations- bzw. Aufklärungspflichten zur Diagnostik, Therapie und Behandlungsverläufe in der Patientenbehandlung zu verstehen sind, die z.B. schon nach der ärztlichen Berufsordnung (bzw. in der Pflege) immanenter Bestandteil dieser Berufe sind. Unter Bürokratie im Krankenhausbereich wird verstanden, dass es zu ähnlichen Sachverhalten eine Vielzahl von Mehrfachdokumentations-, Mehrfachmelde-, Mehrfachberichtspflichten, über jeweils unterschiedliche Zeitspannen und mit unterschiedlichen Zeitfristen, in unterschiedlichen Ausfüll-, Berechnungs- und Abgrenzungsvorgaben, teilweise unter Verwendung identischer Begrifflichkeiten mit unterschiedlichen Definitionen, an unterschiedliche Adressaten und unterschiedlichen Formaten und unterschiedlichen (und teilweise sehr nutzerunfreundlichen und aufwändigen) Medien gibt. In erster Linie sind durch die unterschiedlichen normativen Vorgaben der Gesetz- und Verordnungsgeber und aus Festlegungen weiterer untergesetzlicher Normgeber die skizzierten Missstände begründet. Gerade die unterschiedlichen Rechtsgrundlagen, auf denen die Erstellung dieser Daten und deren Übermittlung beruhen, behindern jegliche administrative Prozessoptimierungsversuche für die Krankenhäuser. Zudem ist es gängige Praxis geworden, dass bereits kleinste Versäumnisse in der Dokumentation (wie z.B. ein fehlendes Namenskürzel zum Nachweis) bei den Prüfungen oder bei den Qualitätskontrollen des Medizinischen Dienstes dazu führen, dass den Krankenhäusern die gesamte Vergütung für erbrachte Leistungen verweigert wird.

Insgesamt reduziert die Bürokratie somit die Zeit für die patientennahen Tätigkeiten der Ärzte und Pflegekräfte in signifikantem Maße (vgl. DKI Blitzumfrage: Aktuelle Bürokratiebelastung in den Krankenhäusern 2025 | DKI). Durch diesen Zeitmangel entsteht eine weitere Arbeitsverdichtung, die auch zu Angst vor Fehlern führt und die Arbeitsunzufriedenheit erhöht (vgl. mb-Studie – Arbeitsplatzwechsel). Die stetig gestiegene Bürokratielast hat zu einem Erleben fehlender Sinnhaftigkeit der Arbeit geführt und stellt zunehmend die Arbeitsplatzattraktivität im Krankenhaus in Frage. Dies schadet gerade vor dem Hintergrund des demografischen Wandels der Patientenversorgung, weil Fachkräfte alternative Tätigkeiten suchen und der Nachwuchs sich nicht für eine Berufstätigkeit im Gesundheitswesen entscheidet.

Nr.	Maßnahme	Erläuterung	Verortung der notwendigen Änderung
1	Möglichkeit auf (zumindest einmalige) Korrektur der Abrechnung für Krankenhäuser bei fehlerhaften oder unvollständigen Fall-daten	Nach § 17c Abs. 2a KHG ist nach Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkasse eine Korrektur dieser Abrechnung durch das Krankenhaus ausgeschlossen. Allerdings gehen abrechnungsrelevante Informationen zum Teil erst nach Entlassung des Patienten ein (z.B. abschließende pathologische Befunde, Ergebnisse von Spezialuntersuchungen) oder sie konnten wegen der Komplexität der Abrechnungen nicht vollständig berücksichtigt wer-den. Dazu zählen z.B. IT-Programmierungs-/ Softwarefehler zur Rechnungslegung sowie fehlerhafter und/oder unvollständiger Daten-fluss aus diversen IT-Subsystemen, sodass die anschließende Datenvervollständigung erst nach Rechnungslegung erfolgt oder Software-Anwendungsfehler durch die sich stetig ändernden und immer komplexer werdenden Abrechnungsvorschriften entstehen. Daher sollte eine gesetzliche Anpassung erfolgen, damit das Recht auf zumindest einmalige Rechnungskorrektur besteht.	Änderung von § 17c Abs. 2a KHG
2	Festlegen eines gesetzlich abschließenden Standarddokumentensatzes, anhand dessen die Abrechnungsprüfung stattfindet	Die medizinische Dokumentation dient vorrangig der Sicherstellung der Patientenbehandlung. Da die Behandlungsprozesse nicht nur zwischen den verschiedenen Fachrichtungen, sondern auch innerhalb derselben Fachrichtungen von Krankenhaus zu Krankenhaus ab-weichen können, muss sich folglich auch die medizinische Dokumentation unterscheiden. Gerade Universitätsklinika haben in den vergangenen Jahren erhebliche Anstrengungen unternommen, ihren Fachabteilungen ein hohes Maß an Individualisierung zu ermöglichen. Erst nachrangig dient die medizinische Dokumentation der Abrechnung(sprüfung). Durch die quasi alleinige Festlegung der prüfungsrelevanten Dokumente durch den GKV-SV nach § 17c KHG werden diese Prioritäten umgedreht (vgl. PrüfvV und eVV) und verursachen damit einen erheblichen Aufwand, der die Patientenversorgung eher gefährdet denn sichert. Daher sollte der Gesetzgeber einen abschließenden Standarddokumentensatz festlegen, anhand dessen die Abrechnungsprüfung statt-findet (bspw. OP-/Pflegebericht, Verlegungs- und Entlassbriefe, radiologische Befunde, Interventionsbefunde, Patientenkurve, Protokolle von Konferenzen/Besprechungen). Diese Standard-Unterlagen können z.B. dem Leistungserbringer-Portal mit einer entsprechen-den, von den KIS-Herstellern standardmäßig erzeugten Signatur übermittelt werden. Wer-den Unterlagen zum Zwecke der Abrechnungsprüfung benötigt, die nicht im Standarddokumentensatz enthalten sind, können diese nur in einer Vor-	Ergänzung in § 17c KHG

		Ort-Begehung (oder in einer Videokonferenz) eingesehen werden. Hilfsweise kann eine gesetzliche Änderung in § 17c KHG dahingehend erfolgen, dass die zu über-mittelnden Daten vom GKV-SV und der DKG im Konsens festzulegen sind.	
3	Festlegen des Prüfergebnisses und damit der zukünftigen Prüfquote für Krankenhausabrechnungsprüfungen unter Berücksichtigung der tatsächlichen Prüfergebnisse	Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wurden die Prüfquote und die Schwellenwerte erneut angehoben. Dabei werden die Prüfquoten vom GKV-SV auf Grundlage der Ergebnisse der Ersteinschätzung der Krankenkassen des vorhergegangenen Quartals ermittelt. Bei komplexen Behandlungsfällen zeigt sich, dass die Ersteinschätzung häufig im weiteren Verfahren keinen Bestand hat. Die Prüfquote sollte daher nicht auf der Basis der Ersteinschätzung, sondern auf Basis der tatsächlichen Rechnungskorrekturen nach dem Ergebnis im Erörterungsverfahren und der Anzahl an beklagten Rechnungen ermittelt werden. Sonst verzerrt die Prüfquote auf Basis der Ersteinschätzung den Umfang der Rechnungsprüfungen zu Ungunsten der Universitätsklinika. Zudem sollt der Prüfgrund „sekundäre Fehlbelegung“ nicht in die beanstandeten Rechnungen zur Ermittlung der Prüfquote einfließen. Sekundäre Fehlbelegungen, also eine längere Verweildauer als aus Sicht des MD notwendig, ergeben sich regelhaft bei komplexen oder schwer erkrankten Fällen und besonderen Fallkonstellationen. Zudem kommt es regelmäßig zu Beanstandungen durch den MD, wenn eine Abverlegung beispielsweise in eine Pflege- oder Rehaeinrichtung aufgrund dort nicht verfügbarer Kapazitäten überbrückt werden muss. Universitätsklinika sind von diesen Konstellationen überproportional häufig betroffen. Auch wenn in der Protokollerklärung vom BMG versichert wird, dass die Prüfquoten überprüft werden sollen, ist unabhängig davon kurzfristig mindestens das Verfahren zur Ermittlung der Prüfquote zu ändern.	Ergänzung und Anpassung in § 275c SGB V
4	Einführung eines einheitlichen (nationalen) Standards im Datenträgeraustausch für alle Leistungs- und Zulassungsarten	Derzeit bestehen im Datenträgeraustausch unterschiedliche Standards (z.B. §§ 120, 295, 301, 302 SGB V) für unterschiedliche Leistungs- und Zulassungsarten. Diese verursachen durch ihre Abweichungen und zeitliche Staffelung bei der Einführung von mehreren Zulassungen bei einem Leistungserbringer erheblichen Anpassungsbedarf und limitieren die Entwicklung von Software. Bisherige Lösungen sind teilweise nicht mehr ausbaufähig bzw. es besteht wenig Interesse zum Ausbau von Funktionen. Daher sollten einheitliche (nationale) Standards im	Gesetzliche Anpassungen

		Datenträgeraustausch für alle Leistungs- und Zulassungsarten eingeführt werden.	
5	Streichung von Mehrfachregulierungen	Bereits jetzt bestehen Mehrfachregulierungen, die Mehrfachdokumentationen, -übermittlungen, -kontrollen und -sanktionen von einem Fachbereich oder von Indikationen nach sich ziehen. Daneben gibt es Querschnittsthemen, die in mehreren Gesetzen, Verordnungen oder in untergesetzlichen Normen geregelt werden. Beispielhaft werden hier einige der diversen Regularien zu Arztdaten genannt: 1. <u>§ 21 KHEntgG (Arztdaten pro Leistungsgruppe)</u> Das Medizinforschungsgesetz hat den § 21 KHEntgG dahingehend erweitert, dass nun quartalsweise auch die Anzahl der Fachärzte mit den entsprechenden Facharztbezeichnungen pro Leistungsgruppe zu erheben und an das InEK zu übermitteln sind. Laut Gesetzesbegründung sollten diese Erfassung des Qualitätskriteriums „ärztliche Ausstattung je Leistungsgruppe“ dann vom Medizinischen Dienst für die Prüfung der Leistungsgruppen genutzt werden (und im Bundes-Klinik-Atlas veröffentlicht werden). Um die Durchsetzung trotz allgemeiner Kritik daran zur Datenlieferung zu zwingen, hat der Gesetzgeber jede Nichtlieferung einer der diversen quartalsweise zu übermittelnden Dateien mit 50.000 Euro Sanktionszahlung versehen. 2. <u>LOPS-Richtlinie des Medizinischen Dienstes</u> Gleichzeitig hat der Medizinische Dienst (MD) in seiner LOPS-Richtlinie nach § 275a I SGB V festgelegt, dass die Krankenhäuser den Medizinischen Diensten zur Prüfung der Leistungsgruppen die Anzahl der entsprechenden Fachärzte gemäß Anlage 2 übermitteln, die im Unterschied zu den Berichtspflichten nach § 21 KHEntgG sämtliche Prüfgegenstände gemäß LOPS-Richtlinie abbildet. 3. <u>Arztangaben in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser (vgl. Qb-R des G-BA)</u> Der Gemeinsame Bundesausschuss hat diverse Vorgaben zum ärztlichen Personal in den Regelungen zum strukturierten Qualitätsbericht (Qb-R) festgelegt. Diese stehen nun seit fast 20 Jahren zur Verfügung (vgl. Internetseiten der einzelnen Krankenhäuser, Referenzdatenbank	Gesetzliche Änderungen

		Qualitätsberichte des G-BA: Referenzdatenbank Qualitätsberichte bzw. über diverse Software-Programme). Unter dem Kapitel A.11 findet sich die Gesamtzahl der Ärzte bzw. Fachärzte (in Vollkräften) des gesamten Krankenhausstandorts mit diversen weiteren Differenzierungen, unter B-[X].11.1 finden sich von allen X Fachabteilungen eines Krankenhausstandorts die Anzahl der Ärzte und Fachärzte dieser entsprechenden Fachabteilung (in Vollkräften), mit einigen weiteren Differenzierungen angegeben. 4. <u>§ 21 KHEntgG (Arztdaten pro Fachabteilung)</u> Das Krankenhaustransparenzgesetz verpflichtet die Krankenhäuser dazu, quartalsweise die Arztdaten auch pro Fachabteilung, differenziert nach den verschiedenen Entgeltbereichen an das InEK zu übermitteln. Hierzu liegen Ausfüllhinweise des InEKs vor. Zudem hat das InEK Plausibilisierungsprüfungen vor Datenannahme erstellt. Aufgrund der erheblichen Sanktionierungszahlungen bei nicht erfolgreicher Datenübermittlung, führt die Abarbeitung der Fehler und Hinweise bei der Plausibilisierungsprüfung zu einem erheblichen Aufwand. Auch zwischen den Ausfüllhinweisen der Qb-R des Gemeinsamen Bundesausschusses und den Ausfüllhinweisen des InEK zum ärztlichen Personal (z.B. Fachärzte pro Fachabteilung) in § 21 KHEntgG bestehen Unterschiede, so dass sich auch hier die Ergebnisse zwangsweise unterscheiden.	
6	Vereinheitlichung der Nomenklatur (Begrifflichkeiten/ Wording) in Qualitätsregulierungen	Derzeit werden in diversen Normen für identische Sachverhalte unterschiedliche Begriffe verwendet oder einheitliche Begriffe werden unterschiedlich definiert. Eine einheitliche Nomenklatur in den unterschiedlichen Qualitätsregulierungen würde die Verständlichkeit erhöhen, ein gemeinsames Grundverständnis aller am Prozess Beteiligten herstellen und damit die Versorgungssicherheit erhöhen. Der erhebliche Aufwand zur Schulung der Unterschiede in den Begrifflichkeiten oder der unterschiedlichen Definitionen und deren unterschiedlichen Rechtsfolgen in den einzelnen Regulierungen würde somit entfallen.	Gesetzliche Änderungen
7	Vereinheitlichung und Standardisierung der in den Regulierungen vorgeschriebenen Instrumente (für die Dokumentation)	Die unterschiedlichen Normen zu identischen oder ähnlichen Sachverhalten enthalten unterschiedliche Instrumente (=Tools), die meist komplett unterschiedlichen Prozessen, Dokumentationen, Fristen und Rechtsfolgen unterliegen. Bspw. bestehen Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) gemäß der PpUG-Verordnung, gemäß der G-BA-Richtlinie zum	Gesetzliche Änderungen

		Personaleinsatz in der Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL), bei schichtbezogenen Dokumentationen in einigen G-BA-RL (z.B. QS-RL zur Versorgung von Früh- und Reifgeborenen) sowie auch in der Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) nach § 137k SGB V. Jedes dieser Instrumente beruht auf anderen, jeweils einzeln oder extra hierfür zu erhebenden Daten (für die unterschiedlichen Grundgesamtheiten) und hat unterschiedliche Systematiken.	
8	Standardisierung und Vereinheitlichung der Dokumente und Nachweise, die dem Medizinischen Dienst zur Prüfung bzw. Qualitätskontrolle vorzulegen sind	Diese werden bislang allein vom Medizinischen Dienst definiert. Zukünftig sollten diese Dokumente und Nachweise - unter Beachtung von rechtlichen, insbesondere datenschutz- und arbeitsrechtlichen Vorgaben, wie Datenminimierung und Datensparsamkeit - im Konsens zwischen den Selbstverwaltungspartnern fest-gelegt werden.	Gesetzliche Änderungen
9	Standardisierung und Vereinheitlichung von Prozessen, Zeiträumen und Fristen (inkl. der Dokumente und vorzulegenden Nachweise)	Im Rahmen einer Standardisierung und Vereinheitlichung von Prozessen, Zeiträumen und Fristen (inkl. der Dokumente und vorzulegen-den Nachweise) müssen sämtliche Redundanzen bzw. unterschiedliche Medien sowie unter-schiedliche Formate in den Vorgaben beseitigt werden.	Gesetzliche Änderungen
10	Bereitstellen der aktuellen Arzt-Stammdaten für Krankenhäuser	Die Krankenhäuser sind verpflichtet, den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlungen di-verse Daten zu übermitteln. Unter anderem ist bei der Verordnung einer Krankenhausbehandlung die Arztnummer des einweisenden Arztes zu übermitteln. Bspw. bei schlechter Lesbarkeit muss bei jedem einzelnen Arzt die Arztnummer nachgefragt werden. Bei der KBV gibt es aus Datenschutzgründen hierüber keine Auskunft. Daher sollten die aktuellen Stammdaten niedergelassener und ermächtigter Ärzte über ein bundesweites Informationsverzeichnis (z.B. durch GKV-SV oder KBV) bereitgestellt werden. Als Alternative könne die Verpflichtung der Krankenhäuser, den ein- oder überweisen-den Arzt im § 301 SGB V-Datensatz anzugeben, entfallen.	Einfache Umsetzbarkeit durch kleine gesetzliche Anpassung, dass die KBV ein entsprechendes Vertrags-Arzt-Nr.-Verzeichnis den Krankenhäusern zur Verfügung stellt
11	Digitale Übermittlung/Meldung von Krankenhaus-Vor-aufenthalten bei stationären Zuverlegungen durch die Krankenkasse	Im § 301-Datensatz ist unter anderem auch die stationäre Aufenthaltsdauer (>/<24 Std.) des Patienten im zuverlegenden Krankenhaus anzugeben. Hier besteht für das Krankenhaus ein erheblicher Recherche-Aufwand. Den Krankenkassen liegen diese Daten allerdings vor. Daher sollte bei Anzeige der stationären Aufnahme die Übermittlung/Meldung von Krankenhaus-Voraufenthalten durch die Krankenkasse erfolgen (analog dem gesetzlich etablierten Verfahren bei bestehendem Pflegegrad).	Einfache Umsetzbarkeit durch gesetzliche Anpassung in § 301 SGB V (analog Verfahren zu Pflegegrad)

12	Änderung des Einzugsverfahrens für § 61 SGB V dahingehend, dass für die GKV die gesetzliche Verpflichtung zum eigenständigen Zuzahlungseinzug einschließlich nicht beglichener Zuzahlungen/ Patienteneigenbeteiligungen besteht	Derzeit erfolgt die Einforderung von Patienteneigenbeteiligungen/Zuzahlungen mit Weiterleitung an die GKV durch die Krankenhäuser (einschl. Zuzahlungsinkasso/Mahnverfahren). Dabei ist dem Krankenhaus nicht bekannt, ob Patienten bei der Zuzahlungsverpflichtung die maximale Grenze von 28 Tagen pro Jahr bereits erreicht haben (stationäre Behandlung, stationäre oder ambulante Rehabilitationsbehandlungen). Das kann auf großes Unverständnis der Patienten stoßen. Diese Informa-tionen liegen allerdings den Krankenkassen vor. Zudem bestehen datenschutzrechtliche Probleme bei der Abwicklung der Zuzahlungen. Das Einzugsverfahren sollte dahingehend geändert werden, dass für die GKV die gesetzliche Verpflichtung zum eigenständigen Zuzahlungseinzug einschl. nicht beglichener Zuzahlungen/Patienteneigenbeteiligungen besteht.	Gesetzliche Anpassung in §39 Abs. 4 SGB V und §43c SGB V
13	Verzicht auf weitere Einzeldokumente als Patienteninformation im Rahmen des Implantateregister-Gesetzes	Der Patient erhält aufgrund diverser gesetzlicher Regelungen bereits Informationen zum Medizinprodukt (MP), das er erhalten hat (Dokument mit diversen Angaben über MP; bei aktiven MP Implantate-Pass und Entlassungs-brief, der u.a. auch eine Information zur Dokumentation der Meldung im Implantate-Register enthält, Aufklärungs- und Einwilligungsunterlagen). Dem Patienten liegen die MP-Informationen also bereits über Implantate-Pass oder Entlassungsbrief vor. Daher sollte auf die Aushändigung weiterer Einzeldokumente verzichtet werden bzw. z.B. im Entlassungsbrief oder in anderen Unterlagen auf die Veröffentlichung der Geschäftsstelle für das Implantate-Register verwiesen werden (Verweis auf die Internetseite).	Gesetzliche Änderungen u.a. in § 24 Abs. 2 IRegG
14	Streichung der gesetzlichen Verpflichtungen zur Information der Patienten über die für Krankenhäuser gesetzlich verpflichtende Weiterleitung von Patientendaten an Institutionen/ Organisationen (z.B. IQTIG i.V.m. eQS-Verfahren)	Die Krankenhäuser sind gesetzlich verpflichtet, diverse Patientendaten an die im Gesetz stehenden Institutionen / Organisationen weiter-zuleiten (IQTIG i.V.m. eQS-Verfahren, Implantateregister-Gesetz etc.) und gleichzeitig die Patienten darüber zu informieren. In diesem Zusammenhang widersprechen einige Patienten der Datenweiterleitung, was allerdings wegen der gesetzlichen Übermittlungspflicht irrelevant ist (z.B. § 26 IRegG). Es verursacht allerdings Aufwand, den Patienten dies zu erläutern. Daher sollte die Streichung dieser gesetzlichen Verpflichtungen erfolgen und eine generelle Information der Patienten durch die Krankenhäuser genügen (bspw. Information in Aufnahmeunterlagen über die gesetzliche Verpflichtung der Krankenhäuser zur Weiterleitung von Patientendaten an die gesetzlich genannten Stellen).	Gesetzliche Änderungen u.a. in § 299 Abs. 1 S. 4 Nr. 3 SGB V

		Beispiel: Nach § 299 Abs. 1 S. 4 Nr. 3 SGB V haben die Richtlinien des G-BA sicherzustellen, dass die betroffenen Patienten qualifizierte Informationen in geeigneter Weise erhalten. Hierzu gibt es dann diverse Dokumente vom G-BA und vom IQTIG, die dem Patienten auszuhändigen sind. Auf die Aushändigung dieser Einzeldokumente sollte verzichtet werden bzw. z.B. im Entlassbrief oder in anderen Unterlagen auf die Veröffentlichung der G-BA- oder der IQTIG-Internetseiten verwiesen werden.	
15	Schaffung der Möglichkeit einer Betäubungsmittelmitgabe bei Entlassung aus dem Krankenhaus zur Überbrückung des Wochenendes bzw. weniger Tage bis der Hausarzt erreichbar ist	Bislang verhindert die Gesetzgebung, dass Ärzte den Patienten Betäubungsmittel über das Wochenende oder zur kurzzeitigen Überbrückung mitgeben oder verschreiben dürfen, bis der Hausarzt erreichbar ist und diese verschreiben kann. Das StGB sieht hier empfindliche Strafen vor. Auf der anderen Seite verschlingt die fehlende Mitgabemöglichkeit aufgrund der Abspracheprozesse viel Zeit. Teilweise sind auch keine Angehörigen verfügbar, die die Beschaffung über den Hausarzt oder die Koordination zur Beschaffung der Betäubungsmittel übernehmen könnten. Sollte der Patient allerdings diese Betäubungsmittel nicht kontinuierlich – ohne Unterbrechung – einnehmen können, kommt er in den Entzug und die eigentlich zu bekämpfenden Schmerz-zustände kehren zurück und werden ggf. durch zusätzliche Entzugssymptomatiken verstärkt. Daher sollte eine Ergänzung in das Betäubungsmittelgesetz dahingehend aufgenommen, dass den Patienten bei Entlassung Betäubungsmittel über das Wochenende bzw. wenige Tage mitgegeben werden dürfen.	Gesetzliche Anpassung im Betäubungsmittelgesetz
16	Versenden des Bescheides zum eilbedürftigen Pflegeantrag für stationäre Patienten auch ans Krankenhaus	Bei eilbedürftigen Pflegeanträgen eines stationären Patienten, der im Krankenhaus liegt, wird der Bescheid auf postalischem Wege an den Versicherten und an das Krankenhaus versendet. Das führt zu zeitlichem Verzug von mehreren Tagen bis die Dokumente dem Sozialdienst vorliegen. Daher sollte die getroffene Entscheidung der Kranken- bzw. Pflegekasse auch elektronisch unverzüglich an das Krankenhaus versendet werden.	Selbstverwaltung
17	Elektronische Übermittlung der Todesbescheinigung ans Standesamt	Derzeit erfolgt die Übermittlung der Todesbescheinigung ans Standesamt auf dem Postweg bzw. im Papierverfahren. Dies führt zu unnötigen Verzögerungen. Daher sollte eine einheitliche elektronische Übermittlung der Todesbescheinigung (z.B. über das besondere elektronischen Behördenpostfach beBPo) direkt ans Standesamt sowie eine schnellere, datenschutzgesicherte Erstellung der Sterbe-urkunde durch das Standesamt eingeführt werden.	Verwaltung
18	Ausnahme für Krankenhäuser im	Die Ziele des Lieferkettensorgfaltspflichtengesetzes (LkSG) werden von	Gesetzliche Änderung im

	Anwendungsbereich des Lieferkettensorgfaltspflichtengesetzes (ggf. beschränkt auf Medizinprodukte u. Arzneimittel/ATMP)	den Krankenhäusern sehr unterstützt. Allerdings besteht im Gesundheitswesen ein hochreglementierter Markt. Innerhalb der EU gibt es im Gesundheitswesen diverse Liefer- und Versorgungsengpässe. Die Krankenhäuser kämpfen teilweise mit nicht lieferbaren Medikamenten (Mittel zur Krebstherapie, Antiinfektiva oder wichtige Medikamente bei Erkrankungen des Nervensystems). Darüber hinaus ist die EU von Drittländern, wie China und Indien, abhängig, wenn es um die Herstellung von Wirkstoffen, chemischen Ausgangssubstanzen oder Medikamenten geht, da es sich hier in der Regel um Oligopole handelt. Analog verhält es sich mit Medizinprodukten (MP). In speziellen Nischensegmenten, wie Pädiatrie oder seltene Erkrankungen, gibt es keine oder kaum alternativ Hersteller. Daher sollten Krankenhäuser aus dem Anwendungsbereich des LkSG (ggf. beschränkt auf Arzneimittel/ATMP und MP) entfallen.	Lieferkettensorgfaltspflichtengesetz, dass Krankenhäuser aus dem Anwendungsbereich (ggf. beschränkt auf Arzneimittel/ATMP und MP) herauszunehmen sind
19	NUB	Der Ressourcenaufwand der Krankenhäuser zur Beantragung und zur Verhandlung von innovativen Leistungen (Neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren (NUB), unbewertete Zusatzentgelte (ZE)) ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Insbesondere in den Universitätsklinika, die aufgrund ihrer originären Aufgaben - Translation und Innovation - sehr viele innovative Leistungen erbringen, steigt der Ressourcenaufwand. Der Großteil der NUB mit Status 1 sind Arzneimittel (inkl. Advanced therapy medicinal products (ATMP – Zell- oder Gentherapeutika)). Anpassungsvorschlag (Kurzbeschreibung): Krankenhäuser beantragen einmalig die im Zulassungsverfahren bzw. von der EMA neu zugelassenen Arzneimittel (inkl. der ATMP). Somit entfallen die jährlichen Wiederholungsanträge, wenn InEK das Arzneimittel mit Status 1 bewertet hat. Das InEK prüft, ob das neu zugelassene Arzneimittel in der Fallpauschale enthalten ist oder nicht. Falls InEK NUB-Status 1 vergibt: • Das InEK veröffentlicht dann unverzüglich den vom GKV-SV mitgeteilten Erstattungsbetrag als laufend zu aktualisierende Anlage (bewertetes Zusatzentgelt) zur jeweiligen Fallpauschalenvereinbarung. • Gleichzeitig wird der GKV-SV verpflichtet, unverzüglich nach Beendigung der Erstattungsbetragsverhandlung den Erstattungsbetrag unter Angabe des Geltungsbeginns dem InEK	Gesetzliche Anpassungen

		zu übermitteln. • Bis zur abgeschlossenen Erstattungsbetragsverhandlung werden die Arzneimittel (inkl. ATMP) mit Status 1 mit dem Markteinführungspreis abgerechnet. • Krankenhäuser können dann den Erstattungsbetrag der InEK-Anlage abrechnen. Somit entfallen die jährlichen NUB-Verhandlungen bei zugelassenen Arzneimitteln (inkl. ATMP) • Anstelle des bisherigen, bürokratischen Rückerstattungsverfahrens des Differenzbetrags im 7. Monate nach Inverkehrbringen des Arzneimittels (gem. § 130b IIIa SGB V) durch die Krankenhäuser fordert die einzelne Krankenkasse beim pharmazeutischen Unternehmen (analog zum Verfahren im ambulanten Setting) den Differenzbetrag an. Damit können die Krankenkassen die Differenzbeträge zum (ggf. vertraulichen) Erstattungsbetrag beim pharmazeutischen Unternehmer abfordern. Durch dieses Verfahren würden alle profitieren: <u>Krankenkassen</u>: Genau die Krankenkasse, die die Ausgaben hatte, erhält die gesamte Rückerstattung vom pharmazeutischen Unternehmen. Bisher erhält diese Krankenkasse nur einen Anteil über den Verteilungsschlüssel bei den Krankenhausbudgetvereinbarungen über § 15 Abs. 3 KHEntG). <u>Krankenhäuser:</u> Die Krankenhäuser würden bürokratisch erheblich entlastet, wenn sie nicht mehr das Inkasso für die Krankenkassen übernehmen müssen und u.a. den (vertraulichen) Erstattungsbetrag beim GKV-SV in Erfahrung bringen bzw. über die Lauer-Taxe. <u>Pharmazeutische Unternehmen:</u> Die pharmazeutischen Unternehmen müssten die Rückerstattung nicht mit potenziell 1.800 Krankenhäusern abwickeln, sondern lediglich mit den knapp 100 Krankenkassen.	
20	Gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen, dem Krankenhaus	Die Einführung von Fristen für Krankenhaus-Budgetverhandlungen wurde mit ausschließlicher Sanktionierung der Krankenhäuser (vom Gesetzgeber	Gesetzliche Anpassung

	mehrere Budget-Verhandlungstermine anzubieten sowie Einführung von abschließend normative Vorgaben der für die Krankenhaus-Budgetverhandlungen vorzulegenden Dokumente	möglichst prospektiv erwünscht) versehen. Die Krankenkassen sollten auch gesetzlich verpflichtet werden, dem Krankenhaus eine Mindestzahl von 3 Verhandlungsterminen innerhalb von 6 Wochen anzubieten. Zudem sollten abschließend normative Vorgaben der für die Krankenhaus-Budgetverhandlungen vorzulegenden Dokumente eingeführt werden, um zu verhindern, dass ständig weitere Nachforderungen beim Krankenhaus ein-gehen.	
21	Wegfall der jährlichen Wiederholungsanträge für die Erbringung von AOP-Leistungen in Krankenhäusern	Krankenhäuser müssen für die Erbringung von AOP-Leistungen jährlich Wiederholungsanträge unter Einhaltung von vorgegebenen Fristen stellen. Dies führt zu einem unnötigen Ressourcenverbrauch. Daher sollten die jährlichen Wiederholungsanträge entfallen und stattdessen die im Vorjahr bzw. in den Vorjahren angezeigten AOP-Leistung/en fortgeschrieben werden.	Gesetzliche Anpassungen
22	Beschleunigung des EHIC-Verfahrens (Kostenzusage) für die Behandlung von Patienten aus dem EU-Ausland bei Vorliegen aller gültigen Unterlagen	Mit der Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) weisen Patienten aus dem EU-Ausland nach, dass sie gesetzlich krankenversichert sind und der Krankenversicherungsträger des Heimatlandes die Kosten übernimmt. Die Kostenzusage erreicht die Krankenhäuser allerdings erst nach Kostenzusage aus dem Heimatland. Somit vergehen zum Teil 5 Monate, bis die Krankenhäuser die Rechnung stellen können - obwohl bei Aufnahme die gültige EHIC kopiert und mit allen erforderlichen Unterlagen - an die gewählte Krankenkasse in Deutschland weitergereicht wird. Daher sollte das EHIC-Verfahren bei Vorliegen aller gültigen Unterlagen zu einer beschleunigten Kostenzusage an das behandelnde Krankenhaus in Deutschland führen.	Gesetzliche Anpassung
23	Vorab-Entscheidung der Patienten, ob ihre Aufklärungs- und Einwilligungsdokumente zu medizinischen Eingriffen für die Mitnahme kopiert werden sollen	Gemäß § 630e Abs. 2 BGB sind den Patienten Abschriften von Unterlagen, die sie im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung zu einem medizinischen Eingriff unterzeichnet haben, auszuhändigen. Wenn die Patienten die Unterlagen nicht ausgehändigt haben möchten, müssen diese vom Krankenhaus unter gesetzlich normierten Datenschutzanforderungen vernichtet werden. Dies verursacht unnötigen Aufwand und Ressourcenverbrauch. Daher sollte § 630e Abs. 2 BGB dahingehend geändert werden, dass Patienten vorab entscheiden können, ob sie die o.g. Unterlagen kopiert haben möchten. Zusätzlich erfolgt die Information, dass Patienten bis zu 10 Jahre nach ihren medizinischen Eingriffen, eine Ab-schrift der o.g. Unterlagen kostenfrei beim Krankenhaus anfordern können (Papierform oder digital).	Gesetzliche Änderung in § 630e Abs. 2 S. 2 BGB: *„Der Patient kann eine Ab-schrift der Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, erhalten. Die Möglichkeit, diese Aufklärungs- oder Einwilligungs-Unterlagen zu erhalten, besteht kostenfrei für bis zu 10 Jahren nach dem medizinischen Eingriff.“*