



VERBAND DER
UNIVERSITÄTSKLINIKA
DEUTSCHLANDS

STELLUNGNAHME

des Verbandes der
Universitätsklinika
Deutschlands (VUD)

zur Formulierungshilfe eines
Gesetzentwurfs zur Förderung der
Qualität der stationären Versorgung
durch Transparenz
(Krankenhaustransparenzgesetz)

August 2023

Inhalt

I. Generelle Anmerkungen	3
II. Zu den Regelungen im Einzelnen.....	5
III. Weiterer Handlungsbedarf	9

I. Generelle Anmerkungen

Die Universitätsklinik unterstützen grundsätzlich das Bestreben der Bundesregierung und des Gesetzgebers, die Transparenz über Leistungsbereiche in der Krankenhausversorgung zu erhöhen. Ein Krankenhaustransparenzgesetz kann daher einen Beitrag zu mehr Übersichtlichkeit über das Leistungsangebot der Krankenhäuser und somit einer verbesserten Informationslage für die Patienten leisten. Hierfür auch Versorgungsstufen zu Grunde zu legen, wie sie auch der Koalitionsvertrag als Merkmal einer gestuften Versorgung vorsieht, ist ein sachgerechter Ansatz. Gleichwohl werden in der Formulierungshilfe die Versorgungsstrukturen nur unvollständig dargestellt. In dem Entwurf fehlt bislang die adäquate Ausweisung der besonderen Rolle der Universitätsmedizin. Hier ist, wie im Koalitionsvertrag vorgesehen und von der Regierungskommission empfohlen, eine eigene Kategorie (Level 3U - Universitätsklinik) vorzusehen, damit die Bürger eindeutig erkennen können, in welchen Einrichtungen neben einer umfassenden Maximalversorgung auch Forschung, Translation und innovative Medizin Hand in Hand gehen.

Für die Qualitätsberichterstattung stellen Krankenhäuser bereits jetzt umfassende Informationen zur Verfügung. Dies erfolgt unter großem Einsatz vieler beteiligter Stellen in den Krankenhäusern. Insbesondere mit den Qualitätsberichten werden auch bereits umfangreiche strukturierte Daten, wie dezidierte personelle Angaben nach Fachabteilungen, zur Verfügung gestellt. Eine Ausweitung von Berichtspflichten kann nur unter Beachtung der Verhältnismäßigkeit, Geeignetheit und Angemessenheit sowie bei gleichzeitigem Abbau bestehender bürokratischer Lasten erfolgen. Dies gilt insbesondere mit Blick auf die vorgesehene Einteilung des Krankenhauspersonals nach Leistungsgruppen. Aus jetziger Sicht ist grundsätzlich fraglich, wie eine eindeutige und über alle Krankenhäuser einheitliche Einteilung erfolgen kann, die gerade auch bei interdisziplinären Versorgungssettings eine für den Bürger hilfreiche Darstellung im Transparenzverzeichnis ermöglicht. Dabei ist auch zu beachten, dass Leistungsgruppen gesetzlich noch nicht definiert sind. Eine Zuordnung von Personal zu Leistungsgruppen könnte daher nur aufgrund vager Annahmen eines jeden Krankenhauses erfolgen und wäre mit erheblichen Rechtsunsicherheiten verbunden.

Im Ergebnis muss deshalb festgehalten werden: die vorgesehene Zuordnung von Personal zu noch nicht ausreichend definierten Leistungsgruppen lässt – auch aufgrund der Kurzfristigkeit – keine sachlich korrekte Darstellung im Transparenzverzeichnis zu. Dies würde somit dem Ziel, weiterführende Informationen für die Bürger, zuwiderlaufen. Derartige Maßnahmen könnten daher allenfalls erst dann umgesetzt werden, wenn die Leistungsgruppen und ihre Kriterien sowie die Zuordnungsvorgaben klar legal definiert, etabliert und softwaretechnisch umsetzbar sind. Zum derzeitigen Zeitpunkt sind diese auch auf Grund des nicht erfüllbaren Aufwands abzulehnen.

Mit dem Transparenzverzeichnis auch Informationen über die Qualität der Versorgung zur Verfügung zu stellen, ist nachvollziehbar und gleichzeitig auch ambitioniert. Entscheidend hierfür ist eine sorgsame, von der wissenschaftlichen Community getragene Umsetzung. Alle

Ergebnisdarstellungen müssen auf einer fundierten, wissenschaftlich entwickelten risikoadjustierten Bewertung der Qualität beruhen. Eine Risikoadjustierung für medizinische Leistungen ist bekanntermaßen sehr anspruchsvoll. Die in Deutschland aktuell verwendeten Messinstrumente können die Risikoadjustierung noch nicht hinreichend abbilden. Insbesondere bestehen dann große Herausforderungen, wenn auf Routinedaten zurückgegriffen wird. Der Entwurf lässt offen, wie eine sachgerechte und möglichst verzerrungsfreie Qualitätsdarstellung erfolgen soll. Für eine angemessene Risikoadjustierung ist ein umfassender methodischer Ansatz nötig, der allgemein wissenschaftlich akzeptiert ist und der insbesondere auch Fehlanreize, wie die Vermeidung von komplikations- und risikobehafteten Behandlungen, verhindert. Andernfalls wird die Versorgung in Universitätsklinika und anderen Einrichtungen, die sich solchen Behandlungen widmen, in ein falsches Licht gerückt. Daher muss gerade mit Blick auf diese Herausforderung für das Transparenzverzeichnis ein wissenschaftlicher Expertenstab installiert werden, der dessen Umsetzung unterstützt.

Im Koalitionsvertrag ist auch ein Abbau von Bürokratie vereinbart. Nicht zuletzt gilt dies auch für das Gesundheitswesen und die Krankenhausreform. Es muss daher sichergestellt werden, dass bei einer späteren Definition der Leistungsgruppen klar geregelt wird, dass u. a. G-BA-Richtlinien mit der Formulierung von Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen automatisch obsolet werden. Ein weiterer kurzfristiger Aufbau neuer bürokratischer Maßnahmen ist abzulehnen, wenn nicht gleichzeitig eine umfangreiche Reduktion von Nachweis- und Dokumentationspflichten umgesetzt wird. Es muss dringend verhindert werden, dass angesichts des Fachkräftemangels noch mehr Personal durch administrative Aufgaben gebunden wird und damit nicht für die Patientenversorgung zur Verfügung steht.

II. Zu den Regelungen im Einzelnen

Zu Artikel 1 Nr. 1

Zu § 135d Abs. 1 SGB V - E

Sachverhalt:

Die für das Transparenzverzeichnis erforderliche Aufbereitung, Zusammenführung und Auswertung von Daten erfolgt durch das IQTIG, das dabei auch weitere öffentlich zugängliche Daten verwenden darf. Nach der Gesetzesbegründung kann das IQTIG dabei auch Informationen aggregieren, zusammenfassen oder bewerten, wenn die sachliche Richtigkeit sichergestellt ist. Das IQTIG hat zudem eine angemessene Risikoadjustierung sicherzustellen. Hinsichtlich der Aktualität sollen regelmäßige Veröffentlichungen, bei Bedarf auch unterjährig, erfolgen.

Bewertung:

- Eine wissenschaftlich fundierte Risikoadjustierung ist in einem Transparenzverzeichnis, das mittelbar durch das Bundesministerium für Gesundheit erfolgt, von enormer Bedeutung. Hier besteht - auch durch internationale Beispiele bekannt - ein erhebliches Risiko einer Nichtbehandlung, wenn erhöhte Risikokonstellationen oder ein erhebliches Bias in der Ergebnisdarstellung durch Verlegungen bzw. durch Aufnahmeverpflichtungen vorliegen. Die Gefahr einer nicht angemessenen Risikoadjustierung besteht insbesondere bei der Verwendung von Abrechnungsdaten. In diesem Zusammenhang ist insbesondere zu beachten, dass diese Daten in erster Linie der Logik des deutschen DRG-Systems und der zugehörigen Kodierregeln folgen. Gleichzeitig sind wesentliche Kodierungen mit besonderem Informationsgehalt aktuell nicht möglich (z.B. Kodierung einer Sepsis, die bislang nicht nach den internationalen Konsensus-Kriterien von 2016 erfolgen kann, Kodierungen zur Krankheitsschwere, present on admission etc.).
- Den IQTIG-Ergebnissen (insbesondere auch der Indexbildung), die im Transparenzverzeichnis dargestellt werden, kommt eine erhebliche, insbesondere haftungsrechtliche und imagebeeinflussende Bedeutung zu. Daher muss beim Transparenzverzeichnis bzw. beim IQTIG ein dezidierter wissenschaftlicher Expertenstab initiiert werden, um die wissenschaftliche Geeignetheit zur Veröffentlichung zu validieren.
- Zudem ist eine Clearingstelle einzurichten, um Einwände der Krankenhäuser gegen die vom IQTIG zusammengestellten Ergebnisse zeitnah zu bearbeiten. Da der Gesetzentwurf bislang nur den Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit zulässt, ist dies allein zur Verfahrensbeschleunigung und Entlastung der Gerichte erforderlich. Zudem sollte sich die Clearingstelle auch mit den Einwänden gegen die Ergebnisse der Qualitätssicherungsverfahren nach § 136 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V bzw. weiteren Auswertungen befassen (Fehler beim IQTIG, fehlende Korrektur beim IQTIG bzw. Einwände gegenüber den Bewertungen im strukturierten Dialog bei den Qualitätssicherungsverfahren). Bislang verzichten

Krankenhäuser in der Regel auf gerichtliche Klagen gegen die Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsverfahren auf Grund von Aufwand-Nutzen-Erwägungen.

- Wesentliche Erkenntnisse aus den Clearing-Verfahren sind dem wissenschaftlichen Expertenstab zur Kenntnis zu geben.

Zu § 135d Abs. 4 SGB V - E

Sachverhalt:

Im Transparenzverzeichnis sollen auch die einzelnen Krankenhäuser mit einer ihnen zugeordneten Versorgungsstufe dargestellt werden. Mit den Regelungen nach § 135d Abs. 4 SGB V - E werden die unterschiedlichen Versorgungsstufen (Level) von Level 3-, Level 2-, Level 1n-, Level F- und Level 1i-Krankenhäusern und ihre jeweiligen Voraussetzungen für das Transparenzverzeichnis definiert.

Bewertung:

Das Ausweisen von Versorgungsstufen im Transparenzverzeichnis ist ein sachgerechter Ansatz, um die Hierarchisierung und die Komplexität der Leistungserbringung niedrigschwellig abzubilden. Gleichwohl enthält die Formulierungshilfe mit den vorgesehenen Versorgungsstufen eine unvollständige Berücksichtigung der Versorgungsstrukturen. Hier ist, wie im Koalitionsvertrag vorgesehen und von der Regierungskommission empfohlen, eine eigene Kategorie (Level 3U - Universitätsklinika) vorzusehen, um die besondere Rolle der Universitätsmedizin abzubilden. Hierdurch können die Bürger eindeutig erkennen, in welchen Einrichtungen neben einer umfassenden Maximalversorgung auch Forschung, Translation und innovative Medizin Hand in Hand gehen. Dies muss bei den Kriterien für die eigene Versorgungsstufe für Universitätsklinika einfließen, indem die Anzahl der erforderlichen Leistungsgruppen gegenüber den bestehenden Anforderungen für Level 3 entsprechend angehoben und gleichzeitig auch die weitreichende Vorhaltung nicht-bettenführender Abteilungen und Institute, wie Mikrobiologie, Virologie, Pathologie, Transfusionsmedizin, Humangenetik, Krankenhaushygiene und Infektionsepidemiologie, etc. berücksichtigt wird. Gerade Letzteres ist wichtig, damit die Bürger ein umfassendes Bild zum universitätsmedizinischen Leistungsangebot im Transparenzverzeichnis erhalten.

Zu Artikel 1 Nr. 7

Zur Anlage 2 zu § 135d SGB V - E:

Generelle Anmerkungen:

Die aktuell vorhandenen Leistungsgruppen (LG) sind eine wichtige Grundlage, die aber nach erstmaliger Veröffentlichung einer zeitnahen Überarbeitung bedarf, um sie homogener auszugestalten und gleichzeitig um weitere wichtige Leistungen zu ergänzen. Folgende Beispiele sollen dies verdeutlichen:

- Mit der LG 58 (Darmtransplantation) gehen bezogen auf das Jahr 2022 in Deutschland genau 2 Darmtransplantationen einher, also eine sehr geringe Fallzahl. Für die LG 63 (Pankreastransplantation) liegen 44 Pankreastransplantationen (v.a.

kombiniert) vor. Wenn aber der noch ausstehende Gruppierungsalgorithmus für die Zuordnung von Behandlungsfällen zu LG weitere Transplantationsleistungen des Behandlungsfalls (z.B. Lebertransplantation, Nierentransplantation) in der LG-Zuordnung priorisiert, verbleiben in der LG 63 allenfalls minimal wenige isolierte Pankreastransplantationen.

- Die LG 8 (Stammzelltransplantation) und LG 9 (Leukämie und Lymphome) bzw. LG 48 und 49 in der Kinder- und Jugendhämatologie und -Onkologie weisen erhebliche Schnittmengen auf.

Diese Beispiele machen deutlich, dass die Leistungsgruppen den Versorgungsbedarf und die entsprechenden Behandlungsverfahren in Deutschland zukünftig besser abbilden müssen und daher Weiterentwicklungsbedarf besteht.

Zu Artikel 2 Nr. 1 und Nr. 5:

Zu § 21 Abs. 2 Nr. 1 g und Nr. 2 sowie Abs. 7 KHEntgG - E und anschließend Abs. 2 Nr. 1 f sowie Ergänzung in Nr. 1 Buchstabe e

Sachverhalt:

Das Krankenhaus übermittelt zusätzlich ab dem 15.01.2024 u. a.:

- (bei der Übermittlung der Strukturdaten - nach Nr. 1) die Leistungsgruppen (nach Anlage 2 zu § 135d SGB V - E), denen die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen zugeordnet sind sowie
- (bei der Übermittlung der Leistungsdaten - nach Nr. 2) die Leistungsgruppe, der die vom Krankenhaus im einzelnen Behandlungsfall zugeordnet ist. Dabei dürfen nur die vom InEK zertifizierten Datenverarbeitungslösungen verwendet werden. Bis zum Vorliegen einer zertifizierten Datenverarbeitungslösung übermittelt das InEK eine vorläufige Zuordnung der Leistungsgruppen.

Bewertung:

Das InEK ist bereits per Schreiben des Bundesgesundheitsministers beauftragt, die stationären Leistungen/Behandlungsfälle den Leistungsgruppen per ICD- und OPS-Kodes zuzuordnen. Damit wird nach der ersten Datenlieferung zum 15.01.2024 nur eine vorläufige Zuordnung der Behandlungsfälle in die Leistungsgruppen erfolgen können. Ob diese Vorläufigkeit – auch auf Grund der Kurzfristigkeit – bereits eine angemessene Darstellung des Leistungsangebots von Krankenhäusern im Transparenzverzeichnis ermöglicht, muss sehr sorgsam geprüft werden. Gegebenenfalls sollte zunächst eine Erprobung dieses Vorgehens erfolgen.

Frist zur erstmaligen Datenlieferung nach dem § 21 KHEntgG - E

Gleichzeitig ist zum 15.01.2024 das ärztliche Personal und Pflegepersonal nach den Leistungsgruppen differenziert anzugeben.

Bewertung:

Da die vorläufige Zuordnung der Behandlungsfälle in die Leistungsgruppen erst nach dem 15.01.2024 vorliegt, kann das Krankenhaus nicht vor dem 15.01.2024 eine Differenzierung der Personalangaben in die 65 Leistungsgruppen vornehmen (für das 4. Quartal 2023 sowie für das gesamte Kalenderjahr 2023 nach § 21 Abs.1 KHEntgG). Dies ist schlicht nicht möglich und daher zu streichen. Zudem erfordert die Zuordnung von ärztlichem und pflegerischem Personal in Leistungsgruppen weitere gesetzliche Vorgaben, um eine einigermaßen faire Vergleichbarkeit zu erreichen.

Auch wenn es dem InEK über einen Algorithmus und ein Definitionshandbuch gelingen wird, einen Behandlungsfall genau einer Leistungsgruppe zuzuordnen, ist dies allerdings bei der Zuordnung der ärztlichen und pflegerischen Personalzahlen zu einer Leistungsgruppe nicht möglich. Hier stellen sich vielfältige Fragen:

- Beispielsweise ist es üblich, dass Patienten mit Pankreaseingriffen einige Zeit auf Intensivstation behandelt werden. Wie werden dann alle an der Behandlung beteiligten Fachärzte (inkl. Facharztbezeichnungen) und Weiterbildungsassistenten (unter Angabe des Weiterbildungsgebiets) in einer dieser beiden Leistungsgruppen (LG Pankreaseingriffe, LG Intensivmedizin) dargestellt? Wie werden weitere, konsiliarisch hinzugezogene Fachärzte erfasst und angegeben?
- Wie werden Ärzte und Pflegekräfte in einzelne, nah verwandte Leistungsgruppen zugeordnet, die alle auf einer Station versorgt werden? Zum Beispiel
 - LG Endoprothetik Knie, LG Endoprothetik Hüfte, LG Revision Hüftendoprothese, LG Revision Knieendoprothese
 - LG Bauchaortenaneurysma, LG Carotis operativ / (interventionell?), LG komplexe periphere arterielle Gefäße
 - LG spezielle Kinder- und Jugendmedizin, LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation und LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome
 - LG HNO und LG Cochleaimplantate
- Wie erfolgt die Zuordnung von Ärzten und Pflegekräften in die Leistungsgruppen, wenn die Behandlung in interdisziplinären Zentren erfolgt (onkologische Zentren, Herzzentrum, Lungenzentrum)?
 - Ist es hier wirklich sinnvoll, alle behandelnden Fachärzte aufzuführen, insbesondere bei mehreren mitbehandelnden Fachdisziplinen, z. B. in onkologischen Zentren? Was sagt dieser Quotient (bzw. die Perzentildarstellung) aus (z. B. ist denkbar, dass in einem onkologischen Zentrum diverse Leistungsgruppen angesteuert werden können und dann sowohl Pathologe als auch Strahlentherapeut, Nuklearmediziner etc. mitbehandeln)?
- Extrem schwer vorstellbar wäre, dass die entsprechenden Ärzte und Pflegekräfte nun auch noch zusätzlich ihre eigenen Arbeitszeiten bestimmten Leistungsgruppen zuordnen würden, was faktisch oftmals ja auch erst ex post möglich ist (vgl. Grouper vom InEK, bei Verlegungen oder komplexen Erkrankungen).

Auf Grund dieser Vielzahl an offenen Fragen – die insbesondere Einrichtungen mit hoher Interdisziplinarität in der Leistungserbringung, wie eben Universitätsklinika betreffen – erscheint die bereits kurzfristig vorgesehene Zuordnung von Personal zu LG als nicht zielführend. Es existieren derzeit noch keine Personal- und Strukturanforderungen für die LG, einheitliche Zuordnungsregeln fehlen und ohne Softwareunterstützung entsteht den Krankenhäusern ein nicht zumutbarer Aufwand für die manuelle Datenerfassung. Sie wird aus den o.g. Gründen kurzfristig keinen Mehrwert für die Bürger darstellen. Auch sind Überlegungen bzw. Erwartungen, eine personelle Zuordnung in LG über individuelle Zeiterfassungen und –abschätzungen vorzunehmen, strikt abzulehnen.

III. Weiterer Handlungsbedarf

Nachrangigkeit von G-BA-Richtlinien bei bestehenden Leistungsgruppen

Sobald gesetzliche Regelungen zu Qualitätsvorgaben¹ für Leistungsgruppen bestehen, treten u.a. G-BA-Richtlinien oder andere untergesetzliche Normen außer Kraft, wenn diese Teile von oder sogar die gesamte Leistungsgruppe betreffen.

Alleine unter Aspekten zum Bürokratieabbau, aber auch der Verpflichtung zur Wirtschaftlichkeit im SGB V ist es nicht akzeptabel, wenn zwei Prüf- und Kontrollmechanismen zu sehr ähnlichen gesetzlichen bzw. untergesetzlichen Vorgaben parallel bestehen und durchgeführt werden. Zudem ergeben sich für die Krankenhäuser dabei erhebliche Mehraufwände, da die zu überprüfenden Zeiträume, Fristen, Grundgesamtheiten nicht vollständig identisch sind. Aus Subsidiaritätsgründen sind dann untergesetzliche Normen zu streichen.

Gesetzlich vorgegebene Kriterien für die Erstellung von Qualitätsanforderungen in Leistungsgruppen

- Qualitätsanforderungen müssen fachlich begründet, verhältnismäßig und realisierbar sein.
- Es kann und darf nicht sein, dass gleiche oder ähnliche Inhalte von Qualitätskriterien/Qualitätsvorgaben/Strukturmerkmale durch unterschiedliche Normen unterschiedlichen Rechtsfolgen und unterschiedlichen Prüfverfahren unterliegen. Daher sind sämtliche Doppel- und Mehrfachregelungen sowie unbegründete Anforderungen zu streichen. Es gilt die Subsidiarität von untergesetzlichen Regelungen gegenüber Gesetzen oder Verordnungen.
- Nomenklaturen, Legaldefinitionen, Prozesse und Fristen für den Nachweis der Erfüllung der Qualitätskriterien sind zu standardisieren. Dabei sind vergleichbare Qualitätskriterien über alle Leistungsgruppen hinweg einheitlich zu benennen.

¹ Oft werden hierfür auch folgende weitere Begriffe verwendet: Strukturmerkmale, Strukturvorgaben, Mindestanforderungen, Qualitätsvorgaben, Qualitätsanforderungen, Mindestvorgaben o.ä. erlassen hat

Redundanzen oder Widersprüche zwischen verschiedenen normativen Vorgaben sind zu beseitigen.

- Vereinbarung geeigneter Dokumente, die für den Nachweis von Qualitätskriterien erforderlich sind, müssen zwischen den Institutionen der Selbstverwaltung unter Beachtung gesetzlicher Grundlagen (Verwaltungsrecht, Arbeitsrecht, Datenschutz) etabliert werden.
- Vereinheitlichung der in den Normen verpflichtend zu verwendenden Instrumente für die Überwachung spezieller Qualitätskriterien (z.B. Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen) sowie deren aufwandsarme Gestaltung sind vorzunehmen.

Identische Zielsetzungen des strukturierten Qualitätsberichts und des Transparenzverzeichnisses gemäß Gesetz bzw. Gesetzesbegründung

Der Gesetzgeber verfolgt mit dem strukturierten Qualitätsbericht und mit dem Transparenzverzeichnis eine praktisch identische Zielsetzung. Daher enthält sowohl der strukturierte Qualitätsbericht als auch das Transparenzverzeichnis sehr ähnliche Daten:

Transparenzverzeichnis nach § 135d - Abs. 3-E - Grundgesamtheit: § 21-Datensatz der Krankenhäuser	Strukturierter Qualitätsbericht Grundgesamtheit: Leistungen der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser (d.h. stationär und ambulant)
die erbrachten Leistungen, differenziert nach den in Anlage 2 genannten Leistungsgruppen mit der Angabe der jeweils erbrachten Fallzahl,	die erbrachten stationären Leistungen; differenziert nach den einzelnen Fachabteilungen mit ICD-Hauptdiagnosen und OPS-Kodes (inkl. Fallzahlen), ambulante Behandlungsmöglichkeiten
die Versorgungsstufe nach Absatz 4,	die Angabe „Universitätsklinikum“ bzw. „akademisches Lehrkrankenhaus“
die personelle Ausstattung je Leistungsgruppe im Verhältnis zum Leistungsumfang	die personelle Ausstattung (Ärzte und Pflegekräfte - Gesamtzahl und in Fachabteilungen) - differenziert nach stationär und ambulant
die patientenrelevanten Ergebnisse aus Qualitätssicherungsverfahren nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.	die Ergebnisse aus Qualitätssicherungsverfahren nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V inkl. Bewertungen und ggf. Kommentierungen der Krankenhäuser (Teil C-1)

Allerdings ist es für die Krankenhäuser extrem aufwändig, über zwei komplett unterschiedliche Verfahren (QB-Software, Krankenhausinformationssystem) mit jeweils gering unterschiedlichen Grundgesamtheiten und vielen manuellen Dateneingaben diese Daten an unterschiedlichen Stellen im Krankenhaus abzufragen, zu erfassen, zusammenzustellen und zu übermitteln. Auch

hier ist aus der Notwendigkeit zum Bürokratieabbau, aber auch aus der generellen Verpflichtung zur Wirtschaftlichkeit im SGB V nicht hinnehmbar, zwei, lediglich gering unterschiedliche Berichtspflichten parallel aufrechtzuerhalten. Daher müssen hier - nach Überarbeitung des Gesetzentwurfs - ebenfalls untergesetzliche Normen gestrichen werden.