



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Entwurf einer Formulierungshilfe der Bundesregierung für einen Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz)
(vom 11.08.2023)

Berlin, 28.08.2023

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlegende Bewertung der Formulierungshilfe	3
2. Stellungnahme im Einzelnen	5
Zu Artikel 1, Nummer 1	5
§ 135d Abs. 1 SGB V	5
§ 135d Abs. 2 SGB V	6
§ 135d Abs. 3 SGB V	6
§ 135d Abs. 4 SGB V	7
Zu Artikel 1, Nummer 2	8
§ 136a Abs. 6 SGB V	8
Zu Artikel 1, Nummer 3	8
§ 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 SGB V	8
Zu Artikel 1, Nummer 4, Buchstaben a) bis c)	9
§ 299 SGB V	9
Zu Artikel 1, Nummer 7	9
Anlage 2 (zu § 135d) Leistungsgruppen der Krankenhausbehandlung	9
Zu Artikel 2, Nummer 1	10
§ 21 Abs. 2 KHEntgG	10
Zu Artikel 2, Nummer 3	11
§ 21 Abs. 3c KHEntgG	11

1. Grundlegende Bewertung der Formulierungshilfe

Zur Erhöhung der Transparenz für Patientinnen und Patienten über das Leistungsgeschehen in der stationären Versorgung beabsichtigt das Bundesministerium für Gesundheit, künftig aktuelle sowie fortlaufend aktualisierte Daten über Leistungsangebot und Qualitätsaspekte allgemeinverständlich zu veröffentlichen. Dazu sollen ein „Transparenzverzeichnis“ eingerichtet und die Krankenhäuser Versorgungsstufen (Level) zugeordnet werden. Das Leistungsangebot am einzelnen Krankenhausstandort soll differenziert nach Leistungsgruppen dargestellt werden. Grundlage soll eine Datenaufbereitung durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) sein. Dazu sollen entsprechende datenschutzrechtliche Befugnisse für das IQTIG geschaffen werden, die es ermöglichen sollen, unter anderem Qualitätssicherungsdaten des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sowie Daten gemäß § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) für das Transparenzverzeichnis zu verarbeiten. Des Weiteren sollen die Krankenhäuser künftig dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ergänzende Angaben zu den Leistungsgruppen, dem Standortbezug bei Diagnosen und Prozeduren, Daten zum Pflegepersonal und zum ärztlichen Personal bezogen auf die Leistungsgruppen übermitteln.

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist das Ziel, Patientinnen und Patienten künftig besser dabei zu unterstützen, informierte und selbstbestimmte Entscheidungen bei der Auswahl von Krankenhäusern treffen zu können, grundsätzlich zu unterstützen. Es ist gut, dass dazu auch über die ärztliche Personalausstattung informiert werden soll. Die vorgesehenen Regelungen müssen allerdings sorgfältig auf ihre **Eignung** und auf ihre **Auswirkungen** hin geprüft werden.

Mit Blick auf die **Eignung** ist festzustellen, dass das vorgesehene Verzeichnis aus methodischer Sicht erhebliche Schwächen aufweist. Das Ziel einer besseren Transparenz für Patientinnen und Patienten wird damit nicht erreicht werden können. Darüber hinaus ist die in der Formulierungshilfe vorgenommene Gleichsetzung von *Transparenz mit dem Ziel der Patienteninformatio*n mit *Transparenz zur Verbesserung der Behandlungsqualität* unzutreffend. Der Kausalzusammenhang zwischen Transparenzerhöhung und Qualität der Leistungserbringung ist wissenschaftlich nicht belegt, sondern beruht vielmehr auf dem hypothetischen Konzept von Public Disclosure bzw. Public Reporting.

Mit Blick auf die **Auswirkungen** muss der in der Formulierungshilfe geäußerten Einschätzung, das Transparenzverzeichnis habe „*keine Auswirkung auf die Krankenhausplanung der Länder und für die Krankenhausvergütung*“ widersprochen werden. Die über das Verzeichnis geplanten Regelungen zur Leistungsgruppen- und Level-Zuordnung stellen kaum umkehrbare Vorentscheidungen für den weiteren Reformprozess dar und werden vielfältige, teils kontraproduktive Anreize auslösen, die die Länder im Rahmen ihrer Krankenhausplanung nicht ausgleichen können.

Sowohl mit Blick auf die angestrebte Transparenz als auch auf den geplanten Reformprozess sind zudem zuverlässige **Maßstäbe** erforderlich. Die Formulierungshilfe lässt jedoch offen, wann eine Personalausstattung wirklich ausreicht für eine gute Patientenversorgung. Hier ist – mit Blick auf die ärztliche Personalausstattung - ein Bezug zum Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer erforderlich. Die Formulierungshilfe lässt auch offen, wie die geplante Zuordnung des ärztlichen Personals zu den Leistungsgruppen gelingen soll. Denn eine Ärztin, ein Arzt wird im Krankenhaus in vielen Fällen für Behandlungen in mehreren Leistungsgruppen eingesetzt. Die Tätigkeit von Belegärzten wird nicht berücksichtigt. Sektorenübergreifende Gesichtspunkte bleiben ausgeblendet.

Die konkreten Regelungen zu den **Leistungsgruppen** bleiben unzureichend: Solange die Leistungsgruppen den Krankenhäusern nicht durch die Bundesländer aufgrund verbindlicher Qualitätskriterien zugewiesen wurden, können Patientinnen und Patienten den Veröffentlichungen keine verlässlichen Qualitätsinformationen entnehmen. Auf Basis der Formulierungshilfe würden außerdem auch Leistungsgruppen zugewiesen, in denen die Krankenhäuser nur sehr geringe Fallzahlen erbringen. Das Register würde damit eine sogenannte „Gelegenheitsversorgung“ belohnen und so den Zielen der Krankenhausreform zuwiderlaufen. Die Formulierungshilfe ermöglicht dem InEK außerdem eine eigenständige Definition der Leistungsgruppen. Bund und Länder haben hingegen für die Krankenhausreform verabredet, für die Leistungsgruppen die in NRW entwickelten Definitionen zu verwenden. Damit ergibt sich das Risiko, dass Leistungsgruppen mit gleichem Namen („Überschriftenebene“) bei der konkreten Fallzuordnung im Transparenzverzeichnis anders definiert werden als bei der Krankenhausplanung und -vergütung. Das würde nicht nur die beabsichtigte Transparenz konterkarieren, sondern auch zu unlösbaren Problemen für den Planungsprozess der Länder führen.

Auch das geplante Vorgehen bei der Einteilung der Krankenhäuser in **Level** wirft Fragen auf. Die Level werden im Wesentlichen über die Zahl der Leistungsgruppen definiert. Das ist inhaltlich nicht sachgerecht, denn für die richtige Einstufung eines Krankenhauses muss es vor allem um medizinisch sinnvolle Verknüpfungen von Leistungsgruppen gehen und nicht primär um deren bloße Zahl. Die Kopplung an eine Leistungsgruppenzahl wird außerdem einen Fehlanreiz für die Krankenhäuser auslösen, ihr Leistungsspektrum auszudehnen, um die Zahl der Leistungsgruppen zu steigern – das ist das Gegenteil dessen, was die Reform eigentlich bewirken soll. Das vorgesehene Verzeichnis kann außerdem den Eindruck erwecken, größere Krankenhäuser seien generell „besser“ als kleinere Krankenhäuser. Tatsächlich können aber auch kleinere Krankenhäuser - bei den Behandlungen, für die sie vorgesehen sind (z.B. bei der sogenannten „Grundversorgung“) - eine hohe Versorgungsqualität leisten.

Sehr kritisch ist außerdem, dass die Formulierungshilfe einen **Bürokratieaufbau** vorsieht. Die Regelungen bedeuten für die Krankenhäuser und das dort tätige Personal zusätzliche kleinteilige Meldepflichten, denen keine Entlastungen an anderer Stelle gegenüberstehen. Bürokratieabbau ist eines der drei von Bund und Ländern benannten übergeordneten Ziele der Krankenhausreform. Diesem Ziel läuft die Formulierungshilfe in ihrer vorliegenden Form zuwider. Das Transparenzverzeichnis ist eine Parallelstruktur zu bestehenden Instrumenten und verursacht auf diese Weise Mehrkosten und zusätzliche Bürokratie.

Für Ärztinnen und Ärzte sowie das Pflegepersonal bedeutet die Formulierungshilfe daher eher eine Mehrbelastung anstelle einer Motivationshilfe. Die Bundesärztekammer weist die der Formulierungshilfe zugrundeliegende Unterstellung zurück, dass Qualitätsprobleme der Versorgung in der **Motivation des Personals** begründet liegen. Vielmehr ist zu konstatieren, dass die gute Qualität der stationären Versorgung trotz personeller Engpässe und struktureller Defizite allein der hohen intrinsischen Motivation des Personals zu verdanken ist. Dass sich insbesondere unter den teilweise extrem schwierigen Arbeitsbedingungen in deutschen Krankenhäusern Leistungsvergleiche, die zusätzlich zu den zahlreichen bereits bestehenden Außendarstellungen der Qualitätssicherung eingeführt werden, beflügelnd auf die Motivation auswirken, ist nicht zu erwarten. Vielmehr ist durch die erneute Zunahme der Bürokratie eine weitere Demotivation des klinisch tätigen Krankenhauspersonals zu befürchten.

Der Durchgriff des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) auf das IQTIG bedeutet einen schwerwiegenden staatlichen Eingriff in die Unabhängigkeit von Einrichtungen der **Selbstverwaltung** und der Entscheidungsspielräume der Selbstverwaltungsorgane. Unter

der einseitigen Prioritätensetzung für das IQTIG werden andere Aufgaben, z. B. mit Blick auf sektorenübergreifende Gesichtspunkte und die vertragsärztliche Versorgung, leiden.

Die **Kostenkalkulationen** für die Umsetzung des Gesetzentwurfs sind deutlich zu niedrig angesetzt und unterschätzen den Aufwand. Gleiches gilt für den Erfüllungsaufwand für die Verwaltung. Hier dürfte insbesondere für das IQTIG ein deutlicher Mehraufwand entstehen, der auch aus der Neuentwicklung von Methoden im Rahmen der Zuarbeit für das Transparenzverzeichnis resultiert, etwa bei der Operationalisierung der Aufgabe, „patientenrelevante Ereignisse“ aus Qualitätssicherungsverfahren zur Verfügung zu stellen. Der Bedarf für diese anstehende konzeptionelle Arbeit scheint in den Aufwandsabschätzungen des Gesetzentwurfs völlig übersehen worden zu sein.

Im Ergebnis sollte die Formulierungshilfe im Austausch mit den Bundesländern und unter Einbeziehung des ärztlichen Sachverständes sowie der Institutionen der Selbstverwaltung gründlich überarbeitet werden. Zudem ist es problematisch, dass die Einigung zwischen Bund und Ländern sich aktuell noch auf der Ebene von Eckpunkten befindet, während für das Transparenzverzeichnis nun bereits konkrete Gesetzesformulierungen vorliegen. Um Inkongruenzen und Widersprüche zu vermeiden, sollte das Krankenhaustransparenzgesetz erst beraten und entschieden werden, wenn auch für die eigentliche Krankenhausreform konkrete, zwischen Bund und Ländern abgestimmte Gesetzesformulierungen vorliegen.

2. Stellungnahme im Einzelnen

Zu Artikel 1, Nummer 1

§ 135d Abs. 1 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 135 d Absatz 1 wird festgelegt, dass das BMG ab April 2024 ein Transparenzverzeichnis über die Krankenhausbehandlung in Deutschland veröffentlicht und die hierfür benötigten Daten durch das IQTIG geliefert werden sollen, wobei das IQTIG die Richtigkeit und Sachlichkeit dieser Daten zu bestätigen hat. Die Daten sollen dabei für die Patientinnen und Patienten nicht nur leicht verständlich und in interaktiver Form dargestellt werden, sondern ausweislich der Gesetzesbegründung zu § 135d Abs. 3 SGB V auch risikoadjustiert sein.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Eine risikoadjustierte Darstellung der Informationen ist grundsätzlich zu begrüßen, methodisch allerdings nur für einen Teil der Daten leistbar, etwa für die datengestützte Qualitätssicherung. Für Leistungsgruppen, Level und Personalangaben ist eine Risikoadjustierung hingegen nicht möglich.

Für die geforderte „Aufbereitung, Zusammenführung und Auswertung“ von Daten durch das IQTIG gilt, dass Daten zunächst ausgewählt werden müssen, bevor sie für das Transparenzverzeichnis aufbereitet werden können. Das IQTIG muss dazu auf Grundlage einer eigenen (noch zu entwickelnden und darzulegenden) Methodik vorhandene oder weiterzuentwickelnde Qualitätsindikatoren und Kennzahlen selektieren - während parallel die etablierte Qualitätssicherung durch den G-BA weiterläuft. Dies bedeutet mehr als nur technischen Aufwand und hat neben zusätzlicher methodischer Entwicklungsarbeit für das Institut möglicherweise auch eine Überschneidung mit Aktivitäten im QS-Bereich zur Folge.

Die „Richtigkeit und Sachlichkeit“ der von den Krankenhäusern zur Verfügung gestellten Informationen wird das IQTIG kaum verbindlich gegenüber Dritten bestätigen können, sondern lediglich die korrekte und sachgerechte Aufbereitung, Zusammenführung und Auswertung der ihm übermittelten Daten, was schon anspruchsvoll genug sein dürfte.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die Konzeption und Umsetzung des geplanten Verzeichnisses sollten grundsätzlich überdacht und gemeinsam mit denjenigen Institutionen beraten werden, die für die Patientenversorgung Verantwortung tragen und seit vielen Jahren Kompetenz in Fragen der Qualitätssicherung aufgebaut haben.

§ 135d Abs. 2 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Wahrnehmung der in § 135c Abs. 1 beschriebenen Aufgaben für das IQTIG soll „Vorrang vor allen sonstigen Aufträgen des Instituts durch oder aufgrund eines Gesetzes“ haben. Darüber hinaus soll die Finanzierung dieser Aufgaben „von der Trägerin des Instituts sicherzustellen“ sein. Die Aufwendungen zur Wahrnehmung der Aufgaben sollen entsprechend § 139c ausgeglichen werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Diese Regelung stellt einen schweren Eingriff in die Unabhängigkeit des Instituts und die bisherige Zuordnung zum G-BA als primären Auftraggeber dar. Bisher hatte das Institut auch das Recht, Beauftragungen durch das BMG abzulehnen, falls damit keine Finanzierung verbunden ist. Nun soll das Institut bevorzugt dem BMG zuarbeiten. Dies erscheint nicht sachlogisch und muss daher als bewusste Schwächung der Selbstverwaltung verstanden werden. Unter der einseitigen Prioritätensetzung werden andere Aufgaben, z. B. mit Blick auf sektorenübergreifende Gesichtspunkte und die vertragsärztliche Versorgung, leiden.

§ 135d Abs. 3 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 135d Absatz 3 werden die standortbezogenen Informationen über die Krankenhäuser konkretisiert, namentlich die „erbrachten Leistungen“, die „Versorgungsstufe“, die „personelle Ausstattung je Leistungsgruppe“ sowie „patientenrelevante Ergebnisse“ aus Qualitätssicherungsverfahren des G-BA. Es taucht zudem nochmals (vgl. Abs. 1) die Forderung auf, dass diese Informationen „sachlich richtig“ sein müssen und „regelmäßig aktualisiert“ werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Mit Blick auf die Betrachtung „patientenrelevanter Ergebnisse aus Qualitätssicherungsverfahren nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1“ stellt sich zum einen die Frage, was unter „patientenrelevant“ verstanden werden soll. Hier müsste das IQTIG in eigener Regie, also losgelöst vom G-BA, eine eigene Methodik anwenden und für die Ergebnisse der Entwicklungen die Verantwortung übernehmen. Zum anderen ist durch den Verweis auf die QS-Verfahren nach „§ 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1“ ein sehr großer Bereich von Qualitätssicherungsregelungen des G-BA betroffen. Hier würde das IQTIG ebenfalls die Verantwortung über-

nehmen müssen, selbstständig Komponenten aus den QS-Verfahren für das Transparenzverzeichnis auszuwählen und dazu geeignete Darstellungsweisen zu entwickeln. Ein mögliches Korrektiv der Entwicklungsergebnisse des Instituts durch den G-BA soll dabei entfallen. Die Notwendigkeit für ein solches Korrektiv hat sich in der Vergangenheit jedoch mehr als einmal erwiesen, siehe beispielsweise beim Thema planungsrelevante Qualitätsindikatoren.

Mit Blick auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen ist zu konstatieren, dass das Verzeichnis lediglich das aktuelle Leistungsspektrum der Krankenhäuser abbildet. Eine Information über die Qualität ist damit nicht verbunden. Für Patientinnen und Patienten und zuweisende Ärztinnen und Ärzte ergibt sich damit keine verlässliche Grundlage für die Krankenhauswahl.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Leistungsgruppen sollten im Verzeichnis erst ausgewiesen werden, wenn die Leistungsgruppen den Krankenhäusern auf der Basis überprüfter Mindeststrukturvoraussetzungen durch die Länder zugewiesen wurden.

§ 135d Abs. 4 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 135d Absatz 4 werden die „Versorgungsstufen (Level) und ihre jeweiligen Voraussetzungen“ definiert.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Wenn die Levelzuweisung auf Leistungsgruppenausweisungen beruht, die ihrerseits ohne Prüfung der Qualitätsvoraussetzungen erfolgt (siehe oben), ist der Informationsgewinn für die Patientinnen und Patienten zu hinterfragen.

Es ist außerdem nicht sinnvoll, die Levelzuteilung so stark an die Zählung von Leistungsgruppen zu binden, wie es die Formulierungshilfe vorsieht. Für die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses kommt es stärker auf die medizinisch sinnvolle Verknüpfung von Leistungsgruppen an als auf die schlichte Zahl der Leistungsgruppen. Die vorgesehene Unterscheidung von internistischen, chirurgischen und sonstigen Leistungsgruppen reichen als medizinisches Gliederungskriterium nicht aus. Die Nennung der Leistungsgruppen Intensivmedizin und Notfallmedizin ist nachvollziehbar, hilft aber nicht bei der Differenzierung zwischen Krankenhäusern der Level I, II und III (weil diese Leistungsgruppen zu Recht auf allen drei Leveln gefordert werden).

Schließlich ist zu bedenken, dass Leistungsgruppen in ihrem Spektrum unterschiedlich nah beieinander liegen. So verfügt beispielsweise ein Krankenhaus mit vollständigem Leistungsspektrum in der Endoprothetik (künstliche Hüft- und Kniegelenke, jeweils einschließlich Revisionseingriffe) schon über vier der für das höchste Level erforderlichen fünf chirurgischen Leistungsgruppen. Die Zahl der Leistungsgruppen steht deswegen in keinem einfachen Verhältnis zur Breite des vom Krankenhaus geleisteten Versorgungsspektrums.

Die vorgesehene Definition der Level-F-Krankenhäuser (Fachkrankenhäuser) stimmt nicht mit der (sachlich zutreffenderen) Definition in den Bund-Länder-Eckpunkten überein.

Die Regelungen zu Level-II-Krankenhäusern sind unklar.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die Levelzuordnung sollte unter Berücksichtigung von medizinischen Gesichtspunkten und Versorgungsaspekten grundlegend überarbeitet werden.

Level auf der Basis von Leistungsgruppenzuweisungen sollten im Übrigen erst dann veröffentlicht werden, wenn die Leistungsgruppenzuweisung durch die Länder auf Basis geprüfter Mindeststrukturvoraussetzungen erfolgt ist.

Zu Artikel 1, Nummer 2

§ 136a Abs. 6 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der G-BA hat derzeit noch den Auftrag, einheitliche Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit zum Zweck der Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung durch einrichtungsbezogene risikoadjustierte Vergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und zugelassenen Krankenhäuser auf der Basis der einrichtungsbezogenen Auswertungen nach Maßgabe des § 299 SGB V (Qualitätsdaten) festzulegen. Diese Beauftragung soll ersatzlos entfallen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die komplette Stornierung des Auftrags entspricht in Verbindung mit der Einfügung eines § 135d SGB V inhaltlich einer Ersatzvornahme durch das BMG. Angesichts der zeitintensiven und aufwändigen Bemühungen im G-BA, diesen Arbeitsauftrag zu erfüllen, wäre es nicht nur ressourcentechnisch angemessener gewesen, die Fertigstellung des Informationsportals abzuwarten. Dass die Entwicklung eines neuen Transparenzverzeichnisses schneller zu realisieren ist, erscheint wenig wahrscheinlich (zumindest dann, wenn dieses Verzeichnis tatsächlich verlässliche und für die Patientinnen und Patienten nutzbringende Informationen erhalten soll). Zudem bedeutet die Zurückstellung der Betrachtung der vertragsärztlichen Versorgung einen Rückschritt bezüglich der ursprünglichen Transparenzziele. Mit Blick auf den Anspruch einer „umfassenden“ Transparenz wird übersehen, dass die zumindest vorläufige Ausrichtung des Transparenzverzeichnisses auf das stationäre Geschehen den vertragsärztlichen Bereich auf unbestimmte Zeit ausklammert; das nun nicht mehr vorgesehene Informationsportal nach § 136a Abs. 6 würde diese Perspektive zumindest beinhalten.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Verzicht auf die Streichung der Regelung.

Zu Artikel 1, Nummer 3

§ 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Streichung von § 137a Abs. 3 Satz 2 Nr. 5 soll parallel zu der Streichung gemäß Artikel 2 auch der gesetzliche Auftrag an das IQTIG entfallen, „auf der Grundlage geeigneter Daten, die in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht werden, einrichtungsbezogen vergleichende risikoadjustierte Übersichten über die Qualität in

maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung zu erstellen und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet zu veröffentlichen“.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Wir verweisen auf die Kommentierung zu Artikel 2.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Verzicht auf die Streichung der Regelung.

Zu Artikel 1, Nummer 4, Buchstaben a) bis c)

§ 299 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die intendierte Gesetzesänderung soll dazu dienen, das IQTIG zu berechtigen, die für das Transparenzverzeichnis erforderlichen Qualitätssicherungsdaten gemäß § 299 Absatz 1 Satz 1, Daten aus den strukturierten Qualitätsberichten und die gemäß § 21 Absatz 3d und Absatz 7 KHEntgG übermittelten Daten zu verarbeiten. Dazu sollen personen- oder einrichtungsbezogene Daten der Leistungserbringer, die für Qualitätssicherungsverfahren erhoben werden, nicht mehr pseudonymisiert werden, da dies einerseits zu erhöhtem Aufwand bei der Umsetzung der Qualitätssicherungsverfahren durch das IQTIG führt und es andererseits für die Veröffentlichung des Transparenzverzeichnisses zudem erforderlich wird, dass das IQTIG die Qualitätssicherungsdaten den einzelnen Krankenhausstandorten zuordnen kann.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Siehe die Kommentierung zu Artikel 1 Nummer 1

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der Regelung.

Zu Artikel 1, Nummer 7

Anlage 2 (zu § 135d) Leistungsgruppen der Krankenhausbehandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die in einer neuen Anlage 2 zu § 135d enthaltene Auflistung von Leistungsgruppen enthält die im Zuge des Eckpunktepapiers für eine Krankenhausreform am 10. Juli 2023 beschlossenen 60 somatischen Leistungsgruppen, basierend auf dem Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen 2022 (zuzüglich 5 weiterer Leistungsgruppen). Die im Transparenzverzeichnis zu veröffentlichenden standortbezogenen Informationen über die erbrachten Leistungen sollen anhand dieser Leistungsgruppen differenziert sein.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer hält es für richtig, für die Krankenhausreform die in Nordrhein-Westfalen entwickelten und auf ihre Eignung für die Krankenhausplanung geprüften Leistungsgruppen als Ausgangspunkt zu wählen. Wesentlich ist jedoch, dass diese

Leistungsgruppen nicht nur als „Überschriften“ beibehalten werden, sondern auch in ihrer inhaltlichen Definition (Zuordnung der Fälle zu den Leistungsgruppen) mit den zwischen Bund und Ländern konsentierten Leistungsgruppen übereinstimmen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Klarstellung, dass die 60 somatischen Leistungsgruppen des NRW-Krankenhausplans auch hinsichtlich der Definition der Fallzuordnung und der Mindeststrukturvoraussetzung übernommen werden.

Zu Artikel 2, Nummer 1

§ 21 Abs. 2 KHEntgG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Dem § 21 Abs. 2 Nummer 1 wird ein Buchstabe f angefügt. Demnach haben die Krankenhäuser „die Anzahl des insgesamt beschäftigten ärztlichen Personals und die Anzahl des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten ärztlichen Personals, jeweils einschließlich der Facharztbezeichnung und bei ärztlichem Personal in Weiterbildung jeweils unter Angabe des Weiterbildungsgebietes“ nach den Fachabteilungen des Standorts und nach den Leistungsgruppen anzugeben.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer begrüßt die Berücksichtigung der ärztlichen Personalausstattung, sieht jedoch bei der konkreten Umsetzung erheblichen Änderungsbedarf.

Bereits jetzt können Patientinnen und Patienten den Qualitätsberichten der Krankenhäuser standort- und fachabteilungsbezogen die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte, der Fachärztinnen und -ärzte und der Belegärztinnen und -ärzte sowie die Facharztqualifikationen und die anerkannten Zusatzweiterbildungen entnehmen. Der vom Gesetzgeber erhoffte Mehrwert des Transparenzverzeichnisses ist die Zuordnung des ärztlichen Personals zu den Leistungsgruppen. Das abstrakte Konstrukt der Leistungsgruppen dürfte aber für Patientinnen und Patienten ebenso wie die Personalzuordnung wenig aussagekräftig sein, wenn sie bezüglich einer sie persönlich betreffenden Diagnose oder Behandlung das Transparenzverzeichnis zu Rate ziehen wollen.

Für die Krankenhäuser bedeutet die Regelung eine komplett neue und aufwändige Zuordnung des Personals zu Leistungsgruppen. Sie erfordert unter anderem, den personellen Anteil der an der Leistungserbringung auf einer bettenführenden Station mitwirkenden Fachabteilungen darzustellen. In heterogenen Leistungsgruppen dürfte es zum Teil unmöglich sein, diese Abbildung sachgerecht vorzunehmen.

Schließlich ist zu bedenken, dass für Patientinnen und Patienten die Anzahl der beschäftigten Ärztinnen und Ärzte noch keine Auskunft darüber gibt, ob es sich um eine gute oder unzureichende Personalausstattung handelt. Die Bundesärztekammer hat ein ärztliches Personalbemessungsinstrument entwickelt, mit dem eine patienten- und aufgabengerechte ärztliche Personalausstattung ermittelt werden kann.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Neukonzeption einer sachgerechten und bürokratiearmen Erfassung und Darstellung der ärztlichen Personalausstattung unter Einbindung der Bundesärztekammer und des von ihr entwickelten ärztlichen Personalbemessungsinstruments.

Zu Artikel 2, Nummer 3

§ 21 Abs. 3c KHEntgG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenhausfälle sollen vom InEK „auf der Grundlage der von ihm zu treffenden Festlegungen“ den Leistungsgruppen zugeordnet werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Regelung kann dazu führen, dass die Leistungsgruppen im Transparenzverzeichnis anders definiert werden als bei der von Bund und Ländern gemeinsam getragenen Krankenhausreform. Bund und Länder haben sich darauf verständigt, die Leistungsgruppen auf Basis der in NRW entwickelten Definitionen zum Ausgangspunkt der Reform zu machen. Ein Nebeneinander unterschiedlicher Definitionen bei Leistungsgruppen mit gleicher „Überschrift“ muss vermieden werden.

Bei der Fallzuordnung ist außerdem zu bedenken, dass jeder Behandlungsfall nur einer Leistungsgruppe zugeordnet werden kann. Dies sehen (methodisch sachgerecht) sowohl der NRW-Krankenhausplan als auch die Bund-Länder-Eckpunkte und die Formulierungshilfe vor.

Erhält eine ältere Patientin zum Beispiel zunächst eine künstliche Hüfte und wird anschließend im gleichen Krankenhaus in der geriatrischen Abteilung weiterversorgt, kann die Zuordnung nicht zu beiden Leistungsgruppen („Hüft-TEP“ und „Geriatric“) erfolgen. In NRW erfolgt in dieser Konstellation eine Zuordnung zur Leistungsgruppe „Hüft-TEP“. Die Fallzahl der Krankenhäuser in bestimmten Leistungsgruppen kann deswegen niedriger sein als die tatsächlich versorgte Zahl von Patientinnen und Patienten. Diesem Gesichtspunkt kann im Rahmen der Krankenhausplanung durch entsprechende Regelungen (wie sie der NRW-Krankenhausplan enthält) Rechnung getragen werden. In einem öffentlichen Verzeichnis kann die unkommentierte Wiedergabe der Zahlen aber zu einem falschen Eindruck über das tatsächliche Leistungsgeschehen in den einzelnen Krankenhausabteilungen führen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Klarstellung, dass das InEK bei der Fallzuordnung nicht nur die Überschriften, sondern auch die Definitionen der Leistungsgruppen aus dem NRW-Krankenhausplan zugrunde legt.

Herstellung von Transparenz über die o. a. Fallzahlproblematik im Verzeichnis.