

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT



Stellungnahme

zum Entwurf einer Formulierungshilfe der Bundesregierung
für die Fraktionen der SPD, von Bündnis 90/Die Grünen und der FDP

eines

Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären
Versorgung durch Transparenz
(Krankenhaustransparenzgesetz)

Stand: 25.08.2023



Diskutieren, entscheiden, handeln.

Kernaussagen

1. Die Krankenhäuser unterstützen ausdrücklich das im Gesetzentwurf vorgegebene Ziel der Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung und weiteren Erhöhung der Transparenz über die Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland.
2. Der Gesetzentwurf ignoriert und konterkariert die umfangreichen und intensiven Aktivitäten der Qualitätsberichterstattung in Deutschland und die bereits weit fortgeschrittene Zielerreichung.
3. Die Vorschläge einer Qualitätsdarstellung bezogen auf fiktive Krankenhausversorgungsstufen behindert die Krankenhausplanungshoheit der Länder.
4. In der vorgeschlagenen Form stellt das Gesetz keine Neu- oder Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung dar. Sie schränkt diese sogar ein und ist damit ein Etikettenschwindel. Die zusätzliche Darstellung von Leistungsgruppen und Leveln hat keinen Mehrwert für Bürgerinnen und Bürger. Alle weiteren, für das Transparenzverzeichnis vorgesehenen Informationen werden bereits auf Basis der Daten aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht. Der Gesetzentwurf erzeugt ineffiziente Doppelstrukturen und zusätzliche Belastungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser.
5. Die Definition von Krankenhausleveln durch die willkürliche Vorgabe einer Mindestanzahl und Struktur von vorzuhaltenden Leistungsgruppen ist kein Beitrag zur Qualitätstransparenz bestimmter Leistungsbereiche für die Patientinnen und Patienten. Ganz im Gegenteil, werden Patientinnen und Patienten damit in die Irre geführt und eine konsequente Fehlsteuerung in die Standorte mit dem höchsten Level befördert.
6. Die künstliche und kleinteilige Zuordnung von ärztlichem und pflegerischem Personal einer bestehenden Fachabteilung auf einzelne Leistungsgruppen hat keinen Wert für die Qualitätsberichterstattung und sorgt für weitere überflüssige Bürokratie.
7. Die Streichung des gesetzlichen Auftrags zur sektorenübergreifenden Veröffentlichung von Qualitätsdaten sowie die fehlende Berücksichtigung der Qualitätsdaten der vertragsärztlichen Versorgung im Transparenzverzeichnis stellt einen schwerwiegenden Rückschritt dar.
8. Die absolute Priorisierung der Arbeiten des IQTIG am Transparenzverzeichnis sowie die Umkehrung der Kompetenzverteilung zwischen IQTIG und G-BA wird negative, behindernde Auswirkungen auf das laufende System der Qualitätssicherung und -verbesserung des G-BA haben.
9. Der Gesetzentwurf ist verfahrenstechnisch widersinnig. Die Grundlage müssen gesetzliche Regelungen im Rahmen der Krankenhausreform bilden, aus denen danach Leistungsgruppen klar definiert werden und abschließend gesicherte Zuweisungen zu den Krankenhäusern durch die Planungsbehörden erfolgen können.
10. Eine aussagekräftige Qualitätstransparenz kann systemkonform und unter Beachtung der Planungshoheit der Länder erreicht werden, indem sämtliche vorhandene Informationen, ergänzt um die im Rahmen der Krankenhausplanung zugeordneten Leistungsgruppen, als leicht verständliche Gesundheitsinformationen aufgearbeitet und dargestellt werden. Dafür sollten die vom BMG gewünschten zusätzlichen Informationen zu den Leistungsgruppen in die Qualitätsberichte der Krankenhäuser aufgenommen werden. Der G-BA sollte das IQTIG mit der Nachbesserung und Umsetzung des Qualitätsportals bis zum 31.März 2024 beauftragen, den Prozess begleiten und dem IQTIG die erforderliche Unterstützung geben. Wie bereits geplant, ist die Darstellung der Behandlungsqualität in der vertragsärztlichen Versorgung aufgrund der intensiven Bestrebungen einer sektorenübergreifenden Versorgung für eine umfassende Qualitätstransparenz für die Bürgerinnen und Bürger zwingend notwendig.

Inhaltsverzeichnis

Einführung	2
Gesetzentwurf ignoriert und konterkariert die Umsetzung und Zielerreichung der Qualitätsberichterstattung und Transparenz in Deutschland.....	4
Fehlende Berücksichtigung der Qualitätsdaten der vertragsärztlichen Versorgung stellt einen Rückschritt in der Qualitätstransparenz dar	5
Patientennutzen ist nicht erkennbar	6
Krankenhaustransparenzgesetz behindert die Krankenhausplanung durch die Länder.....	6
Zuordnung von Personal zu Leistungsgruppen stellt einen Eingriff in die Krankenhausorganisation dar	8
Interpretierbarkeit der Personalangaben durch Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellen.....	8
Personalbenchmarking über Perzentile nicht sachgerecht.....	9
Krankenhaustransparenzgesetz setzt falsche Anreize, hemmt medizinischen Fortschritt und gefährdet die flächendeckende Versorgung	10
Faire und sachgerechte Berichterstattung muss Grundvoraussetzung sein....	11
Die Einführung neuer Übermittlungspflichten ohne die Streichung alter erzeugt Bürokratie	12
Umkehrung der Kompetenzverteilung zwischen IQTIG und G-BA hat negative, behindernde Auswirkungen auf das System der Qualitätssicherung und -verbesserung	13
Die „besondere Geeignetheit des IQTIG“ ist nicht erkennbar	15
Haftungsrisiken bei Fehlern des IQTIG ungeklärt	16
Datenschutzrechtliche Vorgaben statuieren und Datenkatalog abschließend definieren	16
Vorschlag der DKG – patientenorientiert und sektorenübergreifend.....	17
Conclusio	18

Einführung

Mit dem Ziel, eine laienverständliche Übersicht zur Qualität der Krankenhausbehandlung zur Verfügung zu stellen, um qualitätsorientierte Auswahlentscheidungen der Patientinnen und Patienten zu fördern, soll mit dem Krankenhaustransparenzgesetz das bisherige System von Qualität und Transparenz im Krankenhausbereich angepasst werden. Zu diesem Zweck sollen Daten über das Leistungsangebot des Versorgungsgeschehens öffentlich zugänglich gemacht werden. Hierzu soll das Leistungsangebot am einzelnen Krankenhausstandort differenziert nach den 65 Leistungsgruppen dargestellt werden, die im Eckpunktepapier zur Krankenhausreform vom 10. Juli 2023 vereinbart wurden. Ausgehend von der Leistungsgruppenzuordnung wird jeder Krankenhausstandort einer bundeseinheitlichen Versorgungsstufe (Level) zugeordnet. Dies soll aus Sicht des Gesetzgebers den Patientinnen und Patienten die Auswahl des für ihre Bedürfnisse am besten geeigneten Krankenhausstandortes ermöglichen und die Qualität der Krankenhausbehandlung steigern.

Die Krankenhäuser haben bisherige Gesetzesinitiativen zur Qualitätsberichterstattung und Transparenz sehr begrüßt und aktiv unterstützt. Seit Jahren vertreten die Krankenhäuser die Position¹, dass alle vorliegenden Daten über die Qualität der Versorgung zeitnah und in verständlicher Form veröffentlicht werden müssen. Vollständige Transparenz über die Qualität der Gesundheitsversorgung stärkt die Patientenautonomie und das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger in das Gesundheitssystem. Gleichzeitig wird die Qualität der medizinischen Versorgung durch einen Qualitätswettbewerb zwischen den Leistungserbringern verbessert.

Die Krankenhäuser sind seit Jahren Vorreiter der Qualitätsberichterstattung und veröffentlichen über die strukturierten Qualitätsberichte gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V umfangreiche Daten zu ihren Strukturen, einschließlich der Fachabteilungen und der Anzahl des ärztlichen und pflegerischen Personals, zu ihrem Leistungsspektrum in Form von Art und Anzahl der behandelten Diagnosen und der medizinischen-pflegerischen Behandlungen/Eingriffe sowie zur Prozess- und Ergebnisqualität. Kein anderer Sektor des deutschen Gesundheitssystems schafft diesen Grad der Transparenz. Auf Grundlage der Daten aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser ermöglichen zahlreiche Anbieter auf Internetportalen den Bürgerinnen und Bürgern, sich über ihre Behandlung bzw. ihren Eingriff umfangreich, detailliert, einrichtungsbezogen und vergleichend sowie zunehmend auch in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu informieren, z. B. unter

- www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Landeskrankenhausgesellschaften

¹ Qualität und Patientensicherheit. Position der Deutschen Krankenhausgesellschaft 2019 <https://www.dkgev.de/themen/qualitaet-hygiene-sicherheit/die-positionen/>

- www.gesund.bund.de/service/krankenhaussuche des Bundesministeriums für Gesundheit
- <https://qb-referenzdatenbank.g-ba.de/> Referenzdatenbank der Qualitätsberichte der Krankenhäuser
- www.weisse-liste.de der Bertelsmann Stiftung in Kooperation mit Patientenorganisationen
- www.vdek-kliniklotse.de des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek)

sowie in den Informationsportalen zahlreicher Krankenkassen, wie zum Beispiel:

- www.aok.de/krankenhaussuche im Gesundheitsnavigator der AOK
- www.barmer-kliniksuche.de der BARMER
- www.bkk-klinikfinder.de der Betriebskrankenkassen
- www.dak-klinikfinder.de der DAK-Gesundheit
- www.hkk-krankenhauslotse.de der hkk
- <https://klinikfinder.hek.de/> der HEK - Hanseatischen Krankenkasse
- <https://klinikfuehrer.tk.de/> der Techniker Krankenkasse

Darüber hinaus veröffentlicht der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) für die Bürgerinnen und Bürger beispielsweise Erläuterungen zu den Qualitätsberichten der Krankenhäuser in allgemeinverständlicher Form², ein Glossar zur Qualitätsberichterstattung³ oder auch die Übersetzung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form⁴.

Zudem hat der G-BA das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) am 17. Januar 2019 beauftragt, ein Konzept zur Veröffentlichung von einrichtungsbezogenen vergleichenden risikoadjustierten Übersichten über die Qualität in den maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung gemäß § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 SGB V zu entwickeln und den Abschlussbericht bis zum 31. Dezember 2020 vorzulegen. Die Abgabe dieses Berichts durch das IQTIG verzögerte sich schließlich um fast ein Jahr auf den 15. November 2021⁵. Die schließlich vorgelegte Entwicklungsleistung des IQTIG weist jedoch wissenschaftliche Mängel auf und muss daher überarbeitet werden. Ein hoher Qualitätsanspruch muss auch für das Informationsportal selbst gelten. Die Krankenhäuser haben deshalb vorgeschlagen, das IQTIG mit der Überarbeitung und Umsetzung des Konzepts bis zum 31. März 2024 zu beauftragen. Der Vorschlag sollte im G-BA im September 2023 beraten werden.

² https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4123/2016-06-16_Erlaeuterung-Qb-R_Langfassung.pdf

³ https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4124/2016-06-16_Erlaeuterung-Qb-R_Glossar.pdf

⁴ https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5485/2023-04-20_Qb-R_Anlage_Berichtsjahr-2021_Anhang-3.pdf

⁵ Vorlage des Schreibens des IQTIG zur Information über die Fristverzögerungen in öffentlicher Sitzung des Plenums am 16.07.2020.

Gesetzentwurf ignoriert und konterkariert die Umsetzung und Zielerreichung der Qualitätsberichterstattung und Transparenz in Deutschland

Vor dem Hintergrund der beispielhaft dargestellten Aktivitäten zur Qualitätsberichterstattung und Transparenz verwundert der vorliegende Entwurf des Krankenhaustransparenzgesetzes. Dieser nimmt die bereits weit fortgeschrittene Umsetzung der transparenten Qualitätsberichterstattung der Krankenhäuser nicht zur Kenntnis. Die Erreichung der durch den Gesetzentwurf angestrebten Ziele – die Veröffentlichung der Qualitätsdaten „*in übersichtlicher Form und allgemeinverständlicher Sprache*“, so dass sich Patientinnen und Patienten darüber informieren können, „*welches Krankenhaus welche Leistung mit welcher Qualität anbietet*“ - erfolgt bereits. Mit Ausnahme der Darstellung nach Leistungsgruppen und Leveln werden alle für das Transparenzverzeichnis vorgesehenen Informationen bereits auf Basis der Daten aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht. Vielmehr stellt der Gesetzentwurf sogar eine Einschränkung dar: Bisher werden – mit wenigen Ausnahmen etwa bei Einschränkung der Aussagekraft oder ungenügender Datenqualität – grundsätzlich alle Daten der externen stationären Qualitätssicherung veröffentlicht.

Im Gegensatz dazu werden im Gesetzentwurf die Qualitätsinformationen aus der gesetzlichen datengestützten Qualitätssicherung, die im Transparenzregister gelistet werden sollen, mit „*patientenrelevanten Ergebnissen aus Qualitätssicherungsverfahren nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1*“ wenig präzise beschrieben. In der Begründung ist nur noch von „Daten“ die Rede. Das IQTIG soll „*den Fokus auf wesentliche, für Patientinnen und Patienten relevante Endpunkte wie Komplikationen und Mortalität*“ legen – und somit weniger Daten veröffentlichen, als bereits üblich.

Mehr noch: Hinsichtlich der vorgesehenen Ergänzung des § 299 Absatz 3 SGB V, in der das IQTIG als unabhängige Stelle für Auswertungen der datengestützten Qualitätssicherung festgelegt wird, ist zu beachten, dass neben der Bundesauswertungsstelle (§ 10 Absatz 2 DeQS-RL) auch unabhängige Auswertungsstellen auf Landesebene vorgesehen werden können⁶. Diese Auswertungsstellen haben eine wichtige unterstützende Rolle bei den indirekten QS-Verfahren. Insbesondere im Zusammenhang mit den Nutzungsmöglichkeiten der mandantenfähigen Datenbank⁷ ist die Existenz der Auswertungsstellen auf Landesebene von besonderer Relevanz. Der Wortlaut des Gesetzentwurfes zur Festsetzung des IQTIG als Bundesauswertungsstelle lässt offen, ob damit sogar die Grundlagen zur Existenz weiterer Auswertungsstellen in der datengestützten Qualitätssicherung aufgehoben werden sollen.

⁶ vgl. § 1 Absatz 7 Satz 1 Nummer 2 a DeQS-RL, § 6 Absatz 2 DeQS-RL, § 6 Absatz 2 der Anlage zu Teil 1 DeQS-RL
⁷ gemäß § 6 Satz 5ff. der Anlage zu Teil 1 DeQS-RL

Insofern stellt sich sehr ernsthaft die Frage, ob und was der Gesetzentwurf an Neu- oder Weiterentwicklung bietet. Er ist inhaltlich nicht stimmig und betreibt mit diesen Einschränkungen im Bereich der Qualitätstransparenz einen Etikettenschwindel.

Fehlende Berücksichtigung der Qualitätsdaten der vertragsärztlichen Versorgung stellt einen Rückschritt in der Qualitätstransparenz dar

Durch den Gesetzentwurf soll der gesetzliche Auftrag gemäß § 136a Absatz 6 SGB V aufgehoben werden. Nach diesem Auftrag sollten erstmalig Qualitätsdaten der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und zugelassenen Krankenhäuser einrichtungsbezogen und vergleichend veröffentlicht werden. Dieser gesetzliche Auftrag stellt eine besondere Chance zur Transparenz über die einrichtungsbezogene Qualität der vertragsärztlichen Versorgung dar, die nun wieder gestrichen werden soll. Sämtliche Vorarbeiten des G-BA sollen nun nicht weitergeführt werden.

Darüber hinaus fehlt jede Berücksichtigung von Qualitätsdaten aus dem vertragsärztlichen Bereich im geplanten Transparenzverzeichnis, obwohl der G-BA hierzu viele Daten erhebt. Hierzu heißt es in der Gesetzesbegründung nur: *„Perspektivisch sollen auch Qualitätsvergleiche bei an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern ermöglicht werden“*. Damit stellt der geplante Gesetzentwurf keine Weiterentwicklung der Qualitätstransparenz, sondern, im Gegenteil, einen Rückschritt und eine Reduktion der Qualitätstransparenz dar. *„Da ist es problematisch, wenn wir sagen, diese Daten bekommt der Bürger nicht.“*⁸ Es ist aus Patientenperspektive nicht nachvollziehbar, warum über die Erbringung und Qualität einer Leistung durch ein Krankenhaus hohe Transparenz besteht – über die Erbringung derselben Leistung durch eine niedergelassene Ärztin oder einen niedergelassenen Arzt jedoch keine. Dies ist auch gerade aufgrund der angestrebten weiteren Ambulantisierung von Krankenhausleistungen und dem Bestreben nach einer sektorenübergreifenden Versorgung nicht verständlich.

⁸ Zitat des Bundesgesundheitsministers vom 29.06.2023: <https://www.zdf.de/nachrichten/politik/lauterbach-klinik-reform-streit-laenderchefs-100.html>, zuletzt aufgerufen am 21.08.2023.

Patientennutzen ist nicht erkennbar

Bürgerinnen und Bürgern sollten die vollständigen Daten der Qualitätsberichtserstattung zur Verfügung stehen, um sich ein möglichst vollständiges Bild von der Qualität der einzelnen Krankenhäuser machen zu können. Aus diesem Grund ist nicht nachvollziehbar, warum der Gesetzentwurf die zu veröffentlichenden Qualitätsdaten mit einem „*Fokus auf wesentliche, für Patientinnen und Patienten relevante Endpunkte wie Komplikationen und Mortalität*“ einschränkt. Mit dem im Jahr 2013 verabschiedeten Patientenrechtegesetz (PatRG) wurde ein Recht auf verlässliche Informationen verankert. Der vorliegende Gesetzentwurf bleibt weit hinter dem Ansatz der informierten Entscheidungsfindung zurück. Dabei ist nicht beabsichtigt, Patientinnen und Patienten willkürlich vorzuschreiben, was sie für eine qualitätsorientierte Entscheidung benötigen, wie etwa die Zuschreibung zu Leveln oder die Einschränkung auf Komplikationen und Mortalität. Es geht vielmehr darum, sämtliche vorhandene Qualitätsinformationen geeignet aufzubereiten und darzustellen, sodass den Patientinnen und Patienten eine qualitätsorientierte Entscheidung ermöglicht wird. All diese Informationen liegen für den stationären Bereich im Qualitätsbericht der Krankenhäuser bereits vor. Die bisherigen Entwicklungen des IQTIG zum Qualitätsportal lassen jedoch eine wissenschaftsbasierte und zugleich leicht verständliche Information vermissen. Statt den Patientennutzen durch eine Einschränkung auf vermeintlich patientenrelevante Endpunkte zu reduzieren, sollte die Darstellung der vorhandenen Qualitätsinformationen weiterentwickelt werden, sodass die Patientensouveränität und -autonomie weiter gesteigert und das Vertrauen in das Gesundheitssystem weiter unterstützt wird.

Krankenhaustransparenzgesetz behindert die Krankenhausplanung durch die Länder

In der Präambel des Eckpunktepapiers zur Krankenhausreform vom 10. Juli 2023 haben sich Bund und Länder darauf verständigt, dass die Krankenhäuser künftig eine Vorhaltevergütung für Leistungsgruppen erhalten sollen. Die Leistungsgruppen werden ihnen durch die Planungsbehörde der Länder zugewiesen. Weiter wird darin ausgeführt, dass die Erreichung dieser Reformziele im bestehenden verfassungsrechtlichen Rahmen erfolgen soll, also die Zuständigkeit für die Krankenhausplanung ausschließlich bei den Ländern verbleibt. Diese Übereinkunft von Bund und Ländern wird mit dem vorliegenden Gesetzentwurf vollständig konterkariert und aufgekündigt.

Um die vom Bund geplante Veröffentlichung zum Leistungsangebot nach Leistungsgruppen und der Zuordnung zu Versorgungsstufen (Leveln) durchzuführen, ist eine Zuordnung jedes einzelnen stationären Behandlungsfalls im Krankenhaus zu einer der 65 Leistungsgruppen

notwendig. Dieses Vorhaben erfordert aber – trotz der Unklarheiten zur Operationalisierung beispielsweise der Leistungsgruppe Notfallmedizin – eine Gruppierung der Fälle anhand der ICD- und OPS-Systematik. Diese Einteilung muss das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) vor der Veröffentlichung am 1. April 2024 durchgeführt haben. Bis dahin wird keine Festlegung durch die jeweilige Planungsbehörde erfolgen können. Dies widerspricht der zwischen Bund und Ländern konsentierten Vorgehensweise und umgeht die Landesplanungshoheit der Länder.

Darüber hinaus sah das Eckpunktepapier noch Spielraum für die Länder bei der Zuordnung von Leistungsgruppen vor. Vor dem Hintergrund der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung müssen Möglichkeiten existieren, von der einheitlichen, bundesweiten Einteilung der Leistungsgruppen aufgrund eines besonderen Versorgungsbedarfs des Bundeslandes abzuweichen. Dies kann nur die Landesplanungsbehörde vor Ort sinnvoll bewerten. Dieses wichtige Planungsinstrument ist im Gesetzentwurf jedoch nicht vorgesehen.

Weiterhin gibt der Gesetzgeber mit dem Krankenhaustransparenzgesetz eine Einteilung für jeden Krankenhausstandort in seine Versorgungsstufe (Level) auf Basis der Anzahl der Leistungsgruppen vor. Damit soll laut Gesetzentwurf eine *„niedrigschwellige Einschätzung dazu ermöglicht werden, wie das Leistungsspektrum am jeweiligen Krankenhausstandort grundsätzlich einzuordnen ist“* („eher komplexe Eingriffe“ oder „Grund- und Regelversorgung“). Mit diesen Vorfestlegungen werden die Krankenhausstandorte bundesweit einheitlich in Versorgungsstufen (Level) eingeteilt, an denen sich sowohl die Krankenhausplanung als auch die Krankenhäuser zukünftig – vollkommen losgelöst von medizinischen Versorgungsbedarf in der Region – orientieren werden. Die im Gesetzentwurf definierten Level bilden keine reale Versorgungsstruktur ab, sondern stellen ein rein theoretisches Modell oder eine Fiktion dar. Eine auf dieses Modell oder diese Fiktion bezogene Qualitätsdarstellung wird die Bürgerinnen und Bürger nicht informieren, sondern verwirren sowie zu Desinformation und Fehlschlüssen führen. Der suggerierte Zusammenhang zwischen der Anzahl der Leistungsgruppen in einem Krankenhaus und der Qualität der Behandlung ist nicht plausibel und in keiner Weise evidenzbasiert.

Im Vergleich zu dem System aus Nordrhein-Westfalen sollen fünf weitere Leistungsgruppen eingeführt werden. Diese Leistungsgruppen entsprechen denjenigen, welche zuvor im finalen Eckpunktepapier genannt wurden, ohne diese jedoch weiter inhaltlich zu spezifizieren. Da noch nicht bekannt ist, inwieweit die Definitionen der Leistungsgruppen aus Nordrhein-Westfalen im Einzelnen übernommen werden, bleibt offen, wie die neuen Leistungsgruppen in die bestehende Systematik eingegliedert werden sollen. Insbesondere die Abgrenzung von den allgemeinen Leistungsgruppen in den maßgeblichen Bereichen Innere Medizin, Chirurgie und Kinder- und Jugendmedizin wirft dabei Fragen auf. Ohne entsprechende Angaben wird

eine Zuordnung von Behandlungsfällen zu den jeweiligen Leistungsgruppen und letztendlich auch deren Planung nicht möglich sein. Hier ist dringend angezeigt, zunächst die Entwicklung der Strukturen und Prozesse der Krankenhausversorgung abzuwarten und erst anschließend Transparenz über das tatsächliche Krankenhausversorgungssystem herzustellen.

Zuordnung von Personal zu Leistungsgruppen stellt einen Eingriff in die Krankenhausorganisation dar

Absolut problematisch und nicht realistisch ist die geplante kleinteilige Darstellung des ärztlichen und pflegerischen Personals auf die Leistungsgruppen. Diese Darstellung setzt eine Zuordnung voraus, die in der Realität nicht existiert. Pflegerisches und weiteres medizinisches Personal in den Krankenhäusern arbeitet in den meisten Bereichen in Fachabteilungen und ist nicht bestimmten Leistungsgruppen zugeordnet. Ärztinnen und Ärzte lassen sich in den Krankenhäusern noch viel weniger einzelnen Stationen zuordnen. Sie sind täglich auf mehreren Stationen (auch Intensivstationen), im OP, für Konsile, für ambulante Tätigkeiten, für vor- und nachstationäre Leistungen, in Besprechungen, administrativen Angelegenheiten oder in Funktionsbereichen tätig. Eine Zuordnung bspw. des leistungsgruppenübergreifend tätigen Personals der orthopädischen Fachabteilungen zu den Leistungsgruppen „Endoprothetik Knie“ und „Revision Knieendoprothese“ wäre künstlich, willkürlich und ohne Wert für die Qualitätsinformation. Moderne Formen der interdisziplinären Zusammenarbeit, bei der die Teamarbeit verschiedener Berufsgruppen und medizinischen Fachdisziplinen zentral ist, würden durch die Darstellung dieser artifiziellen Zuordnung behindert werden.

Interpretierbarkeit der Personalangaben durch Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellen

Vor diesem Hintergrund haben die Krankenhäuser bereits mehrfach darauf hingewiesen, dass ein flexibler Personaleinsatz, der zu einem bedarfsgerechten Einsatz von Fachkräften in der Patientenversorgung führt, notwendig ist. Leistungsgruppen wurden ursprünglich als Instrument der länderspezifischen Krankenhausplanung mit dem Ziel der Sicherstellung einer flächendeckenden und zugleich konzentrierten medizinischen Versorgung der Bevölkerung eingeführt. Diese Funktion wird jedoch durch das Krankenhaustransparenzgesetz zweckentfremdet. Leistungsgruppen sind keine geeignete, geschweige denn in irgendeinem Krankenhaus tatsächlich angewendete Planungsgröße für den Personaleinsatz. Die Systematik der Leistungsgruppen ist nicht dafür gedacht, medizinische Behandlungsspektren umfassend abzubilden. Aktuell gibt es keine Evidenz dafür, dass Personal mit Hilfe von Leistungsgruppen effektiv den medizinischen Bedarfen der Patientinnen und Patienten zugeordnet werden

kann. Der Personaleinsatz im Krankenhaus ist prozessgebunden und patientenzentriert. Im Krankenhaus arbeitet das medizinische, pflegerische und therapeutische Personal entsprechend dem Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten. Hierbei ist die leistungsgruppenübergreifende Planung Standard. Diese erfolgt vor allem nach Prozessplanungen, Standard Operating Procedures, Fachabteilungen und Weiterbildungsordnungen, aber auch interdisziplinär. In Bezug auf die Leistungsgruppen würde dies bedeuten, alle diese Vorgehensweisen in einem bürokratisch und digital aufwändigen sowie stark fehlerbehafteten Mappingprozess den Leistungsgruppen retrograd zuzuordnen und dies jeweils quartalsweise aufzubereiten. Dies ist nicht sachgerecht sowie nur höchst kleinteilig, hochgradig bürokratisch und unpräzise realisierbar. Diese Daten müssten zudem erfasst, in der geforderten (bisher unbekannt) Datenstruktur aufbereitet und übermittelt werden. Der damit verbundene Aufwand wird in der Gesetzesbegründung maßlos unterschätzt.

Solch ein Ansatz wirft darüber hinaus viele Fragen auf, die vermutlich aufgrund fehlender wissenschaftlicher Grundlagen sehr heterogen und losgelöst von der praktischen Realität beantwortet werden müssten. Dies würde erhebliche Kapazitäten des medizinischen Personals binden, welches sich mit medizinisch-prozessualen Fragestellungen befassen müsste. Diese Zeit fehlt dann in der direkten Patientenversorgung.

Es ist zudem unwahrscheinlich, dass die aktuell geplante Zuordnung von Personal zu Leistungsgruppen zielführende Ergebnisse in Bezug auf die Bewertung der personellen Ausstattungsqualität liefern wird. Das Ergebnis, welches sowohl aufgrund von unterschiedlich verfügbarem Personal als auch der Planung einzelner Eingriffe starken Schwankungen in der Aussagekraft unterliegt, könnte von Patientinnen und Patienten nicht sicher interpretiert werden. Es ist zu befürchten, dass sowohl Patientinnen und Patienten als auch Fachleute aufgrund dieser Komplexität Schwierigkeiten haben werden, die Angaben zur Personalausstattung im Sinne der Auswahl eines passenden Versorgungsangebotes zu interpretieren. Dies wird letztlich nur zu noch mehr Bürokratie im Krankenhaus ohne Mehrwert für die Patientinnen und Patienten führen.

Personalbenchmarking über Perzentile nicht sachgerecht

Zusätzlich zu den Zuordnungsproblemen von Fachpersonal in die bisher unbekannt Leistungsgruppen berücksichtigt ein Reporting allein über Ausstattungszahlen je Leistungsgruppen nicht den Effizienzgrad und die digitale Arbeitsqualität einer Organisation. Zudem wird auch der gelebte interprofessionelle Qualifikationsmix, z. B. mit Personal, das zur Entlastung der Pflege eingesetzt und nicht erfasst wird, nicht beachtet. Daher werden die

Ergebnisse deutlich verzerrt ausfallen. Die Einschränkung des ärztlichen Personals auf die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen führt zu einer künstlichen Trennung des Ärztlichen Dienstes und ist daher weder sachgerecht noch sinnvoll umsetzbar. Insbesondere in den operativ-chirurgischen Leistungsgruppen wird dies zu erheblichen Verzerrungen führen, wenn im OP tätige Ärztinnen und Ärzte nicht berücksichtigt werden. Dabei ist gerade in diesen Bereichen Erfahrung und Kompetenz der Ärztinnen und Ärzte entscheidend für eine erfolgreiche Behandlung. Die Berücksichtigung von ärztlichem Personal in Weiterbildung ist grundsätzlich sinnvoll, allerdings sagt der absolute Anteil nichts über die medizinische Leistungsfähigkeit dieser Fachkräfte aus, insbesondere bei adäquater fachärztlicher Anleitung. Es könnte hier ein Fehlanreiz gegen den Einsatz von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung und deren Ausbildung gesetzt werden. Darüber hinaus soll nunmehr auch eine Zuordnung der jeweiligen Weiterbildungsgebiete der Ärztinnen und Ärzte erfolgen. Die in einem Krankenhaus angebotenen und durchgeführten Weiterbildungsgebiete bestimmen sich alleine durch die Weiterbildungsbefugnisse der leitenden Ärztinnen und Ärzte, die im Übrigen von den Ärztekammern festgelegt und auch veröffentlicht werden. In einigen Fachgebieten wie der Allgemeinmedizin müssen zudem verschiedene Fachgebiete absolviert werden. Diese Vorgabe führt zu zusätzlicher Dokumentation ohne Nutzen für die Patientinnen und Patienten, da diese auch durch diese Information de facto keine Schlussfolgerung im Hinblick auf die Patientenversorgung treffen können. In der Leistungsgruppe Intensivmedizin wird dies besonders deutlich: ein Großteil der Facharztweiterbildungen sieht einen mindestens 6-monatigen Einsatz in der Intensivmedizin vor. Es stellt sich daher die Frage, welche Aussagekraft die Angabe der Weiterbildungsgebiete dann eigentlich hat.

Krankenhaustransparenzgesetz setzt falsche Anreize, hemmt medizinischen Fortschritt und gefährdet die flächendeckende Versorgung

Der Grundgedanke des Gesetzentwurfs, über definierte Mindestanzahlen bestimmter Leistungsgruppen Krankenhäuser in Level einzuteilen, führt absehbar zu ungewollten Entwicklungen in der Krankenhausversorgung. Für den medizinischen Fortschritt wirken starre Vorgaben und ein enges regulatives Korsett hemmend. Große Innovationssprünge hat es in der Geschichte insbesondere dann gegeben, wenn die Kreativität Einzelner auf flexible oder wenig regulierte Rahmenbedingungen getroffen sind. Insofern bremsen diese Vorgaben die Entwicklung fortschrittlicher Methoden, moderner Versorgungsstrukturen und auch die Qualitätsentwicklung in den Krankenhäusern. Einrichtungsübergreifende Konsile, interdisziplinäre Fallkonferenzen, moderne telemedizinische Versorgungskonzepte bilden die Leistungsgruppen und die geplante Personalzuordnung nicht ab.

Durch die Definition einer Mindestanzahl bestimmter Leistungsgruppen für das Erreichen einer Versorgungsstufe werden darüber hinaus sowohl auf Seiten der Patientinnen und Patienten, des Personals und daraus folgend auch der Krankenhäuser selbst absehbar fatale Anreize gesetzt. Patientinnen und Patienten wird suggeriert, dass wirklich gute Behandlungsqualität – vollkommen unabhängig davon, ob es sich um einen hoch- oder weniger komplexen Eingriff handelt – nur in Level II- und III-Kliniken erbracht werden kann. Aus diesem Grund werden Patientinnen und Patienten auch für einfache Behandlungen, die in kleinen, grundversorgenden Krankenhäusern qualitativ hochwertig erbracht werden, eher Kliniken höherer Versorgungsstufen aufsuchen. Langfristig werden somit Krankenhäuser hoher Versorgungsstufen mit einer hohen Patientenanzahl konfrontiert, der sie weder organisatorisch noch infrastrukturell gewachsen sind. Für Krankenhäuser der Level II und III bleibt dann nur ein kleines Behandlungsspektrum übrig, was auch zu Personalbindungsproblemen führt. Hervorragend qualifiziertes medizinisches Personal, das an einem vielfältigen Arbeitsalltag mit verschiedenen Herausforderungen interessiert ist, wird vor diesem Hintergrund nur Level II- und III-Krankenhäuser als Arbeitgeber in Betracht ziehen. Gleiches gilt für Auszubildende und Studierende, die ein breites Leistungsspektrum für eine solide Berufsausbildung benötigen. Zugleich wird es für Krankenhäuser mit niedrigen Versorgungsstufen, insbesondere in strukturschwachen und ländlichen Gebieten, nur noch schwer möglich sein, ausreichend Personal zu finden, um die medizinische Versorgung in der Fläche mit einem hohen Qualitätsanspruch aufrecht zu erhalten. Es bleibt Krankenhäusern niedriger Versorgungsstufen überhaupt keine andere Wahl, als sich auf wenige Leistungsgruppen zu spezialisieren und sich zu Fachkliniken weiterzuentwickeln. Folglich bleibt die Grundversorgung auf der Strecke. Damit ist die flächendeckende Versorgung in Deutschland existenziell bedroht.

Faire und sachgerechte Berichterstattung muss Grundvoraussetzung sein

Qualitätsberichterstattungen haben eine steuernde Wirkung auf die Patientinnen und Patienten und setzen zudem Anreize im System. Daher ist eine faire und sachgerechte Berichterstattung insbesondere zur Ergebnisqualität entscheidende Grundvoraussetzung, um negative Folgen der Qualitätsberichterstattung zu verhindern. Fair und sachgerecht bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Ergebnisqualitätsdaten so weit wie möglich risikoadjustiert werden, ein rechnerisch auffälliges Ergebnis immer über ein qualitatives Verfahren zur Qualitätsbeurteilung (z. B. strukturierter Dialog, Stellungnahmeverfahren) validiert wird und ausführliche Erläuterungen und Erklärungen zur Vermeidung von Fehlinterpretationen zur Verfügung gestellt werden. Die letzten beiden Punkte sind für das Transparenzverzeichnis aktuell nicht vorgesehen. Insbesondere der strukturierte Dialog/das Stellungnahmeverfahren

ist ein zentrales und zwingend erforderliches Element der sachgerechten Qualitätsbeurteilung sowie Qualitätsförderung und -verbesserung und muss immer mitveröffentlicht werden. Dabei treten Fachleute mit den Krankenhäusern in einen Dialog, um herauszufinden, ob rechnerisch auffällige Ergebnisse tatsächlich auf Qualitätsmängel zurückzuführen sind. Werden Qualitätsdefizite festgestellt, sind im Anschluss verschiedene Maßnahmen möglich, um die Krankenhäuser zu unterstützen, die Qualität zu verbessern. Aber auch die bisher rudimentäre Risikoadjustierung der Ergebnisqualitätsdaten ist vom IQTIG noch nicht verbessert worden und soll nun im Transparenzverzeichnis für sachgerechte Vergleiche ausreichen. Dies wird negative Auswirkungen haben. Es ist wichtig, dass die Ärztinnen und Ärzte geschützt werden, die sich um Patientinnen und Patienten mit hohen Risiken bemühen, die wegen ihres Risikoprofils z. B. höhere Komplikationsraten aufweisen. Dennoch erhalten diese Patientinnen und Patienten dort die bestmögliche Versorgung. Besondere Risikokonstellationen müssen durch die Darstellung der Ergebnisse eines strukturierten Dialogs oder eines Stellungnahmeverfahrens ausreichend berücksichtigt werden, um eine Fehlsteuerung zu verhindern.

Die Einführung neuer Übermittlungspflichten ohne die Streichung alter erzeugt Bürokratie

Der Gesetzentwurf enthält neue Übermittlungspflichten der Krankenhäuser zu der personellen Ausstattung der einzelnen Leistungsgruppen und Fachabteilungen. Die quartalsweise Lieferung der zugeordneten Daten stellt Bürokratie in reiner Form dar. Gleichzeitig wird mit dem Entwurf auch eine Doppelübermittlung geplant, da der gesetzliche Auftrag zur Darstellung von „Maßzahlen der Personalausstattung in den Fachabteilungen des jeweiligen Krankenhauses“ gemäß § 136b Absatz 6 Satz 5 SGB V erhalten bleibt. Auch die weiteren vorgesehenen zentralen Inhalte des Transparenzverzeichnisses (die erbrachten Leistungen mit ihrer Fallzahl und die Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsverfahren nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V) sind bereits gemäß dem gesetzlichen Auftrag zu den Qualitätsberichten der Krankenhäuser darzustellen. Diese Doppelübermittlung und Darstellung widerspricht der im Koalitionsvertrag festgelegten Überprüfung des SGB V auf überholte Dokumentationspflichten und dem Ziel des Bürokratieabbaus sowie der allgemein gültigen „one-in-one-out“-Regelung.

Die zusätzlich zu übermittelnden Strukturdaten zum ärztlichen Personal je Standort und Leistungsgruppe sowie zu den am jeweiligen Standort erbrachten Leistungsgruppen führen zu einem erhöhten bürokratischen Aufwand bei der Datenübermittlung. Zum einen sollte in diesem Kontext klargestellt werden, dass die Datenübermittlung nicht auf „maschinenlesbaren Datenträgern“ erfolgt, sondern die Meldung über das de facto genutzte

und etablierte InEK-Datenportal gemeint ist. Darüber hinaus ist bei der Erweiterung von zu meldenden Struktur- oder Leistungsdaten nach § 21 Absatz 2 KHEntgG darauf zu achten, dass die damit verbundenen zusätzlichen Dokumentations- und Übermittlungspflichten im Rahmen der näheren Ausgestaltung durch die Datenstelle möglichst schlank gehalten werden.

Weiterhin ist weder ersichtlich noch begründet, warum die entsprechenden Meldungen quartalsweise erfolgen sollen. Dies impliziert die Annahme, dass es quartalsweise signifikante Schwankungen im ärztlichen Personalstamm und in den Leistungsgruppen gibt, die zudem indikativ für die Behandlungsqualität sind. Für diese Annahme werden jedoch keinerlei Anhaltspunkte angeführt. Andere Maßnahmen der externen Qualitätssicherung, wie z. B. die Qualitätsberichte nach § 136b SGB V, beruhen auf einem jährlichen Dokumentationsturnus. Ein Gleichlauf mit den üblichen Meldungen der Strukturdaten nach § 21 Abs. 2 Nr. 1 KHEntgG wäre deutlich ressourcenschonender. In der Begründung wird lediglich darauf hingewiesen, dass der geplante Veröffentlichungstermin des Transparenzverzeichnisses der 1. April 2024 ist und somit die erste Meldung zum 15. Januar 2024 erfolgen muss. Angesichts der in der Formulierungshilfe vorgesehenen zahlreichen arbeitsintensiven Prozessschritte erscheint dieses Zieldatum ohnehin unrealistisch. Bis dahin müsste 1. die vorläufige Zuordnung der Leistungsgruppen zu den Fällen durch das InEK erfolgt sein (auf Basis der Leistungsmeldung des Vorjahres und aller Voraussicht nach ohne Vorhandensein eines Leistungsgruppen-Groupers), 2. das mögliche Widerspruchsverfahren abgeschlossen sein und 3. die dann einzeln konsentierten Leistungsgruppen auf die ärztlichen Vollzeitäquivalente aufgeschlüsselt werden. Der letzte Schritt ist besonders unrealistisch, da die Zuordnung von Grund auf neu erfolgen muss und, wie oben ausgeführt, einen überbordenden internen Abstimmungsbedarf erfordert. Eine Meldung bis zum 15. Januar 2024 ist angesichts dieser Prozessabfolge nicht haltbar.

Umkehrung der Kompetenzverteilung zwischen IQTIG und G-BA hat negative, behindernde Auswirkungen auf das System der Qualitätssicherung und -verbesserung

Durch den Gesetzentwurf verschafft sich das BMG in fast autokratischer Art und Weise einen Durchgriff auf das IQTIG, bestehende Regelungen des G-BA und der Selbstverwaltung werden ausgehebelt, ohne dass dabei die Stiftungsstruktur, die Verantwortlichkeiten oder Finanzierungsregelungen geändert werden. Das IQTIG wird zu einer Art nachgeordneter Behörde mit direktem Zugriff – anders als ursprünglich mit dem § 137a SGB V intendiert.

Diese umfassende Vereinnahmung des IQTIG durch das BMG im Rahmen der Erstellung des Transparenzverzeichnisses wird strikt abgelehnt.

Das IQTIG ist nach § 137a SGB V ein Institut des G-BA, welcher kraft gesetzlichen Auftrages seinerzeit die das Institut tragende Stiftung errichtet hatte und Stiftungsgeber ist. Das Institut arbeitet im Auftrag des G-BA an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen. Das BMG hat nur ein nachrangiges Recht, das Institut selbst unmittelbar mit Untersuchungen und Handlungsempfehlungen zu beauftragen, jedoch bei ebenfalls gesetzlich verbrieftem Recht des Instituts, entsprechende Aufträge auch abzulehnen, es sei denn das BMG stellt deren Finanzierung selbst sicher. Gleichlautende Regelungen finden sich auch in der Stiftungssatzung des IQTIG.

Zu diesen Grundsätzen stellt der Gesetzentwurf eine klare und im Übrigen auch satzungswidrige Umgehung dar, ohne dass das Ablehnungsrecht des IQTIG gewahrt wird. Vielmehr wird der Eindruck vermittelt, das BMG betreibe die Übernahme des Instituts. Dieser Eindruck verstärkt sich insbesondere vor dem Hintergrund der enthaltenen Verpflichtung, wonach die Aufgaben im Rahmen der Erstellung des Transparenzverzeichnisses vom IQTIG vorrangig seien vor sämtlichen bisherigen Aufgaben des IQTIG, denn dies stellt letztlich eine deutliche Einschränkung der gesetzlich geregelten Beauftragungsmöglichkeiten des G-BA dar.

Hinsichtlich der Finanzierung dieser zusätzlichen Aufgaben auf den Zuschlag nach § 139c SGB V zu verweisen, würde zu einer zweckfremden Mittelverwendung führen, denn diese Mittel dienen kraft gesetzlicher Regelung ausschließlich für die vom G-BA beauftragte Aufgabenerfüllung (§ 137a SGB V).

Dieser Durchgriff wird zudem ungewöhnlich zerstörerische Auswirkungen haben: Insbesondere die absolute Priorisierung der Arbeit am Transparenzverzeichnis vor allen anderen vom G-BA an das IQTIG gegebenen Aufgaben, ohne jede Bereitstellung von zusätzlichen Ressourcen, wird Probleme und Konflikte mit unabsehbaren Folgen verursachen. Die im Selbstverwaltungssystem aufgrund der Interessenskonflikte funktionierende gegenseitige Kontrolle und selbständige Regulation der Zusammenarbeit mit dem IQTIG bleibt zukünftig außen vor. Unter Berücksichtigung der fachlichen Mängel diverser Entwicklungsarbeiten des IQTIG aus den letzten Jahren (s. u.), die insbesondere die fehlende Übertragbarkeit von wissenschaftlich theoretischen Konzepten in die Praxis betrifft, ist die Befürchtung groß, dass das IQTIG nicht in der Lage sein wird, adäquate Lösungen ohne abschließend begutachtendes Gremium präsentieren zu können. Die absolute Entscheidungskompetenz, die der Leitung des IQTIG zur Durchführung der Arbeiten am Transparenzverzeichnis, zur Verwendung der bisher für andere Aufgaben eingesetzten Personals und zur dafür notwendigen Zurückstellung anderer Aufgaben gegeben wird, stellt de facto eine Entmachtung des G-BA als Auftraggeber des IQTIG und eine Umkehrung der Kompetenzen dar. Gerade auch vor dem Hintergrund der Erfahrung, dass das IQTIG über die letzten Jahre mit Nachdruck und kontinuierlich eine Erhöhung des Personalbestands bei

geringfügigem Aufgabenzuwachs gefordert hat, ist davon auszugehen, dass die neue Kompetenzverteilung ausgenutzt wird und weitere Personalforderungen oder die Zurückstellung von zentralen Aufgaben des IQTIG an der Tagesordnung sein werden. Die Arbeit des G-BA im Bereich Qualität der Versorgung, welche maßgeblich von der Zusammenarbeit mit dem IQTIG abhängt, wird damit beeinträchtigt oder sogar unmöglich gemacht. Wichtige Aufgaben, wie beispielsweise die Umsetzung des Beschlusses des G-BA vom 21. April 2022 zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung oder auch die notwendigen Routineaufgaben zur Sicherstellung einer gesetzlichen datengestützten Qualitätssicherung durch das IQTIG, sind so gefährdet.

Die „besondere Geeignetheit des IQTIG“ ist nicht erkennbar

Der Gesetzentwurf stellt das IQTIG aufgrund seiner Erfahrung und Expertise als „besonders geeignet“ für die Übernahme der Umsetzung des Transparenzverzeichnisses dar. Das BMG scheint, trotz Beteiligung in allen Gremien des G-BA und des IQTIG, keine Kenntnis von den Herausforderungen in der Zusammenarbeit mit dem IQTIG genommen zu haben. Dabei weisen die zahlreichen Nichteinhaltungen von Fristen und zu angekündigten Entwicklungsleistungen, die regelmäßig in öffentlicher Sitzung des Plenums des G-BA zur Kenntnis genommen werden, auf qualitativ unzureichende Arbeitsprozesse im IQTIG hin. Schwerwiegender sind jedoch die zahlreichen Entwicklungsleistungen (Abschlussberichte) des IQTIG, die 1. fehlendes Auftragsverständnis deutlich machen und 2. fehlende Umsetzbarkeit in der Praxis sowie 3. wissenschaftliche Mängel aufweisen. Der G-BA hat hierzu kritische Kommentierungen beschlossen und veröffentlicht⁹. Diese Kritik wird von allen Trägerorganisationen und der Patientenvertretung im G-BA gemeinsam getragen. Das macht deutlich, dass diese Kritik eben nicht aus den Interessenunterschieden oder Interessenvertretungsaufgaben dieser Organisationen herrührt, sondern auf der bei allen Trägerorganisationen und der Patientenvertretung im G-BA ebenfalls vorhandenen langjährige Erfahrung und fachlichen Expertise beruht.

Dies zeigt sich besonders im Bericht des IQTIG zum Qualitätsportal, der mit einer Verzögerung von fast einem Jahr vom IQTIG vorgelegt wurde. Zu diesem Bericht besteht dringender fachlicher Überarbeitungsbedarf, der von allen Trägern und der Patientenvertretung des G-BA mitgetragen wird: Insbesondere können die vorgeschlagenen Indizes keine valide Abbildung von Qualität ermöglichen – unabhängig von der Frage, ob eine vorgegebene Informationsaggregation methodisch und ethisch möglich und sinnvoll ist. Zudem können Qualitätsindikatoren nicht als Messinstrumente angesehen werden, sondern sind immer nur

⁹ <https://www.g-ba.de/beschluesse/5091/>, <https://www.g-ba.de/beschluesse/5501/>, <https://www.g-ba.de/beschluesse/5783/> (vgl. jeweils letzten Seiten des Dokuments)

Hinweisgeber, deren Qualitätsaussage nur durch gleichzeitige Abbildung einer qualitativen Bewertung möglich ist. Es liegt auf der Hand, dass ausschließlich qualitativ bewertete Ergebnisse eine Qualitätsaussage darstellen und veröffentlicht werden können. Andernfalls besteht die Gefahr, Falschinformationen über angebliche Qualitätsdefizite einzelner Krankenhäuser in der Öffentlichkeit zu verbreiten. Erfahrungen des letzten Jahrzehnts haben gezeigt, dass auch unter Anwendung von Risikoadjustierung und umfassender statistischer Verfahren ein Qualitätsindikator niemals so ausgestaltet werden kann, dass er ohne eine anschließende qualitative Bewertung eine Qualitätsaussage machen kann.

Dies hat das IQTIG bisher nicht vorgesehen, so dass mit dem vorgeschlagenen Qualitätsportal keine Aussagen über die Feststellung von tatsächlichen Qualitätsdefiziten getroffen werden könnte. Es ist davon auszugehen, dass das IQTIG diese Punkte in dem Transparenzverzeichnis genauso umsetzen wird, wie ursprünglich von ihm für das Qualitätsportal vorgeschlagen. Davon ist insbesondere auszugehen, da die Qualitätsinformationen der datengestützten Qualitätssicherung, die später im Transparenzregister gelistet werden sollen, im Gesetzentwurf wenig präzise beschrieben werden. So ist unklar, welche Qualitätsinformationen das IQTIG veröffentlichen kann und wird.

Haftungsrisiken bei Fehlern des IQTIG ungeklärt

Insbesondere vor dem Hintergrund der neu enthaltenen Verpflichtung des Instituts zur Erklärung der Richtigkeit und Sachlichkeit der an die zu bestimmenden Stelle übermittelten Daten und der hierzu gemäß Gesetzesbegründung von der Institutsleitung zu unterzeichnenden Richtigkeitserklärung, stellt sich die Frage nach den bestehenden Haftungsrisiken, welche in der derzeitigen Gesetzesvorlage bislang gänzlich unbeantwortet bleibt. Somit wäre bislang einerseits denkbar, dass der G-BA als Stiftungsgeber der das IQTIG tragenden Stiftung letztlich die haftende Instanz für fehlerhafte Informationen des IQTIG ist. Gleichmaßen wäre auch denkbar, dass – hierzu wäre jedoch eine gesetzliche Regelung notwendig – das BMG als Auftraggeber hinsichtlich der neu formulierten Aufgaben zum Transparenzverzeichnis haftet.

Datenschutzrechtliche Vorgaben statuieren und Datenkatalog abschließend definieren

Zukünftig sollen dem IQTIG die personen- und einrichtungsbezogenen Daten der Leistungserbringer – zwecks Verarbeitung im Rahmen des Transparenzverzeichnisses – nicht in pseudonymisierter Form, sondern de-pseudonymisiert zur Verfügung stehen.

Im Hinblick auf den besonderen Schutzbedarf der personen- und leistungserbringerbezogenen Daten sind zunächst sowohl die Menge als auch die Verarbeitung dieser Daten auf das zur Durchführung der Umsetzung des Transparenzverzeichnisses unverzichtbare Maß zu beschränken. In diesem Zusammenhang ist zu bemerken, dass § 135d Abs. 3 S. 1 SGB V hinsichtlich der standort-/einrichtungsbezogenen Veröffentlichung einen Katalog an zu veröffentlichenden Daten enthält, der eine „insbesondere“-Regelung beinhaltet. Eine derartige Öffnungsklausel ermangelt der Bestimmtheit. Es bedarf vielmehr eines abschließenden Datenkataloges.

Zudem sind hinsichtlich der durch das IQTIG erfolgenden Verarbeitung datenschutzrechtliche Vorgaben zu statuieren, wonach diese Daten nicht für andere Zwecke verarbeitet werden dürfen und außerdem besonderen Sicherheitsvorkehrungen unterliegen, sei es, dass diese organisatorisch und personell getrennt verarbeitet werden, um Aufgaben- bzw. Datenvermischungen vorzubeugen, usw. Dies muss grundsätzlich für die zu verarbeitenden Daten gelten sowie darüber hinaus insbesondere im Hinblick auf die personenbezogenen Daten, die im Rahmen des Transparenzverzeichnisses nicht im Internet veröffentlicht werden, da die Veröffentlichung ohne Personenbezug erfolgt. Zudem muss dies für die dem IQTIG vorliegenden einrichtungsbezogenen Daten gelten, die nicht im Transparenzverzeichnis veröffentlicht werden, entspricht doch die Anzahl der Daten, die von den Krankenhäusern übermittelt und vom IQTIG verarbeitet wird, nicht der Menge der zu veröffentlichenden Daten.

Vorschlag der DKG – patientenorientiert und sektorenübergreifend

Die vom BMG gewünschten zusätzlichen Informationen zu den Leistungsgruppen sollten zum Zeitpunkt ihrer krankenhauplanerischen Zuweisung durch die Länder in die Qualitätsberichte der Krankenhäuser aufgenommen werden. Der G-BA sollte das IQTIG mit der Nachbesserung und Umsetzung des Qualitätsportals bis zum 31. März 2024 beauftragen, den Prozess begleiten und dem IQTIG die erforderliche Unterstützung geben. Zur Erhöhung der Aktualität der Daten sollten die Qualitätsberichte zukünftig zweizeitig – die Strukturdaten des vergangenen Jahres bereits zu Beginn des darauffolgenden Jahres, die Daten zur datengestützten externen Qualitätssicherung nach Auswertung und Stellungnahmeverfahren später – veröffentlicht werden. Durch die Veröffentlichung von rollierenden Jahresergebnissen könnte ebenfalls eine höhere Aktualität erzielt werden. Vor dem Hintergrund moderner und sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen muss eine umfassende Qualitätstransparenz der Bürgerinnen und Bürger auch die vertragsärztliche Versorgung erfassen. Die Veröffentlichung der Qualitätsdaten der vertragsärztlich oder

vertragszahnärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte sollte wie bisher vorgesehen im Qualitätsportal erfolgen.

Conclusio

Während die Krankenhäuser das im Gesetzentwurf vorgegebene Ziel der Verbesserung der Qualitätsberichterstattung und Erhöhung der Transparenz ausdrücklich unterstützen, lehnen sie das Gesetz in der vorgeschlagenen Form in Gänze ab. Das Gesetz stellt keine Neu- oder Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in Deutschland dar und wird negative, behindernde Auswirkungen auf das bestehende System der Qualitätssicherung und -verbesserung des G-BA haben. Die Vorschläge einer Qualitätsdarstellung bezogen auf fiktive Krankenhausversorgungsstufen stellen eine Zweckentfremdung der Qualitätsberichterstattung sowie einen Eingriff in die Krankenhausplanungshoheit der Länder dar. Patientinnen und Patienten werden durch die neue Darstellungsform nicht in ihren qualitätsorientierten Auswahlentscheidungen gefördert, sondern zielgerichtet in die Irre geführt.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Wegelystraße 3
10623 Berlin

Tel. (030) 3 98 01-0

Fax (030) 3 98 01-3000

E-Mail dkg@mail.dkgev.de



DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

