

## Stellungnahme

der

**Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von  
Menschen mit Behinderung und chronischer  
Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.  
(BAG SELBSTHILFE)**

- zum Entwurf der Fraktionen CDU/CSU und SPD eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz- KHSG) - BT-Drucksache 18/5372
- zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern verbessern - Bedarfsgerechte Personalbemessung gesetzlich regeln“ (BT-Drucksache 18/5369)

- zum Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die GRÜNEN „Gute Versorgung, gute Arbeit - Krankenhäuser zukunftsfest machen“ (BT-Drucksache 18/5381)

**Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 07.09.2015**

Als Dachverband von 121 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen sowie 14 Landesarbeitsgemeinschaften begrüßt die BAG SELBSTHILFE das Anliegen des Gesetzentwurfes,

- die Krankenhausplanung stärker an Kriterien der Qualitätssicherung und der Bedarfsgerechtigkeit zu orientieren.
- Fehlanreize im Vergütungs- und Finanzierungssystem, die einer qualitativ hochwertigen und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung in Deutschland zu widerlaufen, abzubauen.
- Ein Pflegestellenförderprogramm in der stationären Versorgung einzuführen sowie
- die Krankenhausstrukturen auf dem demografischen Wandel in unserer Gesellschaft vorzubereiten.

Die BAG SELBSTHILFE ist jedoch skeptisch, ob das in dem Gesetzentwurf vorgesehene Instrumentarium geeignet ist, den notwendigen planerischen Anforderung gerecht zu werden bzw. auf Vergütungs- und Finanzierungsstrukturen in der Weise einzuwirken, dass die Patientenversorgung tatsächlich verbessert wird.

Die BAG SELBSTHILFE ist auch der Ansicht, dass das Pflegestellen-Förderprogramm nur ein kleiner Baustein sein kann, die Krankenhausstrukturen auf die sich verändernden Bedürfnisse zunehmend älterer und chronisch kranker Patientinnen und Patienten anzupassen. Die BAG SELBSTHILFE vermisst insbesondere die nicht erst seit Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonventionen dringend gebotene Offensive zur Schaffung eines barrierefreien Krankenhauswesens. Angesichts der sich abzeichnenden demographischen Veränderungen ist es aus Sicht der BAG SELBSTHILFE absolut unverständlich, dass dieser Bereich nicht angegangen wird.

Für Menschen mit körperlichen und geistigen Einschränkungen ist die fehlende Barrierefreiheit vieler Krankenhäuser eines der größten Probleme ihres Aufenthaltes. Damit meint die Barrierefreiheit nicht nur den in den Landesbauordnungen geregelten Aspekt der behindertengerechten Zugänglichkeit eines Krankenhauses; dieser ist tatsächlich häufig gewährleistet. Vielmehr fehlen häufig passende Untersu-

chungsmöglichkeiten, Kennzeichnungen für Sehbehinderte sowie barrierefreie Toiletten und Bäder. Auch die Verwendung leichter Sprache für Menschen mit geistiger Behinderung wird noch viel zu selten praktiziert.

In den Qualitätsberichten der Krankenhäuser sind Aspekte der Barrierefreiheit zwar unter dem Punkt Service abgebildet; dies wird der Bedeutung der Barrierefreiheit für die Versorgung von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen jedoch in keiner Weise gerecht. Es wird daher dringend gefordert, den Aspekt der Barrierefreiheit explizit als Qualitätsmerkmal im Gesetz zu verankern. Dies sollte auch vor dem Hintergrund geschehen, dass nunmehr Sanktionen wie Abschläge gesetzlich verankert werden; damit wäre nunmehr erstmals die Möglichkeit gegeben, die fehlende Barrierefreiheit eines Krankenhauses entsprechend zu sanktionieren und damit die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention zu fördern. Dies ist allerdings nur dann möglich, wenn die Barrierefreiheit explizit ein Qualitätsmerkmal eines Krankenhauses ist und nicht nur ein „Serviceangebot“.

Die BAG SELBSTHILFE setzt sich seit Jahren im Rahmen der Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses dafür ein, das defizitäre Hygienemanagement in deutschen Krankenhäusern zu verbessern.

Vor diesem Hintergrund begrüßt die BAG SELBSTHILFE ausdrücklich die Regelungen des § 136a, wonach der GBA explizit im Rahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung Indikatoren für die Beurteilung der Hygienequalität bestimmen soll. Auch die weiteren in den § 136a ff. genannten Maßnahmen zur Qualitätssicherung werden positiv gesehen.

Im Einzelnen ist zum vorliegenden Gesetzentwurf Folgendes auszuführen:

## **1. Zielkriterium der qualitativ hochwertigen und patientengerechten Versorgung in den Krankenhäusern als Grundlage für die Krankenhausplanung und -vergütung, §§ 1, 6, 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - KHFinG**

Das Zielkriterium der qualitativ hochwertigen und patientengerechten Versorgung verkörpert geradezu das Kernanliegen, das Patientinnen und Patienten an die Krankenhausversorgung haben.

Somit ist es an sich voll und ganz zu begrüßen, dass dieses Kriterium sowohl für Fragen der Krankenhausplanung als auch für Vergütungs- und Finanzierungsfragen maßgeblich sein soll.

**Die Frage ist nur, wie man dieses Zielkriterium operationalisieren soll.**

Die Regierungsfractionen setzen mit ihrem Gesetzentwurf hierbei auf das Instrumentarium der Qualitätssicherung (besser eigentlich: des Qualitätsmanagements).

Nach § 136 c Abs. 1 SGB V soll der Gemeinsame Bundesausschuss künftig planungsrelevante Qualitätssicherungsindikatoren und Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beschließen und diese den Landesbehörden für die Krankenhausplanung als Entscheidungsgrundlage liefern.

Ferner soll der Gemeinsame Bundesausschuss die Entscheidungsgrundlagen für die Vornahme von Qualitätszu- und -abschlägen im Vergütungsbereich liefern.

Dieser Gedanke ist zunächst einmal plausibel, da das methodische Vorgehen der Qualitätssicherung geradezu darauf ausgerichtet ist, abstrakte Qualitätsziele, mit methodisch klar fassbaren Qualitätsindikatoren zu unterlegen und anhand der verfügbaren Daten zu bestimmen, ob ein einzelnes Haus dem Indikator gerecht wird oder nicht.

Hier setzt nun aber gerade der eigentliche Kern des Problems an:

- 1) Qualitätsindikatoren machen nur dort Sinn, wo es auch eine wissenschaftlich abgesicherte sogenannte Rationale gibt, anhand deren man sagen kann, dass der mit dem Indikator beschriebene Befund, z.B. das Vorhandensein eines bestimmten interdisziplinären Teams oder eine bestimmte Anzahl von Patienten mit Beschwerden nach einer Operation auch tatsächlich Relevanz hat für die Feststellung, dass allgemein davon auszugehen ist, dass in dem Haus bessere und schlechtere Behandlungsergebnisse erzielt werden. In vielen Versorgungsbereichen sind solche abgesicherten „valide“ Qualitätsindikatoren leider Mangelware. Es bedarf daher einer intensiven patientenorientierten Versorgungsforschung um diese Lücke zu schließen.
  
- 2) In den Lehrbüchern zum Qualitätsmanagement wird gerne betont, dass der ganze Prozess nur Sinn mache, wenn er von der Motivation aller, d.h. von einer Fehlervermeidungs- und Verbesserungskultur getragen wird. Dieses Denken wird schon dann obsolet, wenn die Ergebnisse des Prozesses publik gemacht werden, wie dies zum Teil bei den Qualitätsberichten bereits der Fall ist. Dann basiert das Qualitätssicherungssystem nämlich darauf, Daten zu erheben und die korrekte Darstellung zu kontrollieren. Die BAG SELBSTHILFE begrüßt ausdrücklich diese Ausrichtung des Qualifizierungsmanagements auf Transparenz. Allerdings bringt dies auch zusätzliche Anforderungen an die Prozesse mit sich. Zu fragen ist dann auch, wie man die Beteiligten „zwingen“ kann, die notwendigen Daten zu liefern und wie man Fehlangaben kontrollieren kann. Viele Qualitätsindikatoren scheiden dann bereits als Messinstrumente aus, weil sie nicht hinreichend präzise darstellbar und kontrollierbar sind.

Dies ist einer der Gründe, warum sich die Bemühungen des Gemeinsamen Bundesausschuss um Erarbeitung von Qualitätsindikatoren und um Umsetzung von Qualitätssicherungsverfahren in vielerlei Hinsicht als höchst langwierig und unbefriedigend darstellen.

Um es klar zu sagen: Es handelt sich um ein Trauerspiel, dass gewiss in der Komplexität der Materie, aber auch in den Interessensgegensätzen der Entscheidungsberechtigten seine Ursache hat.

- 3) Soll das Instrumentarium der Qualitätssicherung nun für die für Krankenhäuser existentielle Frage des Fortbestehens oder für die Festlegung von Vergütungen genutzt werden, dann erhält die Manipulationsabsicherung noch eine viel größere Bedeutung. D.h. es wird noch aufwändiger, Qualitätssicherungssysteme zu gestalten.

Es dürften seitens der BAG SELBSTHILFE deutliche Zweifel geltend gemacht werden, ob gerade der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu in der Lage ist.

Zweifel bestehen nebenbei bemerkt aber auch, ob „das Krankenhaus“ die sachgerechte Bewertungseinheit ist, oder ob nicht einzelne „Abteilungen“ eigentlich in den Blick zu nehmen wären. Letzteres würde freilich die Komplexität nochmals deutlich erhöhen - und damit die Chancen des Gemeinsamen Bundesausschusses auf zeitnahe Problembewältigung verringern. Alles in allem ist daher die Absicht der Bundesregierung zu begrüßen, Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zur Grundlage der Krankenhausplanung und -vergütung zu machen.

Er muss jedoch allen Beteiligten klar sein, dass dies ein äußerst komplexes und nur langfristig adäquat umsetzbares Vorhaben ist.

- 4) Mit der Regelung des § 8 Abs. 1 c KHG bzw. § 5 KHEntgG wird jedoch der Verdacht begründet, dass die gesamte Regelung letztlich nur eine höchst umfangreiche Beschäftigungsmaßnahme für den Gemeinsamen Bundesausschuss darstellt.

Hiernach können die Bundesländer nämlich ganz einfach die Verbindlichkeit der Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschuss wieder außer Kraft setzen.

Hier bestehen schlechte Vorerfahrungen mit der Regelung des § 116 b SGB V. Es dürfte nicht auszuschließen sein, dass so manches Bundesland den öffentlichen

Aufschrei zur Schließung eines Hauses ganz einfach dadurch umgeht, dass es sich aus dem gesamten Regelungsgefüge einfach ausklinkt.

Aus Sicht des Gemeinsamen Bundesausschusses war dann die ganze (vermutlich jahrelange) Vorarbeit umsonst. In methodischer Hinsicht dürfte sich im Übrigen die Frage stellen, was man im Sinne des QS-Jargons noch als „auffällige“ Qualität im Bundesgebiet bezeichnen darf, wenn nur noch ein Teilgebiet betrachtet wird.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE wäre es weniger aufwändig, aber u.U. in einem ersten Schritt zielführender präzise und ambitionierte Strukturqualitätsvorgaben zu machen und sowohl Planung als auch Vergütung an einem klar gegliederten System der Strukturen zu orientieren. Selbstverständlich müsste ein solches System auch mit Konsequenzen bei Nichteinhaltung der Vorgaben versehen werden. Generell können aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE Qualitätsmaßgaben nur dann Wirkungen entfalten, wenn Ihre Einhaltung oder Nichteinhaltung auch praktische Folgen hat, etwa durch Vergütungsabschläge oder Herausnahme des Krankenhauses aus dem Krankenhausplan. Insoweit begrüßt die BAG SELBSTHILFE das Vorhaben, die Einhaltung von Qualitätsvorgaben sanktionsbewehrt auszugestalten.

## **2. Vergütungsregelungen**

Die Auswirkungen der im Gesetzentwurf vorgesehenen Vergütung- und Finanzierungsregelungen auf die Patientenversorgung sind nur schwer abzusehen. Bereits jetzt dürfte aber klar sein, dass die Zahl der Finanzierungsinstrumente und deren Komplexität enorm zunehmen werden.

Die BAG SELBSTHILFE betrachtet dies mit Sorge, da die entstehende Bürokratie bei allen Beteiligten zu Kosten führt, wodurch letztlich der eigentlichen Versorgung Mittel entzogen werden. Ein Beispiel für die doch recht schwerfällige Regelungssystematik ist § 8 Abs. 1 a - c KHG. In der Begründung zum Gesetzentwurf wird hierzu präzipitiert, dass „mindestens zweimal in Folge“ Qualitätsabschläge vereinbart



werden müssen, bevor das betroffene Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen wird.

Statt einer Vereinbarung von Abschlägen bei minderer Qualität sollte den Krankenhäusern die Möglichkeit der Abrechnung der entsprechenden Leistungen sofort entzogen werden.

Aus Patientensicht ist nicht nachvollziehbar, warum eine schlechte Qualität überhaupt vergütet werden soll.

Andererseits ist zu begrüßen, dass der Gesetzentwurf das Ziel verfolgt, erwünschte Versorgungsstrukturen, wie die Notfallversorgung, Zentren für Menschen mit seltenen Erkrankungen, onkologische Zentren gezielt zu fördern.

### **3. Zuschläge und Zentren für seltene Erkrankungen/Hochkostenfälle (§ 17b KHFinG, §§ 2 Abs. 2, 9 Abs. 1 a KHEntG)**

Seitens der BAG SELBSTHILFE wird bezweifelt, ob die vorgesehene Gesetzesfassung geeignet ist, die Probleme von Zentren für Seltene Erkrankungen zu lösen.

In §§ 2 Abs. 2, 9 Abs. 1a ist geregelt, dass **Zentren für seltene Erkrankungen** zur Begründung eines besonderen Aufgabenspektrums eines Krankenhauses i.S. des § 2 Abs. 2 dienen können und damit zuschlagsfähig sein können. Eingrenzend ist jedoch hier in § 2 Abs. 2 als zusätzliche Voraussetzung festgelegt, dass solche besonderen Aufgaben nur dann anerkannt werden können, wenn sie im Krankenhausplan ausgewiesen oder durch die zuständige Landesbehörde festgelegt wurden.

Das Problem bei den Zentren für seltene Erkrankungen ist, dass durch die Vielfalt der seltenen Erkrankungen entsprechende Aufgaben im Vorhinein nur schwer fassbar und für den Krankenhausplan eingrenzbar sind. Viele seltene Erkrankungen sind so selten, dass überhaupt nicht vorhersehbar ist, ob sie überhaupt in dem jeweiligen Bundesland versorgt werden müssen.

Zudem bedeutet die Ausweisung im Krankenhausplan eine zusätzliche verfahrensmäßige Erschwernis der Zentren, die angesichts der Bedeutung der Versorgung von seltenen Erkrankungen aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE nicht nachvollziehbar ist.

Vor diesem Hintergrund fordert die BAG SELBSTHILFE eine Streichung der Ergänzung des § 2 Abs. 2. unabhängig davon sollte wegen der Bedeutung der Zentren für die Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen eine Patientenbeteiligung an den Vereinbarungen nach § 9 Abs. 1a KHEntG erfolgen.

In den sogenannten **Hochkostenfällen** sieht der Gesetzentwurf vor, dass Krankenhäuser, die wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur noch nicht sachgerecht vergütet werden können, zeitlich befristet aus dem Vergütungssystem herausgenommen werden können. Es sollen Zusatzentgelte vereinbart werden, sofern die Erkrankung nicht die Hauptleistung ist. Bei „extremer Kostenunterdeckung“ sollen geeignete Vergütungsformen „vertieft“ geprüft werden.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE sind dies alles Notbehelfe. Es kommt in Zukunft vielmehr darauf an, das DRG-System auch auf die Vergütung von teuren Behandlungsfällen sachgerecht auszurichten.

#### **4. Unzureichende Investitionskostenfinanzierung-Strukturfonds- Barrierefreiheit**

Äußerst kritisch zu sehen ist aus Sicht der BAG SELBSTHILFE, dass mit dem Gesetzentwurf das Problem der unzureichenden Investitionskostenfinanzierung nicht hinreichend angegangen wird.

Der Antrag „Gute Versorgung, gute Arbeit - Krankenhäuser zukunftsfest machen“ der Faktion BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN weist zu Recht darauf hin, dass die dualisti-

sche Krankenhausfinanzierung und der Regelungsdualismus zwischen GKV-Regelung und Krankenhausplanung in einem Zusammenhang zu sehen sind.

Kommen die Länder ihrer Verpflichtung zur Finanzierung der Investitionskosten nicht hinreichend nach, dann ist nicht einzusehen, warum ihnen allein die Krankenhausplanung obliegen soll.

Die Problematik der Investitionskosten Unterfinanzierung hat zur Folge, dass die Barrierefreiheit eben nicht - entsprechend der UN-Behindertenrechtskonvention - umgesetzt werden kann. Vor diesem Hintergrund fordert die BAG SELBSTHILFE, die Problematik der fehlenden Übernahme der Investitionskosten zu lösen.

Unabhängig davon sollte jedoch ausdrücklich - wie oben beschrieben - die Förderung der Barrierefreiheit ausdrücklich in die Zweckbestimmung des § 12 Abs. 1 S. 2 aufgenommen werden. Es wird darüber hinaus angeregt, bzgl. der Kriterien der Förderung und das Verfahren nach Absatz 3 eine Patientenbeteiligung vorzusehen.

Die Einrichtung eines Strukturfonds als Ausgleichsinstrument (§§ 12, 13 KHFinG) wird von der BAG SELBSTHILFE im Übrigen begrüßt. Allerdings sollte dieser Strukturfonds ausdrücklich auch für den Ausbau **barrierefreier Versorgungsangebote sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor** genutzt werden können. Bereits 2010 wurde in der Tagung der Bundesvereinigung Lebenshilfe „Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus“ gefordert, die Investitionskosten für den **barrierefreien Ausbau der Krankenhäuser** entsprechend abzubilden. In Anbetracht der sehr zurückhaltenden Übernahme der Investitionskosten durch die Länder war dies vielfach in der Vergangenheit kaum möglich. Hier wird zur Umsetzung der UN-BRK dringend um einen entsprechenden gesetzlichen Auftrag und Nutzung des Strukturfonds gebeten.

Auch der Umbau eines **Krankenhauses in ein ambulantes Versorgungszentrum** sollte um den Faktor der Barrierefreiheit ergänzt werden. Denn in vielen Gebieten fehlt es im ambulanten Sektor weitgehend an barrierefreien Praxen; die Situation bei den Krankenhäusern ist deutlich besser, was die rollstuhlgerechte Zugänglichkeit angeht. Hier könnten die Krankenhäuser bei entsprechender Überversorgung

im stationären Bereich zu barrierefreien ambulanten Versorgungszentren umgebaut werden. Denn die Barrierefreiheit erschöpft sich eben nicht in der baulichen Zugänglichkeit; vielfach fehlen in Krankenhäusern alltägliche Dinge wie ein barrierefreies Bad mit entsprechender Toilette oder Orientierungsmöglichkeiten für Menschen mit Sehbehinderungen; auch die Verwendung leichter Sprache bei Menschen mit geistiger Behinderungen findet noch zu selten statt.

## **5. Expertinnen- und Experten-Kommission**

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt es, dass beim Bundesministerium für Gesundheit eine **Expertinnen- und Expertenkommission** eingerichtet werden soll, die zu überprüfen hat, ob im System der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) oder über ausdifferenzierte Zusatzentgelte, d.h. bspw. den Pflegekomplexmaßnahmen-Score ein erhöhter Pflegebedarf von an Demenz erkrankten bzw. pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten oder von Menschen mit Behinderungen sachgerecht abgebildet werden kann. Als Dachverband von 121 Bundesorganisationen der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen fordert die BAG SELBSTHILFE jedoch ein, an dieser Kommission beteiligt zu werden, bzw. dass die Beteiligung im Gesetzentwurf ausdrücklich geregelt wird.

Immer wieder haben die Verbände der Menschen mit Behinderungen und die der Demenzerkrankungen auf die besondere Situation dieser Personengruppe im Krankenhaus hingewiesen. Es wird in diesem Zusammenhang angeregt, auch eine Ausweitung des Assistenzpflegebedarfsgesetzes zu prüfen, da die bisherige Regelung aufgrund der Begrenzung auf das Arbeitgebermodell nur wenigen Menschen mit Behinderung zu Gute kommt.

Unabhängig davon wird aufgrund der bereits dargestellten Erfahrungen und Kenntnisse der entsprechenden Selbsthilfeverbände angeregt, ausdrücklich festzulegen, dass diese an der Expertenkommission zu beteiligen sind.

## 6. Mindestmengenregelung

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt es, dass die Befugnisse des Gemeinsamen Bundesausschuss zur **Festlegung von Mindestmengen** entsprechend der Vorgaben der höchst-richterlichen Rechtsprechung konkretisiert werden. Hierdurch wird die für die künftige Versorgungsgestaltung notwendige Rechtssicherheit geschaffen.

Etwas bedenklich ist allerdings die Ausnahmeregelung des § 136 b Abs. 3 wonach eine Ausnahme gelten soll, wenn ein „hohe Qualität“ unterhalb der Mindestmenge vorliegt.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE bedarf es hier dringend einer Regelung, was unter dem Begriff „hohe Qualität“ zu verstehen ist. Ferner erscheint es fraglich, wie „hohe Qualität“ zu verstehen ist. Ferner erscheint es fraglich wie „hohe Qualität“ unterhalb einer Mindestmenge statistisch darstellbar sein soll.

## 7. Pflegestellen - Förderprogramm

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt es, dass zur Stärkung der unmittelbaren pflegerischen Patientenversorgung für die Jahre 2016 - 2018 ein stufenweise ansteigendes **Pflegestellen-Förderprogramm** aufgelegt werden soll. Wie bereits eigens ausgeführt wurde, kann es sich dabei aber immer nur um einen kleinen Baustein zur Überwindung der Arbeitsüberlastung des bestehenden Personals in den deutschen Krankenhäusern handeln.

Die Folge derartiger Überlastungssituationen sind nicht selten Mängel in der Versorgung bis hin zu Behandlungsfehlern bzw. Unzulänglichkeiten im Organisationsablauf, die zu Schädigungen der Patientinnen und Patienten führen können.

Vor diesem Hintergrund ist darauf hinzuweisen, dass es klarerer Regelungen bedarf, um in Deutschland ein verbindliches und für alle Patientinnen und Patienten nutzbareres Beschwerdemanagement der Krankenhäuser zu etablieren.

## **8. Boni für leitende Angestellte (§ 135c SGB V)**

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt, dass der Deutschen Krankenhausgesellschaft auferlegt wird, Formulierungshilfen für Verträge zu entwickeln, welche sicherstellen, dass keine Zielvereinbarungen auf die Ausweitung von Leistungen abgeschlossen werden, die die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen gefährden kann.

Unabhängig von dem Schaden für die Versicherungsgemeinschaft können derartige nicht an medizinischen Maßgaben orientierte Entscheidungen Leib und Leben von Patientinnen und Patienten gefährden.

Die entsprechende Schaffung von Transparenz in diesem Bereich in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser nach Absatz 2 wird ebenfalls begrüßt.

## **9. Qualitätsberichte (§ 136b SGB V)**

Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE sind sie eines der besten Instrumente für Qualitätsverbesserungen. Vor diesem Hintergrund wird ausdrücklich begrüßt, dass die **Qualitätsberichte** patientenverständlicher ausgestaltet werden sollen; zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention sollte jedoch eine Klarstellung erfolgen, dass diese in **barrierefreier Form** ausgestaltet sein sollten.

Ferner sollte dadurch eine Standardisierung der Bezeichnung der einzelnen Fachabteilungen in den Krankenhäusern sicher gestellt werden, dass ein abteilungsbezogene Vergleichbarkeit gewährleistet ist.

## 10. Patientenbefragungen (Ergänzung des § 299 SGB V)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt ausdrücklich, dass die Bundesregierung dem GBA aufgeben will, Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln, welche zur Grundlage der Planungsentscheidungen der Länder herangezogen werden können. Die BAG SELBSTHILFE sieht hier auch die Möglichkeit, die für Patienten hochrelevante Ergebnisqualität über entsprechende Patientenbefragungen zu eruieren. Trotzdem der Gesetzgeber die **Patientenbefragungen** im Rahmen des § 137a, 136b ausdrücklich als Mittel der Qualitätssicherung anerkannt und die Leistungserbringer nach § 135a zur Qualitätssicherung verpflichtet sind, wird die Ausgestaltung des § 299 zur Umsetzung der Regelung die Ausgestaltung von manchen Vertretern als nicht ausreichend angesehen: Aus methodischen Gründen ist es nicht sinnvoll, dass Leistungserbringer die Bögen einer Patientenbefragung versenden und annehmen; besser geeignet für diese Aufgabe sind die Vertrauensstellen. Hier stellt sich jedoch die Frage, inwieweit die Ärzte datenschutzrechtlich berechtigt sind, die Namen und Adressen der Patientinnen und Patienten weiterzugeben. Da diese Berechtigung teilweise bezweifelt wird und von daher eine Umsetzung der Regelung zumindest erschweren würde, wird um entsprechende Klarstellung und Ergänzung des § 299 SGB V gebeten.

Gerade das neue Ziel der „patientengerechten Versorgung“ in § 1 Abs. 1 KHG und die hohe Bedeutung, die Qualitätsziele und -indikatoren künftig für die Krankenhausplanung und die Vergütung haben sollen, machen deutlich, dass die Patientenperspektive verstärkt bei der Qualitätsentwicklung berücksichtigt werden muss.

Hier sind Patientenbefragungen unerlässlich. Es geht auch darum, dass Indikatoren der „erlebten Qualität aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten“ ergänzt werden müssen. Solche Indikatoren berücksichtigen zum einen die Patientenperspektive bei den jeweiligen Qualitätsthemen. Zum anderen geht es - im Anschluss an die internationale Entwicklung - darum, durch eigene Indikatoren die spezifischen Themen einer stärker patientenzentrierten Versorgung zu erfassen (Dazu gehören z.B. Respekt vor den Bedürfnissen, Werten und Präferenzen der PatientInnen; Patientenedukation und Schaffung einer gemeinsamen Wissensbasis; Einbeziehen von Angehörigen; ungehinderter Fluss von und Zugang zu allen patientenbezo-

genen Informationen; Zusammenwirken von Professionellen mit Patienten/Angehörigen und Teamorganisation.

Um eine solche Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Qualitätsentwicklung der Krankenhäuser zu verlangen, bedarf es stärkerer Rechte für die Patientenorganisationen. Nach wie vor ist es aus Sicht der BAG SELBSTHILFE daher unverständlich, warum die Patientenseite in den zentralen Gremien des IQTiG nicht präsent sein soll.

Düsseldorf, 27.08.2015