



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP
Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären
Versorgung durch Transparenz (Krankenaustransparenzgesetz)
(BT-Drs. 20/8408 vom 19.09.2023)

Berlin, 25.09.2023

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzentwurfs.....	3
2. Stellungnahme im Einzelnen	6
Zu Artikel 1, Nummer 1	6
§ 135d Abs. 1 SGB V.....	6
§ 135d Abs. 2 SGB V.....	6
§ 135d Abs. 3 SGB V.....	7
§ 135d Abs. 4 SGB V.....	8
Zu Artikel 1, Nummer 2	9
§ 136a Abs. 6 SGB V.....	9
Zu Artikel 1, Nummer 3	9
§ 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 SGB V.....	9
Zu Artikel 1, Nummer 7	10
Anlage 1 (zu § 135d) Leistungsgruppen der Krankenhausbehandlung	10
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 des Gesetzentwurfs

Zur Erhöhung der Transparenz über das Leistungsgeschehen in der stationären Versorgung für Patientinnen und Patienten sowie für einweisende Ärztinnen und Ärzte soll das Bundesministerium für Gesundheit künftig beauftragt werden, aktuelle sowie fortlaufend aktualisierte Daten über Leistungsangebot und Qualitätsaspekte in übersichtlicher Form und in einfacher und verständlicher Sprache zu veröffentlichen. Bestehende Regelungen zur Qualitätsberichterstattung werden als nicht ausreichend eingestuft. Deshalb sollen ein „Transparenzverzeichnis“ eingerichtet und die Krankenhäuser Versorgungsstufen (Leveln) zugeordnet werden. Das Leistungsangebot am einzelnen Krankenhausstandort soll differenziert nach Leistungsgruppen dargestellt werden. Betont wird, dass die Einteilung in Leistungsgruppen als vorläufig zu verstehen sei und einer künftigen Krankenhausreform nicht vorgreife. Grundlage für das Transparenzverzeichnis 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 Fallzahlen je Leistungsgruppe, Diagnosen und Prozeduren je Standort sowie Daten zum ärztlichen Personal und zum Pflegepersonal im Verhältnis zum Leistungsumfang der Fachabteilung übermitteln.

Der jetzt vorliegende Gesetzentwurf hat im Vergleich zu der zunächst vorgelegten Formulierungshilfe einige Änderungen erfahren. So wird in der Begründung deutlicher betont, dass mit dem Transparenzregister der weiteren Krankenhausreform nicht vorgegriffen werden soll; dem stehen allerdings keine konkreten Änderungen im Gesetzentext selbst gegenüber. Entfallen sind einige unsachgemäße Formulierungen im Begründungstext. Schließlich ist die ursprünglich vorgesehene, aber sachlich kaum mögliche Zuordnung von ärztlichem Personal zu einzelnen Leistungsgruppen nicht mehr enthalten. Diese Änderungen weisen, wie auch einzelne weitere Modifikationen, in die richtige Richtung; eine grundlegend andere Bewertung des Gesetzentwurfs im Vergleich zu der Formulierungshilfe ergibt sich jedoch aus diesen punktuell sinnvollen Anpassungen nicht.

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist insbesondere das Ziel, Patientinnen und Patienten künftig besser dabei zu unterstützen, informierte und selbstbestimmte Entscheidungen bei der Auswahl von Krankenhäusern treffen zu können, grundsätzlich zu begrüßen. 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. Auch die Eignung des Registers als Information für zuweisende Ärztinnen und Ärzte, welches Krankenhaus welche Leistungen in welcher Qualität anbietet, ist zu hinterfragen. Darüber hinaus ist die in dem Gesetzentwurf vorgenommene Gleichsetzung von *Transparenz mit dem Ziel der Patienteninformation 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 dem Gesetzentwurf geäußerten Einschätzung, das Transparenzverzeichnis habe „keine Auswirkungen auf die Krankenhausplanung der

Länder und auf 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. Die neu in den Begründungstext aufgenommene Zusicherung, dass die für die Veröffentlichung im Transparencyverzeichnis benannten Leistungsgruppen nach der Festlegung von Leistungsgruppen im Rahmen einer Krankenhausreform angepasst werden sollen, ist zwar zu begrüßen; sie ändert aber nichts daran, dass mit der Ausweisung im Transparencyverzeichnis bereits Festlegungen mit erheblicher Außen- und Rechtswirkung getroffen werden, die sich im weiteren Prozess kaum rückgängig machen lassen.

Sowohl mit Blick auf die angestrebte Transparenz als auch auf den geplanten Reformprozess sind zudem fachlich begründete und differenzierte **Maßstäbe** erforderlich. Grundsätzlich können (quantitative) Informationen zur ärztlichen Personalausstattung Patientinnen und Patienten bei ihren Entscheidungen, wo sie sich stationär behandeln lassen wollen, eine Hilfestellung geben. Der Gesetzentwurf lässt jedoch offen, wie eine qualitative Einschätzung, wann eine Personalausstattung wirklich für eine gute Patientenversorgung ausreicht, unterstützt werden kann. Hier ist – mit Blick auf die ärztliche Personalausstattung - ein Bezug zum Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer erforderlich.

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 Verzeichnis würde damit eine sogenannte „Gelegenheitsversorgung“ belohnen und so den Zielen der Krankenhausreform zuwiderlaufen. Der Gesetzentwurf reagiert auf die daran geäußerte Kritik mit der Vorgabe, dass die Fallzahlen der jeweils durchschnittlichen Fallzahl einer Leistungsgruppe gegenübergestellt werden sollen. Es bleibt jedoch mehr als zweifelhaft, ob für Patientinnen und Patienten damit eine Einordnung ermöglicht wird, denn die Fallzahlvarianz und auch die fachliche Relevanz von Fallzahlunterschieden unterscheidet sich je nach Leistungsgruppe erheblich. Außerdem ändert dieses Vorgehen nichts daran, dass auch Leistungsgruppen mit sehr geringer Fallzahl bei der Level-Zuordnung mitgezählt werden.

Der Gesetzentwurf ermöglicht dem InEK außerdem – auch mit den diesbezüglich geänderten Formulierungen – letztlich 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 Transparencyverzeichnis anders definiert werden als bei der Krankenhausplanung und -vergütung. Das würde nicht nur die beabsichtigte Transparenz konterkarieren, sondern auch zu unlösbareren 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 Einstufung eines Krankenhauses muss es vor allem um medizinisch sinnvolle Verknüpfungen von Leistungsgruppen gehen und nicht primär um deren bloße Anzahl. Die Kopplung an eine Leistungsgruppenanzahl 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 angestoßene 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 einen Versorgungsauftrag haben (z. B. in der sogenannten „Grundversorgung“) – eine hohe Versorgungsqualität leisten.

Sehr kritisch ist außerdem, dass die geplante Gesetzesänderung einen zusätzlichen Aufwand und **Bürokratieaufbau** erwarten lässt. Die Regelungen bedeuten – auch bei Verzicht auf die leistungsgruppenbezogene Personalzuordnung – 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 der Gesetzentwurf in seiner vorliegenden Form zuwider. Das Transparenzverzeichnis wäre eine Parallelstruktur zu bestehenden Instrumenten und würde auf diese Weise Arbeitsaufwand, Mehrkosten und zusätzliche Bürokratie verursachen, ohne dass sich erschließt, inwiefern es dem geplanten Transparenzverzeichnis tatsächlich besser als den zahlreichen schon lange bestehenden Krankenhausvergleichsportalen auf Basis der Daten der Qualitätsberichte der Krankenhäuser gelingen kann, Patientinnen und Patienten in geeigneter Form zu informieren. Dies wird durch eine perspektivische Möglichkeit zur Überprüfung der bestehenden Instrumente, etwa der gesetzlichen Qualitätsberichte der Krankenhäuser bezüglich deren Verschlungspotenzial, nicht aufgewogen.

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 müssen andere Aufgaben, z. B. mit Blick auf sektorenübergreifende Gesichtspunkte, zwangsläufig vernachlässigt werden.

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 anspruchsvolle Arbeit scheint in den Aufwandsabschätzungen des Gesetzentwurfs völlig übersehen worden zu sein.

Im Ergebnis sollte der Gesetzentwurf im Austausch mit den Bundesländern und unter Einbeziehung des ärztlichen Sachverstandes sowie der Institutionen der Selbstverwaltung gründlich überarbeitet werden. Dabei muss besonders darauf geachtet werden, dass die Regelungen in diesem Gesetzentwurf zu dem Gesetzentwurf für die Reform von Krankenhausplanung und -finanzierung passen, der derzeit zwischen Bund, Ländern und Regierungsfraktionen beraten wird. Beide Gesetzesvorhaben können nur als Teil eines stimmigen Gesamtkonzeptes für die Krankenhausreform zum Erfolg führen.

2. Stellungnahme im Einzelnen

Zu Artikel 1, Nummer 1

§ 135d Abs. 1 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 135d Absatz 1 wird festgelegt, dass das BMG ab April 2024 ein Transparenzverzeichnis über die Krankenhausbehandlung in Deutschland veröffentlicht. Die Daten sollen dabei für die Patientinnen und Patienten leicht verständlich und in interaktiver Form dargestellt werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass die im Transparenzverzeichnis darzustellenden Informationen barrierefrei und in leicht verständlicher, interaktiver Form zugänglich gemacht werden sollen. Mindestens genauso wichtig ist es allerdings, dass diese valide und vergleichbar sind und den Versicherten und Patienten tatsächlich die für sie nützlichen Informationen beinhalten. Insbesondere Letzteres ist nicht ohne weiteres erkennbar, da die Fallzahl erbrachter Leistungen und die personelle Ausstattung sowie die Zuordnung zu einer Versorgungsstufe nicht einfach mit Qualität gleichgesetzt werden können. Es handelt sich vielmehr lediglich um strukturelle Merkmale, die zwar unter dem Begriff Strukturqualität kategorisiert werden können, aber für sich allein betrachtet noch keine Aussage im Sinne guter oder schlechter Qualität zulassen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die Konzeption und Umsetzung des geplanten Transparenzverzeichnisses 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

Absatz 2 benennt die mit dem Transparenzverzeichnis verbundenen neuen Aufgaben für das IQTIG.

Die Wahrnehmung der in § 135d Abs. 2 beschriebenen Aufgaben für das IQTIG soll „Vorrang vor anderen durch Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes bestimmten Aufgaben des Instituts“ haben.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

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 weiter-läuft. Dies bedeutet mehr als nur technischen Aufwand und birgt neben zusätzlich zu leistender Entwicklungsarbeit für das Institut die erhebliche Gefahr der Redundanz zur seit Jahrzehnten etablier-ten QS des G-BA oder gar

widersprüchlicher Effekte, wenn Qualitätsmaßstäbe des Verzeichnisses und der QS des G-BA voneinander abweichen.

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

Zudem stellt diese Regelung 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. 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, leiden.

§ 135d Abs. 3 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 135d Absatz 3 werden die standortbezogenen Informationen über die Krankenhäuser konkretisiert, namentlich die „Fallzahl der erbrachten Leistungen“, die „Versorgungsstufe“, die „personelle Ausstattung im Verhältnis zum Leistungsumfang“ sowie „patientenrelevante Ergebnisse“ aus Qualitätssicherungsverfahren des G-BA.

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, für die Anforderungen des Transparencyverzeichnisses spezifische Methodik entwickeln und 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 übernehmen müssen, selbstständig Komponenten aus den QS-Verfahren für das Transparencyverzeichnis auszuwählen und dazu geeignete Darstellungsweisen zu entwickeln. Im Begründungstext genannte Stichworte wie Patientenbefragungen, Zertifikate und Qualitätssiegel sollen dem IQTIG offenbar als Leitplanken dienen. Ob sich die Darstellung solcher Informationen tatsächlich für Qualitätsvergleiche eignet, ist unklar. Ein mögliches Korrektiv der Entwicklungsergebnisse des Instituts durch den G-BA würde 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 Versorgungsstufen ist zu konstatieren, dass das Transparencyverzeichnis lediglich das aktuelle Leistungsspektrum der Krankenhäuser abbilden wird. 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

Es sollte für die „patientenrelevanten Ergebnisse“ eine eingrenzende Konkretisierung bereits auf Gesetzesebene vorgenommen werden. Zudem sollte hier verankert werden, dass zu

den Auswahlkriterien für patientenrelevante Ergebnisse eine Risikoadjustierung gehören muss, um faire Leistungsvergleiche zu ermöglichen.

§ 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 ist, 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 der Gesetzentwurf vorsieht. Für die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses ist eher eine medizinisch sinnvolle Verknüpfung von Leistungsgruppen relevant als die bloße Anzahl 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 Anzahl der Leistungsgruppen steht deswegen in keinem direkten 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 weiterhin unklar. Ein ausreichender Abgleich mit den Regelungen im inzwischen bekannt gewordenen Arbeitsentwurf für ein Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz ist offenbar noch nicht erfolgt.

Die Levelzuordnung soll bezogen auf einzelne Standorte und nicht auf das Krankenhaus als Ganzes erfolgen. Dies kann zu Problemen, auch mit Blick auf Universitätskliniken führen.

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. Nachdem dieser Auftrag mit der Formulierungshilfe zunächst ganz gestrichen werden sollte, siehe die neue Regelung vor, die Zielgruppe der Krankenhäuser aus diesem Auftrag herauszunehmen und nur noch die vertragsärztliche Versorgung betrachten zu lassen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Teilstornierung des Auftrags an den G-BA und für das IQTIG bedeutet einen neuen Entwicklungsauftrag für diese beiden Institution bzw. zumindest eine deutliche Revision des bestehenden Auftrags, an dem jetzt schon mehrere Jahre gearbeitet wurde. Es stellt sich die Frage nach der Effizienz dieses Vorgehens. Auch befördert es keine sektorenübergreifende Betrachtung, wenn der gesetzliche Auftrag nach § 136a Abs. 6 nunmehr einseitig die Be- trachtung des vertragsärztlichen Sektors vorsieht, während sich das BMG mit seinem ge- planten Transparenzverzeichnis auf den stationären Sektor fokussiert.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die Änderung sollte grundsätzlich überdacht und ausführlich – über die einmalige Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss hinaus – gemeinsam mit denjenigen Institutionen beraten werden, die für die Patientenversorgung Verantwortung tragen und seit vielen Jahren Kom- petenz in Fragen der Qualitätssicherung aufgebaut haben.

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 Heraus- nahme des stationären Sektors aus § 136a Abs. 6 SGB V 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 er- stellen und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet zu veröffentli- chen“.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Wir verweisen auf die Kommentierung zu Artikel 1, Nummer 2.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Wir verweisen auf die Kommentierung zu Artikel 1, Nummer 2.

Zu Artikel 1, Nummer 7

Anlage 1 (zu § 135d) Leistungsgruppen der Krankenhausbehandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die in einer neuen Anlage 1 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 veröffentlichten standortbezogenen Informationen über die erbrachten Leistungen sollen anhand dieser Leistungsgruppen differenziert sein.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer hält es für richtig, für die geplante 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 sollen die Krankenhäuser „die Anzahl des insgesamt beschäftigten ärztlichen Personals und die Anzahl des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung beschäftigten ärztlichen Personals, jeweils einschließlich der Facharztbezeichnung und bei ärztlichem Personal in Weiterbildung jeweils unter Angabe des Weiterbildungsgebietes“ nach den Fachabteilungen des Standorts angeben.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer begrüßt die Berücksichtigung der ärztlichen Personalausstattung. Der mit dem jetzt vorliegenden Gesetzentwurf vorgenommene Verzicht auf die (sachlich ohnehin kaum mögliche) Leistungsgruppenzuordnung des Personals ist richtig. Die Bundesärztekammer sieht gleichwohl bei der konkreten Umsetzung erheblichen Konkretisierungsbedarf.

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. Daten zur ärztlichen Personalausstattung in den Krankenhäusern liegen auch an anderer Stelle vor. Anstelle neuer Meldeverfahren sollten die bereits bestehenden Datenbestände genutzt werden.

Wichtig ist außerdem, 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

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erarbeitet Vorgaben für die Leistungsgruppen-Zuordnung und zertifiziert auf dieser Grundlage entwickelte Datenverarbeitungslösungen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

In der ursprünglichen Formulierungshilfe war davon die Rede, dass die Krankenhausfälle vom InEK „auf der Grundlage der von ihm zu treffenden Festlegungen“ zugeordnet werden sollen. Die neue Formulierung im Gesetzentwurf hebt stärker auf den technischen Gesichtspunkt ab. Laut Begründung geht es um „Spezifikationen zur Programmierung einer Datenverarbeitungslösung (Leistungsgruppen-Grouper)“. Materiell ergibt sich daraus jedoch keine Änderung. Die Frage, welche Fälle einer Leistungsgruppe zugeordnet werden, ist letztlich entscheidend für die Definition einer Leistungsgruppe und damit in hohem Maße relevant für die Steuerungswirkung auf die Versorgung. Die Regelung kann auch in der neuen Formulierung 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. Es ist sehr fraglich, ob die einmal durch das InEK getroffenen (und ggf. durch die Sozialgerichtsentscheidungen gefestigte) Festlegungen später noch realistisch durch abweichende Bund-Länder-Einigungen geändert werden können, wie der Begründungstext dies in Aussicht stellt. Wesentliche Auswirkungen auf die Versorgung würden sich außerdem bereits in der Übergangszeit ergeben, weil Krankenhäuser ihre Ausrichtung an den InEK-Vorgaben orientieren 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 der Gesetzentwurf vor.

Erhält zum Beispiel eine ältere Patientin 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 „Geriatrie“) 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 für die Öffentlichkeit zugänglichen Verzeichnis kann die unkommentierte Wiedergabe der Zahlen aber zu einem falschen Eindruck über das tatsächliche Leistungsgeschehen in den einzelnen Krankenhausabteilungen führen. Für Bürgerinnen und Bürger bieten deswegen die bereits jetzt z. B. über das Deutsche Krankenhausverzeichnis konkret abrufbaren Zahlen zu einzelnen Behandlungen und Operationen eine deutlich relevantere und verständlichere Information als die Darstellung von Leistungsgruppenfallzahlen.

B) 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. Solange Leistungsgruppen nicht auf der Basis geprüfter Qualitätskriterien und planerischer Entscheidungen der Länder veröffentlicht werden können, sollte davon abgesehen werden. Die für Bürgerinnen und Bürger relevanten Fallzahlinformationen lassen sich unter Rückgriff auf die bestehenden Verzeichnisse bezogen auf die konkret in Rede stehende Behandlung besser und verständlicher darstellen.