



Deutscher  
Caritasverband e.V.

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**20(14)139(17)**  
gel. VB zur öffent. Anh. am  
27.09.2023 - KHTranspG  
26.09.2023



**kkvd**

Katholischer Krankenhausverband Deutschland e.V.

## Stellungnahme

**zum**

**Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz - Drucksache 20/8408**  
(Krankenhaustransparenzgesetz)

Mit dem vorliegenden Entwurf der drei Regierungsfraktionen zum sogenannten Krankenhaustransparenzgesetz soll mehr Transparenz für Patientinnen und Patienten geschaffen werden. Dieses Ziel begrüßen und unterstützen die katholischen Krankenhäuser, für die kkvd und DCV als Fach- und Spitzenverbände diese gemeinsame Stellungnahme abgeben.

Transparenz in der Gesundheitsversorgung ist essenziell für informierte Entscheidungen, verbesserte Behandlungsergebnisse und eine effektive Zusammenarbeit zwischen Expertinnen und Experten sowie Betroffenen. Transparenz schafft Vertrauen; Vertrauen schafft die Grundlage für den Behandlungserfolg. Der vorliegende Entwurf schafft allerdings keine Vertrauensbasis, sondern ist geprägt von tiefem Misstrauen.

Die beiden Verbände führen drei Kritikpunkte an:

1. Die im geplanten Transparenzverzeichnis abrufbaren Daten sind nicht geeignet, Informationen zur Qualität der Leistungen zu vermitteln.
2. Der Gesetzentwurf sieht erhebliche Einschnitte der bisherigen wissenschaftlich gestützten Qualitätsentwicklung und -veröffentlichung vor.
3. Der mit dem Transparenzverzeichnis verbundene Dokumentationsaufwand steht nicht im Verhältnis zu den erreichbaren Zielen.





### 1. Versorgungsstufen (Level) verschleiern Versorgungsqualität

Ein neuer § 135d Abs. 4 SGB V sieht die Einteilung von Krankenhäusern in Versorgungsstufen (Level) vor. Entscheidend für die Zuordnung zu einem Level soll die willkürlich festgelegte Anzahl der vorgehaltenen Leistungsgruppen sein. Die geplante Level-Einteilung ist nicht ziel-, sondern irreführend, wenn behauptet wird, dass sich gute Behandlungsqualität an der Größe eines Krankenhauses ablesen lässt. Die Vielfalt der angebotenen Leistungen sagt nichts über das Qualitätsniveau der jeweils erbrachten Einzelleistung aus. Zahlreiche mittlere und kleine Krankenhäuser haben fachliche Schwerpunkte ausgebildet und sorgen darin für eine Versorgung auf Spitzenniveau. Sie verfügen über hohe Expertise und Erfahrung, eine nachgewiesene Behandlungsqualität und entsprechende Fallzahlen. Oft sind diese Krankenhäuser durch ihre Behandlungsprozesse großen Krankenhausstandorten überlegen, die auf eine breite Angebotspalette setzen. Es mutet absurd an, dass die Systematik der Level sogar noch ausgeweitet wird, indem nun sogar noch ein weiteres Level (3U) geschaffen werden soll.

Mit dem Krankenhaustransparenzgesetz ignoriert das Bundesgesundheitsministerium die im Reformprozess immer wieder seitens der Bundesländer formulierte Kritik an den Leveln, die der Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz nur eine Woche vor Abschluss des Eckpunktepapiers von Bund und Ländern zur Krankenhausreform vom 10. Juli 2023 noch so kommentiert hatte: *“Wir müssen noch einmal klar machen, dass die Vorstellung von Leveln nichts mit Qualität zu tun hat.”*





## 2. Ergebnis- statt Strukturqualität für mehr Qualitätstransparenz

Der Entwurf sieht eine erhebliche Ausweitung der Personaldatenübermittlung nach § 21 KHEntgG vor. Eine hohe Behandlungsqualität geht selbstverständlich mit einer angemessenen Personalausstattung einher, die Personalausstattung eines Krankenhauses wird jedoch bereits unter unterschiedlichen Gesichtspunkten erhoben, geprüft oder veröffentlicht. Mit ihrer Zuarbeit zu den Qualitätsberichten des Gemeinsamen Bundesausschusses, zur Pflegepersonaluntergrenzenverordnung, zur Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung, den Personalstrukturdaten sowie den OPS-Strukturprüfungen sorgen die Kliniken jedes Jahr für ein hohes Maß an Transparenz über wichtige Merkmale der Strukturqualität. Darin enthalten sind unter anderem Daten zur personellen und apparativen Ausstattung, zur Spezialisierung, zur Fallzahl je Diagnose oder Prozedur sowie zur Personalstruktur.

Noch vor der Struktur- ist allerdings insbesondere die Prozessqualität ein entscheidender Faktor für gute Behandlungsergebnisse. Notwendig zur Schaffung von Qualitätstransparenz sind valide Informationen zur Ergebnisqualität. Wir fordern deshalb, die Entwicklung risikoadjustierter Ergebnisindikatoren voranzutreiben.

Vor dem Hintergrund nicht mehr zeitgemäßer sektorenbezogener Versorgung und dem Bedarf an sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten ist die vorgesehene Reduktion des gesetzlichen Auftrags zur Veröffentlichung von Qualitätsdaten nur des ambulanten Sektors (§ 136a Abs. 6 SGB V) nicht verständlich und läuft dem Anliegen des Gesetzes, Transparenz für die Patientinnen und Patienten zu schaffen, zuwider. Es ist aus Patientenperspektive nicht hilfreich, wenn stationäre und ambulante Qualitätsdaten unterschiedlich aufbereitet sind. Die Abkehr von dem bereits gesetzlich geregelten Auftrag in § 136a SGB V ist insbesondere vor der angestrebten weiteren Ambulantisierung von Krankenhausleistungen und dem Bestreben nach einer sektorenübergreifenden Versorgung nicht verständlich.





### 3. Bürokratie ab- statt aufbauen!

Die Ampel-Koalition hat sich in ihrem Koalitionsvertrag (2021) selbst dazu verpflichtet, im Gesundheitswesen die überbordende Bürokratie und verursachende Dokumentationspflichten abzubauen. Doch statt bereits bestehende Erhebungs- und Übermittlungspflichten zu reduzieren, konterkariert der Gesetzentwurf dieses Vorhaben und baut neue zusätzliche Dokumentationspflichten auf.

Mit dem [Deutschen Krankenhausverzeichnis \(DKV\)](#) besteht bereits ein unabhängiges, frei verfügbares, einfach handhabbares und übersichtliches Transparenzverzeichnis. Mit Hilfe unterschiedlicher Suchfunktionen können sich Patientinnen und Patienten über bestimmte Krankenhäuser informieren und Vergleiche anstellen. Das DKV ist mehrsprachig und barrierefrei. Die hinterlegten Informationen umfassen Krankheitsbilder, Behandlungen, Fachabteilungen und Ausstattungsmerkmale. Datengrundlage sind die verpflichtenden Qualitätsberichte der Krankenhäuser.

Bereits jetzt erheben und verschicken Krankenhäuser eine Fülle an Daten, die sich bei einem mittelgroßen Krankenhaus im städtischen Setting auf rund 150 Meldungspflichten im Jahr summieren – und damit drei Meldungen in der Woche ausmachen. Neben den Daten zur Qualitätsberichtserstattung nach § 136b SGB V übermitteln Krankenhäuser beispielsweise nach der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung die Pflegepersonalausstattung (§ 137i Abs. 1 SGB V), entsprechend der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung die gesamten, nach Berufsgruppenzugehörigkeit gegliederten Pflegepersonalkosten (§ 6a Abs. 3 KHEntgG) sowie die Personalstrukturdaten, die Krankenhäuser an die Datenstelle des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermitteln. In den festgelegten pflegesensitiven Bereichen sind zusätzlich die Anzahl des insgesamt beschäftigten Pflegepersonals und die Anzahl des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Pflegepersonals zu übermitteln (§ 21 Abs. 2 Nr. 1 e KHEntgG).

Und nun sieht der Gesetzentwurf auch noch die Ausweitung der zu übermittelnden Personaldaten auf den ärztlichen Dienst gegliedert nach Aus- und Weiterbildungsstand sowie eine Vervierfachung der Meldefrequenz (§ 21 Abs. 2 Nr. 1 f) vor. So entfesselt die Bundesregierung nicht die Potenziale der Gesundheitsversorgung,





sondern das Bürokratiemonster, das im Gesundheitswesen wütet. Es ist zu befürchten, dass keine Transparenz geschaffen, sondern weitere Datenfriedhöfe angelegt werden.

Das gemeinsame Ziel aller Akteure im Gesundheitssystem muss sein, die Zeit und die Ressourcen der Mitarbeitenden in den Krankenhäusern nicht in redundanten Datenerhebungen zu verbrennen. Vielmehr muss so in Personal investiert werden können, dass die Versorgungsqualität in der unmittelbaren Patientenversorgung erhöht und der Transformationsprozess gestaltet werden können, der von der Krankenhausreform ausgehen soll.

Berlin, 25. September 2023

Bernadette Rümmelin  
Geschäftsführerin  
Katholischer Krankenhausverband  
Deutschland e.V.

Dr. Elisabeth Fix  
Leiterin Kontaktstelle Politik  
Deutscher Caritasverband e.V.

### **Kontakte**

Bernadette Rümmelin, Katholischer Krankenhausverband Deutschland e.V. (kkvd), Große Hamburger Straße 5, 10115 Berlin, Tel. 030 240 83 68 -10

[bernadette.ruemmelin@caritas.de](mailto:bernadette.ruemmelin@caritas.de)

Dr. Elisabeth Fix, Leiterin Kontaktstelle Politik,

Deutscher Caritasverband, Tel. 030 284447 46 oder 0151 16759875

[Elisabeth.Fix@caritas.de](mailto:Elisabeth.Fix@caritas.de)

Der Katholische Krankenhausverband Deutschland (kkvd) vertritt bundesweit 273 Krankenhäuser an 352 Standorten sowie 54 Reha-Einrichtungen in katholischer Trägerschaft. Die katholischen Krankenhäuser in Deutschland haben 207.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Jedes Jahr versorgen sie stationär mehr als 3 Millionen Patientinnen und Patienten.

