

Gemeinsame Stellungnahme der Diakonie Deutschland und
des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes

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

Berlin, den 25.09.2023

Für die Diakonie Deutschland und den Deutschen Evangelischen Krankenhausverband (DEKV) steht die Qualität der Versorgung an erster Stelle. Mit unserer verbandlichen Arbeit setzen wir uns aktiv ein für

- die Verbreitung von Qualitätsverträgen nach § 110a SGB V, insbesondere für Menschen mit Behinderung,
- die Entwicklung von Qualitätsindikatoren für vulnerable Patient:innengruppen und
- die Entwicklung eines Zuwendungsindex.

Mit dem von Diakonie Deutschland und DEKV vorgeschlagenen Zuwendungsindex werden Aspekte wie Patient:innenorientierung und Patient:innenzufriedenheit objektiv messbar. Dadurch fließen sie in die Ergebnisqualität ein und werden Teil der Qualitätssicherung. Qualität sehen die evangelischen Krankenhäuser als Wettbewerb und Motor für Innovation und Verbesserung in der Patient:innenversorgung.

Die Diakonie Deutschland und der DEKV unterstützen alle Schritte, die Patient:innen helfen, für ihre Behandlung ein Krankenhaus einfach, gut informiert und barrierefrei auszuwählen. Eine Voraussetzung sind dabei transparente und leicht zugängliche Informationen zur Behandlungsqualität.

Der hier vorliegende „Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz)“ kann dieses Ziel nicht erfüllen.

Wir danken dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages für die Einladung als Sachverständiger und nehmen gerne vorab schriftlich Stellung. Gerne bringen wir unsere Vorschläge in den Gesetzgebungsprozess ein, um das Transparenzportal so zu gestalten, dass es Patient:innen bei der Entscheidungsfindung informiert und unterstützt.

Grundsätzlich sehen wir die bestehenden Qualitätssicherungsverfahren als eine transparente und bewährte Grundlage, um die Qualität in den Krankenhäusern darzustellen. Den Anspruch der Bürgerverständlichkeit können diese Maßnahmen jedoch nicht erfüllen. Wir setzen uns dafür ein, den Qualitätsbericht nach § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V so weiterzuentwickeln, dass er als niedrigschwellige Informationsquelle für Patient:innen dienen kann. Dadurch wird das hier vorgestellte Transparenzportal überflüssig.

Folgende konkrete Änderungsbedarfe am vorliegenden Gesetzentwurf sehen wir:

Diakonie 
Deutschland


Deutscher Evangelischer
Krankenhausverband e.V.

Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e. V.

Maria Loheide
Vorständin Sozialpolitik

Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

T: +49 30 65211-1653
Mail: politische.kommunikation@diakonie.de
Web: www.diakonie.de

Deutscher Evangelischer
Krankenhausverband e. V.

Christoph Radbruch
Vorsitzender

Reinhardtstraße 34
10117 Berlin

T: +49 30 200 514 19-0
Mail: office@dekv.de
Web: www.dekv.de

Transparenzverzeichnis braucht Risikoadjustierung

Durch Einbindung der Ergebnisse der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 in das Transparenzverzeichnis werden größtenteils Komplikations- und Mortalitätsraten als Indikatoren für die Ergebnisqualität genutzt (Art. 1 Nr. 1 Abs. 3 S. 1 Nr. 4). Es bedarf aber einer Risikoadjustierung dieser Daten zur Ergebnisqualität, damit ein valider Vergleich der Krankenhäuser möglich bleibt.

Eine ungewichtete Einberechnung der reinen Komplikations- und Mortalitätsraten würde zu einer Verzerrung bei der Ergebnisqualität führen. Ältere Menschen, Menschen mit Behinderung und Menschen mit Vorerkrankungen haben ein höheres Risiko für Komplikationen. Krankenhäuser, die diese Patient:innengruppen behandeln, würden mit einer schlechteren Ergebnisqualität im Transparenzverzeichnis ausgewiesen. Auch die Ergebnisqualität in hochspezialisierten Krankenhäusern würde nicht korrekt dargestellt: Sie übernehmen aufgrund ihrer Expertise die Versorgung von komplexen Fällen, bei denen das Risiko von Komplikationen besonders hoch ist. Dadurch würden sie trotz höherer Qualität mit einem schlechteren Ergebnis im Transparenzportal gelistet. Eine patientenbezogene Risikoadjustierung muss daher zwingend erfolgen, um dieses Ungleichgewicht zu beseitigen. Nur wenn das Komplikationsrisiko der behandelten Patient:innen gewichtet einberechnet wird, lässt sich die tatsächliche Qualität des Krankenhauses richtig einschätzen.

Im Entwurf des Gesetzes wird die Notwendigkeit einer Risikoadjustierung nicht ausreichend berücksichtigt und bleibt daher optional.

Änderungsvorschlag:

Nach Art. 1 Nr. 1 Abs. 2 S. 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen stellt eine angemessene Risikoadjustierung der Informationen nach Satz 1 sicher.“

Keine Vorwegnahme der Definition von Leistungsgruppen ohne Qualitätsbezug

Grundlage des im vorliegenden Gesetzentwurf vorgeschlagenen Qualitätsportals sind Leistungsgruppen (Art. 1 Nr. 1 Abs. 3 S. 1). Für Krankenhäuser in den Bundesländern, die derzeit noch keine Regelung für Leistungsgruppen haben, soll die Zuteilung durch das InEK erfolgen (Art. 2 Nr. 3).

Ein auf ICD-10 und OPS basierendes Verfahren muss durch das InEK entwickelt werden.

Nach diesem Verfahren muss allen Krankenhäusern, die entsprechende Leistungen erbringen, die zugehörige Leistungsgruppe zugeteilt werden. Ein anderes Vorgehen würde der Krankenhausplanung durch die Länder über Leistungsgruppen vorgreifen.

Weder Mindestfallzahlen noch die im Eckpunktepapier Krankenhausreform vom 10.07.2023 vorgesehenen Qualitätsvorgaben für die Leistungsgruppen können in diesem Prozess Berücksichtigung finden. Diese Leistungsgruppen sind also von der erbrachten Qualität entkoppelt. Eine signifikante Aussagekraft zur Qualität der erbrachten Leistung haben sie somit nicht. Aus diesem Grund lehnen wir das im Gesetzentwurf vorgeschlagene Verfahren ab.

Im Zuge der in diesem Jahr umzusetzenden Krankenhausreform werden Leistungsgruppen auf Basis von Qualitätsvoraussetzungen entwickelt und den Krankenhäusern zugewiesen. Erst wenn dieser Prozess abgeschlossen ist, sollte das Transparenzportal installiert werden. Dieses Vorgehen schafft ausreichend Zeit für notwendige Vorarbeiten durch das InEK und das IQTIG. Wir schlagen daher vor, den Start des Transparenzportals auf den 01.01.2026 zu verschieben, um die Krankenhäuser auf Basis der Leistungsgruppen darzustellen, die die Landesplanungsbehörden bundeseinheitlich und qualitätsorientiert festlegen.

Änderungsvorschlag:

- Art. 1 Nr. 1 Abs. 1 S. 2 wird wie folgt geändert: „Das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht ab dem 1. April 2026 in einem Transparenzverzeichnis zur Krankenhausbehandlung...“
- Art. 1 Nr. 1 Abs. 3 S. 3, 4 entfallen.
- Art. 1 Nr. 7 Anlage 1 entfällt.
- Art. 2 Nr. 3 Abs. 3c entfällt.
- Art. 2 Nr. 5 Abs. 7 S. 1 wird wie folgt geändert: „...erstmalig bis zum 15. Januar 2026.“
- Art. 3 wird wie folgt gefasst: „Das Gesetz tritt am 01.07.2025 in Kraft“

Versorgungsstufen (Level) ermöglichen keinen Rückschluss auf die Versorgungsqualität

Der Gesetzentwurf teilt die Krankenhäuser in die vier Versorgungsstufen (Level) 1n, 2, 3, 3U (Art. 1. Nr. 1 Abs. 4) ein. Zusätzlich werden Level für Fachkliniken (Level F) und sektorenübergreifende Versorger (Level 1i) definiert. Einziges Kriterium für die Zuteilung eines Krankenhauses zu den Versorgungsstufen 1n bis 3U sind Zahl und Art der Leistungsgruppen. Diese sind von der Größe eines Krankenhauses abhängig.

Eine höhere Zahl an behandelten Patient:innen kann in Verbindung mit einer höheren Qualität gebracht werden. Die Größe des Krankenhauses erlaubt aber keinen Rückschluss auf die Zahl der behandelten Patient:innen in einer bestimmten Leistungsgruppe.

Vorgaben für Struktur- und Prozessqualität werden im Zuge der Krankenhausreform in den Leistungsgruppen hinterlegt (Eckpunktepapier – Krankenhausreform – vom 10.07.2023).

Bei der Zuordnung zur Versorgungsstufe spielen sie keine Rolle. Es lässt sich also kein Zusammenhang zwischen Versorgungsstufe und Qualität herstellen.

Für die Einschätzung der Qualität durch den Bürger sind die hier vorgeschlagenen Versorgungsstufen nicht zielführend. Das hier vorgeschlagene Transparenzverzeichnis kann auf dieses Werkzeug verzichten.

Änderungsvorschlag:

Art. 1 Nr. 1 Abs. 3 S.1 Nr. 2 entfällt.

Art. 1 Nr. 1 Abs. 4 entfällt.

Art. 2 Nr. 3 Abs. 3d S. 3 wird wie folgt gefasst: „Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen und der nach § 135d Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benannten Stelle barrierefrei die in Satz 1 genannten Daten sowie die Auswertung nach Satz 1 ~~und die Zuordnung der Standorte von Krankenhäusern zu Versorgungsstufen nach § 135d Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.~~“

Zuwendung als Teil der Qualität messbar machen

Die evangelischen Krankenhäuser sind der Überzeugung, dass sich eine qualitativ hochwertige Versorgung nicht nur in der medizinischen und pflegerischen Behandlung (messbare Kennzahlen) widerspiegelt. Zuwendung ist ein elementarer Teil des Behandlungsprozesses und ein Merkmal für die Ergebnisqualität. Sie spielt eine zentrale Rolle bei der Auswahl des Krankenhauses, insbesondere bei älteren und hochaltrigen Patient:innen, Patient:innen mit schwerer Behinderung und Patient:innen mit lebensbegrenzenden Diagnosen.

Die Diakonie Deutschland und der Deutsche Evangelische Krankenhausverband sind der Meinung, dass es höchste Zeit ist, einen Zuwendungsindex zu entwickeln. Dieser soll die Behandlungsqualität mit Patient:innenerleben und Arbeitsqualität für Mitarbeitende in den Kliniken verbinden. Dadurch wird das Konstrukt Zuwendung messbar und vergleichbar. Als evangelische Krankenhäuser sind wir überzeugt, dass klinische Behandlungsleistungen nur als Kombination aus medizinischer und pflegerischer Leistung und der an den Patient:innenbedürfnissen orientierten Zuwendung wirksam sind.

Mit freundlichen Grüßen

Maria Loheide
Vorständin Sozialpolitik
Diakonie Deutschland

Christoph Radbruch
Vorsitzender Deutscher Evangelischer
Krankenhausverband e.V.

Die Diakonie ist die soziale Arbeit der evangelischen Kirchen. Bundesweit sind 599.700 hauptamtliche Mitarbeitende in rund 33.031 ambulanten und stationären Diensten der Diakonie wie Pflegeheimen und Krankenhäusern, Beratungsstellen und Sozialstationen mit 1,2 Millionen Betten/Plätzen beschäftigt. Der evangelische Wohlfahrtsverband betreut und unterstützt jährlich mehr als zehn Million Menschen. Etwa 700.000 freiwillig Engagierte sind bundesweit in der Diakonie aktiv.

Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband e.V. (DEKV) vertritt mit 199 evangelischen Kliniken an 273 Standorten jedes neunte deutsche Krankenhaus. Die evangelischen Krankenhäuser versorgen jährlich mehr als 2 Mio. Patientinnen und Patienten stationär und mehr als 3,5 Mio. ambulant. Das ist bundesweit mehr als jeder 10. vollstationäre Patient. Mit über 123.000 Beschäftigten und einem Umsatz von mehr als 10 Mrd. € sind sie ein wichtiger Wirtschaftsfaktor. Der DEKV ist Branchenverband der evangelischen Krankenhäuser und Mitglied im Evangelischen Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. wie auch im Präsidium der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Der DEKV setzt sich insbesondere für eine zukunftsorientierte und innovative Krankenhauspolitik mit Trägervielfalt und Qualitätswettbewerb, verlässliche Rahmenbedingungen für die Krankenhausfinanzierung, eine Modernisierung der Gesundheitsberufe und für eine konsequente Patientenorientierung in der Versorgung ein.

Diakonie 
Deutschland


Deutscher Evangelischer
Krankenhausverband e.V.