



Wortprotokoll der 82. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 27. September 2023, 15:00 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
Webex-Meeting*.

Vorsitz: Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einzigiger Tagesordnungspunkt

Seite 6

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS
90/DIE GRÜNEN und FDP

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

BT-Drucksache 20/8408

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Ausschuss für Ernährung und Landwirtschaft

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
SPD	Baehrens, Heike Baradari, Nezahat Engelhardt, Heike Heidenblut, Dirk Mende, Dirk-Ulrich Mieves, Matthias David Moll, Claudia Müller, Bettina Pantazis, Dr. Christos Rudolph, Tina Stamm-Fibich, Martina Wollmann, Dr. Herbert	Bahr, Ulrike Cademartori Dujisin, Isabel Katzmarek, Gabriele Koß, Simona Machalet, Dr. Tanja Mesarosch, Robin Peick, Jens Schmidt (Wetzlar), Dagmar Schwartz, Stefan Stadler, Svenja Troff-Schaffarzyk, Anja Westphal, Bernd
CDU/CSU	Borchardt, Simone Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Monstadt, Dietrich Müller, Axel Pilsinger, Stephan Rüddel, Erwin Sorge, Tino Stöcker, Diana Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Czaja, Mario Föhr, Alexander Janssen, Anne Knoerig, Axel Lips, Patricia Müller, Sepp Stracke, Stephan Straubinger, Max Stumpp, Christina Timmermann-Fechter, Astrid
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Grau, Dr. Armin Heitmann, Linda Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Schulz-Asche, Kordula Wagner, Johannes Weishaupt, Saskia	Aeffner, Stephanie Bsirske, Frank Ganserer, Tessa Klein-Schmeink, Maria Piechotta, Dr. Paula Rüffer, Corinna Walter-Rosenheimer, Beate
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Lindemann, Lars Lütke, Kristine Teutrine, Jens Ullmann, Dr. Andrew	Bartelt, Christian Funke-Kaiser, Maximilian Helling-Plahr, Katrin Kober, Pascal Kuhle, Konstantin
AfD	Baum, Dr. Christina Dietz, Thomas Schneider, Jörg Sichert, Martin Ziegler, Kay-Uwe	Bachmann, Carolin Bollmann, Gereon Braun, Jürgen Reichardt, Martin Rinck, Frank
DIE LINKE.	Gürpınar, Ates Vogler, Kathrin	Möhring, Cornelia Sitte, Dr. Petra



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Liste der Sachverständigen zur öffentlichen Anhörung Krankenhaustransparenzgesetz

Mittwoch, 27. September 2023, 15:00 bis 16:30 Uhr

Paul-Löbe-Haus, Sitzungssaal E 300

Verbände/Institutionen¹

- Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS)
- Allianz-Kommunaler Großkrankenhäuser e. V. (AKG)
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)
- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)
- Bundesverband Gesundheits-IT e. V. (bvitg) (keine Teilnahme)
- Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
- Deutsche Stiftung Patientenschutz
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK)
- Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. (DEKV)
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) (keine Teilnahme)
- Deutscher Hebammenverband e. V. (DHV)
- Deutscher Pflegerat e. V. (DPR) - (Keine Teilnahme)
- Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. (Diakonie) (keine Teilnahme)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
- GKV-Spitzenverband
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK)

¹ Gesamtliste aller Fraktionen



- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR (KBV)
- Katholischer Krankenhausverband Deutschland e. V. (kkvd)
- Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V. Bundesverband
- Medizinischer Dienst Bund KöR
- Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)
- Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK)
- Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)
- Verband der Universitätsklinika e.V. (VUD)
- Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)
- Weisse Liste gemeinnützige GmbH
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Namentlich benannte Sachverständige

- Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke)²

² Auf Vorschlag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur öffentlichen Anhörung eingeladen.



Beginn der Sitzung: 15:04 Uhr

Einzigiger Tagesordnungspunkt

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

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

BT-Drucksache 20/8408

Die **amtierende Vorsitzende**, Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonthier** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Guten Tag, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauer:innen, sehr geehrte Sachverständige hier im Sitzungssaal vom Gesundheitsausschuss. Haben wir niemanden digital dabei? Wieso sehen wir niemanden auf dem [Würfel]? Zumindest möchte ich Sie digital gern begrüßen und würde gerne wissen, dass das auch angestellt ist. Sind die Sachverständigen jetzt gerade [da], können die uns hören oder können wir nur sie nicht sehen? Wenn wir sie im Moment noch nicht sehen können, ist das nicht schlimm, offensichtlich ist nur das Bild ausgefallen. Aha, Sie hören uns wunderbar. Dann fahre ich einfach fort. Dann ist das so eine Art Podcast-Format jetzt und wir kriegen das bestimmt gleich hin, dass wir uns auch gegenseitig sehen können. Also sehr geehrte Sachverständige digital und hier im Raum, sehr geehrter Vertreter der Bundesregierung, Staatssekretär Professor Edgar Franke, liebe Kolleg:innen, ich begrüße Sie alle ganz herzlich zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit. Die Sitzung ist eine Mischung aus Präsenzsitzung und Online-Meeting. Das kriegen wir gleich auch noch ein bisschen besser hin, dass wir uns auch sehen können, und vorab möchte ich Sie bitten, die Sie im Webex zugeschaltet sind, sich mit Klarnamen, Ihrem vollen Namen, anzumelden, damit wir wissen, wer an der Anhörung teilnimmt und natürlich Ihre Mikrofone zunächst auf stumm zu schalten. Das weitere Verfahren erläutere ich gleich. Zunächst sage ich kurze, knappe Worte zum Anhörungsgegenstand. Wir beschäftigen uns in dieser Anhörung mit dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP, Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz, kurz Krankenhaustransparenzgesetz und das finden Sie, die es nochmal nachlesen und nachgucken möchten, auf der Drucksache 20/8408. Sehr geehrte

Damen und Herren, was ist nun der Gegenstand dieses Gesetzes? Laut dem Gesetzentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit soll künftig zur Information der Bevölkerung und Aufklärung von Patient:innen aktuelle Daten über das Leistungsangebot und die Qualitätsaspekte des stationären Versorgungsgeschehens in Deutschland im Internet als Transparenzverzeichnis veröffentlicht werden. Dafür sollen die Krankenhäuser verschiedene Versorgungsstufen, sogenannte Level, zugeordnet und die Verteilung von Leistungsgruppen auf die einzelnen Standorte der Krankenhäuser soll so transparent dargelegt werden. Damit sollen die Bürger:innen die Möglichkeit erhalten, sich über das Leistungsgeschehen des jeweiligen Krankenhauses angemessen informieren zu können. Sie werden so in die Lage versetzt, eine selbstbestimmte und qualitätsorientierte Auswahlentscheidung für die jeweilige Behandlung treffen zu können. Das nur sehr kurz, ganz knapp zum Inhalt des Gesetzes. Jetzt erläutere ich Ihnen noch, wie die Anhörung funktioniert. Die meisten sind sehr erfahren hier im Anhörungsformat. Einige sind das erste Mal da oder noch nicht so oft dagewesen. Deshalb einmal für alle die Erläuterung. Uns stehen insgesamt 90 Minuten zur Verfügung. Diese 90 Minuten werden in drei Frageblöcken gemäß der Stärke der Fraktionen aufgeteilt. Das heißt, wenn Sie sich als Fragende und Sachverständige so kurz wie möglich fassen, dann können wir viele Fragen beantworten. Außerdem bitte ich die Sachverständigen, entsprechend der Regelungen im § 70 Absatz 6 Satz 3 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestags beim ersten Aufruf, das brauchen Sie nur einmal zu tun, beim ersten Aufruf etwaige finanzielle Interessenverknüpfungen in Bezug auf den Beratungsgegenstand offen zu legen. Das soll unsere öffentlichen Anhörungen sowohl für die Abgeordneten als auch für die Zuschauenden noch transparenter machen. Jetzt komme ich gerade zu den aufgerufenen Sachverständigen, die online teilnehmen und in dem Moment erscheinen auch Sachverständige hier auf dem Würfel im Ausschusssaal. Das heißt, die Bildübertragung funktioniert jetzt. Das freut mich. Sie schalten vor Beantwortung der Frage bitte Ihr Mikrofon und Ihre Kamera frei. Und das gilt jetzt für alle hier im Saal und digital. Jedes Mal, wenn Sie aufgerufen werden, sagen Sie einmal Ihren Namen und Ihren Verband. Wenn Sie dreimal hintereinander gefragt werden, dreimal hintereinander, jedes Mal Namen und Verband sagen. Die Anhörung



wird jetzt aufgezeichnet und dann morgen im Parlamentsfernsehen übertragen. Das Wortprotokoll wird auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Vielen Dank, dass Sie alle gekommen sind als Sachverständige. Ganz herzlichen Dank denen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Und diese sind auch auf der Internetseite des Ausschusses abrufbar. Einmal nochmal, wie gehen wir mit Mobiltelefonen hier in diesem Ausschuss um? So dass wir es auf stumm stellen, weil jedes Klingeln kostet fünf Euro für einen guten Zweck. Die Zuschauenden auf der Tribüne begrüße ich ganz herzlich. Ich darf Sie darauf hinweisen, dass jede Form von Beifalls- oder Missfallensbekundungen hier untersagt ist. Das heißt, Sie dürfen aufmerksam zuhören aber das nicht lautstark kommentieren, was hier passiert. Und Sie dürfen auch keine Aufzeichnung mit dem Handy oder anderen Devices vornehmen. Das war es zu dem, was man darf und was man nicht darf. Und jetzt kommen wir zur eigentlichen Anhörung. Und wir beginnen mit der ersten Frage. Und die stellt die Fraktion der SPD insgesamt erstmal für 13 Minuten. Frage, Antwort. Frau Baehrens hat das Wort. Bitte, Frau Baehrens.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Unsere erste Frage richtet sich an Herrn Strotbek von der Weissen Liste. Bitte stellen Sie uns aus Ihrer Erfahrung dar, warum die Datenaufbereitung und Präsentation einen so großen Stellenwert für das Gelingen des Krankenhaustransparenzverzeichnis hat. Welche Empfehlungen würden Sie uns geben?

Johannes Strotbek (Weisse Liste gGmbH): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Johannes Strotbek von der Weissen Liste. Wir beforschen dieses Feld seit fast 15 Jahren und betreiben auch ein eigenes Internetportal, um Patienten zu informieren. Das machen wir gemeinsam mit den Patienten- und Verbraucherverbänden. Und mittlerweile können wir konstatieren, es gibt da tatsächlich auch viel Forschung. Es ist ein eigenes Forschungsfeld und es gibt sozusagen einen Stand der Wissenschaft und Forschung. Und wenn man dessen Ergebnisse zusammenfassen soll, zeigt sich, dass Patientinnen und Patienten dann Gefahr laufen, ein falsches, objektiv falsches, Krankenhaus zu wählen, wenn in einem solchen Transparenzportal die Daten nicht patientengerecht aufbereitet sind. Und wie kann

das gelingen? Auch dazu gibt es Studienergebnisse, die heißen letztlich, man muss die Komplexität reduzieren. Das geht in vier Schritten. Nur Kliniken anzuzeigen, die tatsächlich geeignet sind, also von vornherein die Auswahl zu reduzieren. Nur tatsächlich entscheidungsrelevante Daten anzuzeigen und diese auch noch sehr stark zusammenzufassen. Natürlich sachgerecht, aber hoch aggregieren ist das Motto. Und zu guter Letzt diese Daten, die wenigen Daten, die man anzeigt, damit die Fülle der Daten nicht die Patientinnen und Patienten erschlägt. Die machen sonst ein Portal schlichtweg wieder zu und dann ist es nutzlos, diese Daten mit bewertenden Symbolen darzustellen. Das gelingt auf viele Wege. Wir haben uns für Sterne entschieden, weil die sowohl eine 86-jährige Dame versteht als auch der 19-jährige internetaffine Jugendliche. Zum Schluss, es kommt nicht so sehr darauf, an graduelle Qualitätsvergleiche zu machen. Auf die Nachkommastelle genau mit irgendwelchen komplizierten Daten und Tabellen, sondern es geht darum, letztlich eine eindeutige Handlungsempfehlung auszusprechen. Also es kommt auf Warnen und Empfehlen an. Das ist viel wichtiger als graduelle Vergleiche. Und das wünschen sich auch die Patientinnen und Patienten für ihre Klinikwahl.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Ich würde gerne anschließen wollen. Auch meine Frage an Herrn Strotbek von der Weissen Liste. Kann man als Folge des Transparenzverzeichnis mit Veränderungen im Verhalten der Patientinnen und Patienten bei ihrer Auswahlentscheidung für ein Krankenhaus rechnen? Und was sind Ihre Empfehlungen für uns?

Johannes Strotbek (Weisse Liste gGmbH): Vielen Dank für die Frage, Johannes Strotbek, Weisse Liste. Ja, man kann mit Veränderungen rechnen. Das können wir auch selbst belegen mit Daten. Wir haben viele Tausend Patientinnen und Patienten oder Ratsuchende des Portals befragt. Und da teilt sich die Rückmeldung so in Drittel, Drittel, Drittel. Ein Drittel sagt: ja, die Krankenhauswahl, die ich schon vage vorher getroffen habe, die wurde bestätigt durch so ein Portal. Das zweite Drittel sagt: ich habe meine Wahl sogar geändert. Also da hat es wirklich einen Impact auf die Handlungsentscheidung gehabt. Und das dritte Drittel hatte vorher einfach keine Wahl getroffen. Klar ist, dass es eine



Wirkung hat. Wir wissen auch, dass Portale von vielen Patientinnen und Patienten genutzt werden, insbesondere auch von Vermittlern, Beratungsstellen zum Beispiel, oder durch die Krankenkassen. Doch auch Beratende nutzen dieses Portal. Aber um wirklich einen Hebel zu erreichen, also wirklich viel mehr Menschen zu erreichen, braucht man noch mehr ein Portal, nämlich dass die Daten dort auftauchen, wo sie entscheidungsrelevant sind. 70 Prozent aller Menschen wollen, dass der Arzt sie darüber informiert, welches Krankenhaus geeignet ist. Das heißt, hier brauchen wir eine Schnittstelle in Praxisverwaltungssysteme. Zwei Drittel der Menschen wollen auch, dass diese Daten ihnen digital in ihrer elektronischen Patientenakte zur Verfügung gestellt werden. Da gibt es auch schon ein Vorbild für die Daten der Ärzte. Aus dem Nationalen Gesundheitsportal ist gesetzlich schon geregelt, das mit dem Handy zu verknüpfen. Und dann habe ich sozusagen die Daten am Point of Need, dort, wo ich sie auch wirklich brauche.

Abg. **Dirk-Ulrich Mende** (SPD): Ich würde eine Frage haben an das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen, Herrn Günster. Was sind aus Ihrer Erfahrung, die für die Patientinnen und Patienten besonders relevanten Informationen bei der Suche nach einem geeigneten Krankenhaus und was bedeutet das für die Datengrundlage des Transparenzverzeichnis?

Christian Günster (Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)): Mein Name ist Christian Günster. Ich spreche für das Wissenschaftliche Institut der AOK. Auch wir machen seit vielen Jahren eine öffentliche Berichterstattung über Kliniken mit einem eigenen Navigatoren-System und haben daraus Erfahrungen gesammelt, welche Informationen nachgesucht werden und welche Nachfragen Patienten und Patientinnen dabei auch stellen. Diese betreffen vor allen Dingen die Häufigkeit von Behandlungen. Als ein Maß dafür, welche Erfahrungen in einer Einrichtung besteht in der Behandlung einer bestimmten Erkrankung. Das betrifft insbesondere auch die operateursbezogenen Zahlen. Da greift der jetzige Entwurf des Krankenhaus Transparenzgesetzes, der Bezug nimmt auf die Leistungsgruppen, insofern zu kurz, als dass einige davon, oder viele davon, auch sehr heterogen sind und die Fallzahlen je Behandlungswunsch nicht direkt präsentieren.

Dabei darf man allerdings auch nicht stehenbleiben, nur die reinen Fallzahlen zu berichten, sondern es muss, wie mein Vorredner schon erläutert hat, auch eine Vereinfachung stattfinden in Form einer Kategorisierung: Ist das hier häufig? Ist das hier durchschnittlich? Ist das hier selten? Also Fallzahlen sind extrem wichtig. Zweiter Punkt: Es gibt eine ganze Reihe von qualitativ hochwertigen Zertifizierungen durch medizinische Fachgesellschaften mit nachgewiesenem Einfluss auf eine Versorgungsverbesserung. Sie kennen vielleicht die Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG). Wir waren selbst dort in einer Studie beteiligt, in der die Wirksamkeit der onkologischen Zentren im Hinblick auf Mortalität untersucht worden ist, wo sich erhebliche Überlebensvorteile bei der Behandlung durch solche zertifizierten Einrichtungen gezeigt haben. Hier ist das IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) auch dabei, oder das IQTIG hat Verfahren entwickelt, wie die Zertifizierung selbst wieder bewertet werden können, sodass hier auch qualitativ hochwertige Zertifikate ausgewählt werden können. Und der dritte und letzte Punkt, auf den ich kommen möchte, ist: immer wieder wird nachgefragt, Information nicht nur zu Strukturen und Prozessen, sondern auch zu Behandlungsergebnissen. War die Behandlung erfolgreich oder war sie auch nicht erfolgreich? Hat sie zu Komplikationen geführt? Und dass auch nicht nur in Bezug auf die wenigen Tage, die man im Krankenhaus war, sondern die Person mit einem Prothesenersatz, die interessiert nicht, hat es jetzt zehn Tage gehalten, sondern die möchte wissen, gab es innerhalb, also hat die Prothese auch später noch gehalten? Die meisten Komplikationen treten innerhalb eines Jahres auf. Deswegen ist eine Nachbeobachtung hier notwendig. Wie erreicht man die, ohne zusätzliche Dokumentationen in den Krankenhäusern auszulösen? Indem man auf Routinedaten setzt, die auch schon durch das IQTIG über den § 299 [Sozialgesetzbuch (SGB) V] ausgewertet werden können. Das Krankenhaustransparenzgesetz schafft jetzt noch weitere Möglichkeiten, durch Auswertung der § 21er-Daten im Krankenhausentgeltgesetz. Hier ist es absolut notwendig, auch Ergebnisqualitätsparameter stärker zu präsentieren, die auch Nachbeobachtungen mit umfassen. Hier gibt es etablierte Verfahren durch das WIdO. Ich sage jetzt mal Stichwort QSR [Qualitätssicherung mit Routinedaten], aber auch andere Gruppen wie IQM [Initiative



Qualitätsmedizin] haben hier tolle Arbeit geleistet.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Vielen Dank, Herr Günster. Ich würde Sie gerne gleich weiterfragen. Wo sehen Sie Möglichkeiten beim Aufbau des Transparenzverzeichnisses, den bürokratischen Aufwand, vor allen Dingen in den Krankenhäusern, zu verringern?

Christian Günster (Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)): Christian Günster für das Wissenschaftliche Institut der AOK. Das zentrale Hilfsmittel, um den Dokumentationsaufwand im Krankenhaus erst gar nicht entstehen zu lassen oder deutlich zu verringern, ist, die Daten zu nehmen, die bereits in den Dokumentationsprozessen, die im Krankenhaus ohnehin anliegen, entstehen. Und da sind ganz zuvörderst, die Routinedaten aus der Abrechnung zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern zu nennen. Die sogenannten Routinedaten, die entstehen in den Kliniken, aber auch in der Stammführung der Kassen. Eine Information zum Beispiel über die 30-Tage-Sterblichkeit, wie jeder Kardiologe, jeder Herzchirurg nachfragt. Die lässt sich durch die Zusammenführung dieser Daten sehr leicht und ohne zusätzlichen Aufwand in der Dokumentation für ärztliches und pflegerisches Personal ermitteln und darauf ist zu setzen.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine Frage richtet sich an das InEK, an Herrn Dr. Heimig. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass das Transparenzverzeichnis am 1. April 2024 veröffentlicht wird. Eine wesentliche Datengrundlage für das Transparenzverzeichnis bilden die Daten des § 21 Krankenhausentgeltgesetz über Strukturmerkmale und Leistungen der Krankenhäuser. Die Krankenhäuser liefern diese Daten bis zum 31. März 2024 an das InEK, das die Daten auf Plausibilität prüft. Können Sie uns bitte erläutern, welche Verfahrensschritte üblicherweise erforderlich sind, um aus den Datenlieferungen der Krankenhäuser eine konsistente und fehlerfreie Datenbasis zu erstellen und wie viel Zeit dafür benötigt wird? Was ist aus Ihrer Sicht ein realistischer Starttermin für das Transparenzverzeichnis?

Dr. Frank Heimig (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK)): Herzlichen Dank für

die Frage. Frank Heimig für das InEK. Ich habe keinen finanziellen Interessen in Bezug auf den heute diskutierten Gegenstand oder die Gesetzesvorlage. Zur Erläuterung. Die Annahme der Daten nach § 21, also die routinemäßige Übermittlung, Herr Günster nannte es eben, auch dort entstehen Routinedaten. Die startet üblicherweise Anfang März, meistens um den 1. März herum. Und an die Lieferfrist, die gesetzlich festgesetzte Lieferfrist, bis zum 31. März, also einen Monat später, schließt sich dann eine vierwöchige Korrekturfrist an. Krankenhäuser, die frühzeitig liefern und damit in das Prüfverfahren früh einsteigen, haben dann etwa so acht Wochen Zeit für Korrekturen, Überarbeitungen, Verbesserungen oder andere Darlegungen. Mindestens hat man jedoch, durch die Verpflichtung zu liefern bis zum 31. März, vier Wochen Zeit für Korrekturen. Und in diesem Zeitraum, um mal einen Eindruck zu geben, übermitteln die Krankenhäuser ihren gesamten Strukturdatensatz, Betten, Patienten, Diagnosen, Prozeduren, Fachabteilungen, Eingriffe, alles, was dazu gehört, Alter, Geschlecht, Beatmung. Typischerweise, das sind mehrere Datensätze im Schnitt, sieben bis acht Mal an das InEK. Und große Krankenhäuser mit komplexeren Strukturen, mehreren Standorten, vielen Fachabteilungen, auch 20- bis 30-mal, einige noch sehr viel mehr. Und in diesen Korrekturmeldungen beantworten die Krankenhäuser Auffälligkeiten in den Prüfungen, die unsererseits, durch das InEK, nicht zuzuordnen sind oder den wir für erläuterungsbedürftig halten. Und zwar Auffälligkeiten bezogen auf die Plausibilität, und diese Fehler werden dann sehr häufig durch erneute Datenlieferung oder durch Teildatenlieferung verbessert oder korrigiert. Und diese Plausibilitätsprüfung, so wie wir sie nennen, umfasst die gesamte Datenübermittlung. Diagnosen und Prozeduren werden darauf überprüft, ob sie zulässig sind, ob sie zum Patienten passen. Es wird geprüft, ob die Verlegungskette eines Fachabteilungsaufenthalts eines Falles, ob die überhaupt vollständig ist, ob für den gesamten Zeitraum alle Daten zugeordnet sind. Und in den Strukturdaten, die sind hier von besonderer Bedeutung auch für die weiteren Entwicklungen, werden geprüft, ob die Betten richtig zugeordnet sind, ob die Angaben auf Fachabteilungsebene, ob das zu den Standorten passt, und wiederum, ob der Patient seinen Durchlauf durch die verschiedenen Fachabteilungen in seiner „Patientenkarriere“ richtig dokumentiert bekommt. Und die Prüfungen, wir



nehmen ja bereits Personaldaten an; die Prüfung bei der Personalerfassung führen in Summe zum Beispiel zu ganz vielen hundert Einzelnachfragen unsererseits bei den Krankenhäusern. Und man muss wissen, der letzte Termin, vier Wochen nach dem 31. März, das ist sowas wie High-Noon bei uns, weil quasi alle Krankenhäuser noch einmal am letzten Tag übermitteln. 1 600, 1 700, 1 800 Krankenhäuser versuchen, am letzten Tag ihre Daten nochmal zu bessern. Entscheidend für diese Datenerhebung ist, dass die Festlegungen dafür frühzeitig festliegen. Diese sogenannte Datensatzbeschreibung liegt im allgemeinen Verfahren vier bis fünf Monate vor dem Start der Datenerhebung vor. Dort wird genau festgelegt, welche Daten wie und in welchem Format zu übermitteln sind. Das bauen dann die Softwarehersteller in die Krankenhausinformationssysteme, damit diese Anpassung eine korrekte, fristgerechte, vollständige Datenerhebung erwirbt. Bereits in dem jetzt geschilderten Zeitraum, in den Zahlen, sind große Anstrengungen bei allen Beteiligten, insbesondere bei den Krankenhäusern, für ein Gelingen der Datenannahme notwendig. Aus unserer Sicht ist der vorgegebene Termin des 15. Januar, gerade aus der Erfahrung der Erfassung des Pflegepersonals, jetzt schon viel zu knapp. Wir überfordern die Häuser. Deshalb haben wir angeregt, dass wir den regulären Datentermin zum 31. März wahrnehmen und nicht zum 15. Januar, und in das typische geübte Verfahren der Veränderung der Datensätze rahmen. Das würde dazu führen, dass das Transparenzverzeichnis etwa zwei Monate später kommt.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Auch herzlich willkommen von meiner Seite, von meiner Fraktion an die Sachverständigen. Meine Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, an Herrn Dr. Gaß. Mich würde interessieren, wie bewerten Sie die Auswirkungen des vorliegenden Gesetzentwurfs für ein Krankenhaustransparenzgesetz im Hinblick auf die Zielsetzung, seinen Mehrwert für Patientinnen und Patienten sowie die Krankenhausversorgung insgesamt? Vielen Dank.

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Herr Abgeordneter für die Frage. Gerald Gaß, Deutsche Krankenhausgesellschaft. Wir haben es sehr bedauert, dass dieses richtige Ziel eine Verbesserung im

Bereich der Krankenhaustransparenz zu erzielen, auch im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform in einer Art und Weise in der Öffentlichkeit diskutiert und dann als Zielsetzung vom Minister vorgeschlagen wurde, die wir als problematisch erachtet haben. Es ist eingeführt worden, dieser Vorschlag und diese Idee mit dem Hinweis, die Krankenhäuser würden Daten zurückhalten, die den Patienten eigentlich zugehen müssten, um dann eine korrekte Krankenhauswahl zu treffen. Das ist natürlich ein schwieriger Vorwurf und insofern ist auch daran, aus unserer Sicht zu bemessen, ist das denn jetzt tatsächlich erfüllt. Wir stellen fest, dass mit diesem Krankenhaustransparenzgesetz keine neuen, bisher unveröffentlichten, Qualitätsdaten veröffentlicht werden sollen und können, weil es die einfach auch gar nicht gibt. Die liegen gar nicht vor, sondern dieses neue Gesetz und dann auch das daraus resultierende Transparenzportal, wird insofern die vorhandenen Qualitätsdaten, die aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser auch heute schon erzeugt und veröffentlicht werden, aber auch die IQTIG-Daten, die ebenfalls erzeugt und veröffentlicht werden, nochmals neu zusammenfassen, vielleicht in einer übersichtlicheren Art und Weise. Das können wir im Moment noch nicht beurteilen. Und tatsächlich als neue Information wird den Patienten dann voraussichtlich zur Verfügung gestellt, eine Zuordnung einzelner Krankenhausstandorte zu Leveln, die es heute noch nicht gibt, die sozusagen definiert wurden vom BMG anhand einer bestimmten Anzahl von Leistungsgruppen, die dann in diesen verschiedenen Leveln vorkommen sollen. Zum Zweiten werden die Patienten-Behandlungsdaten, die wir eben schon gehört haben, aus der Vergangenheit jetzt Leistungsgruppen zugeordnet, die es ebenfalls heute noch nicht gibt, für die auch keine Zuordnung zu den Krankenhäusern existiert. Und das Dritte, was gemacht werden soll, ist, dass die Personaldaten der Ärzteschaft, die auch heute schon veröffentlicht werden, noch mal differenziert werden sollen in Ärzte, die in der bettenführenden Versorgung sind und ansonsten an anderer Stelle im Haus tätig sind. Insofern ist daran der Mehrwert zu bemessen, Herr Sorge, und wir sind der Auffassung, und das haben auch andere Sachverständige so bestätigt, dass die schlichte Levelzuordnung von Krankenhäusern keinen Erkenntnisgewinn für die Patienten bringt, im Hinblick auf die konkrete Behandlungssituation, weil nachgewiesenermaßen Krankenhäuser unterschiedlichster



Versorgungsstufen sehr gute Qualität liefern können. Das können Sie auch anhand der aktuellen Transparenzverzeichnisse, wir haben die Weisse Liste gehört, es gibt weitere auch von uns, nachlesen. Es gibt keinen zusätzlichen Erkenntnisgewinn über die Einteilung der bisherigen Behandlungen in Leistungsgruppen, die den Krankenhäusern gar nicht bekannt waren in der Vergangenheit. Insofern müsste man das tatsächlich in die Zukunft gerichtet machen. Und es gibt nach unserer Kenntnis auch keine Evidenz dafür, wie viele Mediziner jetzt in einer bettenführenden Versorgung gut sind für die Patienten und wie viele Mediziner vielleicht im OP gut sein können für die Versorgung der Patienten. Auch das scheint uns kein Mehrwert zu sein. Insofern haben wir da schon erhebliche Fragen. Ich will aber abschließend noch mal deutlich machen, wir sprechen uns nicht gegen eine Verbesserung der Transparenz aus. Wir können uns auch gut vorstellen, dass Daten perspektivisch noch ergänzt werden, dass auch die Themen Leistungsgruppen und Qualitätsvorgaben zukünftig eine große Rolle spielen können. All das ist durchaus denkbar und sicherlich auch richtig. Muss man aber machen, wenn auch diese Entscheidungen politisch getroffen sind und von den Ländern umgesetzt wurden. Vielen Dank.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Vielen Dank. Ich würde gerne noch eine Frage anschließen, diesmal an den Bundesverband Deutscher Privatkliniken, an Herrn Bublitz. Weisse Liste ist angesprochen worden. Deshalb meine Frage: Welchen konkreten zusätzlichen Mehrwert sehen Sie denn in dem Transparenzverzeichnis über die bereits veröffentlichten Daten des Deutschen Krankenhausverzeichnisses, also Weisse Liste etc., jährliche Qualitätsberichte, hinaus, wo ist denn da der konkrete Mehrwert? Also welchen sehen Sie denn da gegebenenfalls?

Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK)): Thomas Bublitz, Bundesverband Deutscher Privatkliniken. Keine finanzielle Interessensverknüpfung. Offen gesagt sehen wir keinen Mehrwert, in enger Zustimmung auch zu den Ausführungen von Herrn Dr. Gaß. Wenn man Qualität bewerten will, dann muss man Daten erheben, die Qualität messen und Qualität auch bewerten und in eine Relation setzen. Und da sind wir

genau an dem Punkt, den Herr Dr. Gaß gerade ausgeführt hat. Das, was neu ist mit dem Krankenhaustransparenzgesetz, ist die Zuordnung von Krankenhäusern in Leveln und das wesentliche Kriterium, das das ansteuert, ist die Zahl der Fachabteilungen. Und jetzt mal auf den Punkt gebracht. Hilft es ihnen als Prostata-Krebspatient überhaupt nicht, wenn Sie wissen, dass in diesem Krankenhaus eine Geburtshilfe und eine Stroke -Unit zusätzlich ist. Das sagt relativ wenig aus, wie gut die Behandlung läuft. Also wir müssen einfach zur Kenntnis nehmen, wir brauchen für eine patientenorientierende und dem Patienten helfende Qualitätsbewertung nicht nur Strukturdaten, sondern wir brauchen auch Prozess- und Ergebnisqualitätsdaten. Die sehen wir hier nicht. Also insofern müssen wir an dieser Stelle tatsächlich ein dickes Fragezeichen an dieses Kriterium der Krankenhauslevel machen. Das verwirrt den Patienten eher, als dass es ihm hilft.

Abg. **Diana Stöcker** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Herrn Dr. Gaß. Wie bewerten Sie das Transparenzverzeichnis vor dem Hintergrund der Eckpunkte zur Krankenhausreform, sowie in Verbindung mit der Krankenhausplanung der Länder? Welche Friktionen sehen Sie?

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Vielen Dank, Frau Vorsitzende, Frau Abgeordnete, für die Frage. Gerald Gaß, Deutsche Krankenhausgesellschaft. Wir haben alle miterlebt, dass es zwischen Bund und Ländern im Zuge der Krankenhausreform eine sehr intensive Diskussion, ich will es mal so formulieren, um das Thema Krankenhauslevel gab. Die Länder waren der Überzeugung, dass eine Level-Einordnung der Krankenhäuser nicht erforderlich ist angesichts der gewachsenen Krankenhausstrukturen und insbesondere auch der zum Teil hohen Spezialisierung von Kliniken, insbesondere auch Fachkliniken in ganz bestimmten Behandlungsbereichen und dass hier eine grundsätzliche Level-Einordnung und Zuordnung möglicherweise Signale an die Patientinnen und Patienten oder an die einweisenden Ärzte aussendet, die aus Sicht der Krankenhausplanung nicht gewünscht sind. Hintergrund von dieser Auffassung ist, dass die Krankenhausplanung bewusst in Zukunft bestimmte Leistungsgruppen



bestimmten Krankenhäusern zuordnen wird. Darüber besteht Einigkeit zwischen Bund und Ländern, dass das so erfolgen soll. Und dieser Einordnung oder Zuordnung von Leistungsgruppen sollen dann auch Patienten idealerweise folgen, denn damit sind Kapazitäten verbunden, Investitionen verbunden. Es sind Beschäftigungsverhältnisse in Form von Personal und Fachkräften verbunden. Und das ist sozusagen der Ordnungsrahmen, in dem zukünftig bundeseinheitlich Patientenzuordnung dem Grunde nach auch über Krankenhausplanung erfolgen soll. Wenn jetzt trotz dieser Vereinbarung in den Eckpunkten, dass es keine Level-Zuordnung geben soll, jetzt eine Level-Zuordnung im Rahmen dieses Transparenzverzeichnisses erfolgt, was ein Signal an die Patienten aussenden soll, sonst würde man es nicht machen. Es würde keinen Sinn machen, wenn es keine Folgen haben soll. Also ein Signal an die Patienten, die dieses Transparenzverzeichnis zur Kenntnis nehmen und auch an einweisende Ärzte, die sagen, wenn ich also gleichwertige Qualitätsdaten habe in den verschiedenen Standorten, dann ist möglicherweise die Level-Zuordnung, also Level 3, Level 2, höherwertig zu bewerten und empfehlenswert für die Patienten dann dort hinzugehen. Das würde dazu führen, dass Patientensteuerung erfolgt in Krankenhausstandorten, ich sage das mal ganz bewusst, vielleicht auch in Universitätskliniken, wo dann Kapazitäten, die eigentlich für hochkomplexe Behandlungen erforderlich sind, überfüllt oder sehr ausgefüllt werden durch die Patienten, die an anderer Stelle sehr gut behandelt werden könnten. Und das ist eine große Sorge, die wir haben. Gleichzeitig würde es natürlich dazu führen, dass sich zukünftig Fachkräfte sehr gut überlegen, gehe ich denn dann noch in eine Fachklinik, Level 1 oder 2, oder gehe ich dann nicht vielleicht in Level 3, weil dort am Ende des Tages auch für mich die höherwertige Arbeit ansteht. Und das sind aus unserer Sicht Fehlsteuerungen, die damit verbunden wären und deshalb haben wir uns auch sehr dagegen ausgesprochen, jetzt im Rahmen dieses Krankenhaustransparenzverzeichnisses die Level sozusagen entgegen der Vereinbarung mit den Ländern in der Krankenhausplanung an dieser Stelle einzuführen. Vielen Dank.

Abg. **Axel Müller** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage und zwar sowohl an den Verband der Universitätskliniken und den Deutschen Evangelischen

Krankenhausverband. Welche Bedeutung hat aus Ihrer beider Sicht eine patientenbezogene Risikoadjustierung für eine vergleichende Darstellung der Krankenhausqualität mit Blick auf die Multimobilität mancher Patienten? Und sehen Sie in diesem aktuellen Entwurf diese sichergestellt? Und wenn nein, warum nicht, was würden Sie stattdessen vorschlagen? Dankeschön.

Jens Bussmann (Verband der Universitätsklinika e. V. (VUD)): Jens Bussmann vom Verband der Universitätsklinika Deutschlands. Eine vergleichende Darstellung der Krankenhausqualität darf natürlich den Versorgungskontext und den Auftrag der einzelnen Krankenhäuser nicht außer Acht lassen. Gerade mit Blick auf Uniklinika, aber auch andere Großkrankenhäuser, wo vielfach und überproportional viele schwer erkrankte Patientinnen und Patienten versorgt werden und die oftmals dann auch der letzte Rettungsanker für diese Patientengruppen sind, werden die Ergebnisse anderenfalls falsch dargestellt und letztendlich auch das Ziel, dem Bürger richtig zu informieren, wird damit womöglich verfehlt. Der Gesetzentwurf selbst enthält keine dezidierten Vorgaben zum Thema Risikoadjustierung. Wenn man aber zu Recht mit dem Verzeichnis auch Informationen über die Qualität der Versorgung zur Verfügung stellen möchte, dann darf man eine angemessene Risikoadjustierung nicht außer Acht lassen, auch wenn das ganze Vorhaben sehr ambitioniert ist. Wir kennen aus internationalen Beispielen, dass der Anreiz ansonsten, dass Krankenhäuser vielleicht risikobehaftete Versorgung vermeiden, zu groß wird. Und das wäre nicht im Sinne dieses Gesetzes auf jeden Fall. Und insofern halten wir es für wichtig, dass man für die Risikoadjustierung die wissenschaftliche Community, wie Versorgungsforscher beispielsweise, mit einbezieht und in dem Zusammenhang auch einen dezidierten wissenschaftlichen Expertenstab für das Krankenhausverzeichnis oder Transparenzverzeichnis einbezieht. Das Ganze gilt aus unserer Sicht umso mehr, als dass man auch das Ziel hat, Routinedaten aus der Abrechnung zugrunde zu legen. Gerade diese Daten bilden bekanntermaßen nicht vollumfänglich die medizinische Realität ab, sondern sie folgen eher der Logik des DRG-Systems, der Kodierrichtlinie, auch der MD-Prüfpraxis ist. Und insofern halten wir es für angemessen, den Expertenstab an das Gesetz ranzuhängen. Vielen Dank.



Abg. **Prof. Dr. Armin Grau** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an Dr. Gogol von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Ich möchte Sie fragen, inwiefern das aus Ihrer Sicht sinnvoll sein kann bei den Angaben zur personellen Ausstattung, die bisher Pflegekräfte und Ärztinnen einbezieht, zumindest in einzelnen Abteilungen und Leistungsbereichen auch andere Berufe, Therapeutinnen, Hebammen, Sozialarbeiterinnen einzubeziehen?

Dr. Manfred Gogol (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)): Gogol, keine finanziellen Verbindungen im Rahmen dieses Themas. Kernbereiche der ärztlichen oder medizinischen Leistung für einen Patienten sind natürlich die Ärzte, sind die Pflegekräfte und sind andere Gesundheitsberufe. Und es ist natürlich essenziell, dass wir diese Berufe erfassen. Die ärztliche Leistung oder die ärztlichen Zahlen, bezogen auf einen Fachbereich und zukünftig auch auf eine Leistungsgruppe, werden zukünftig erfasst werden. Pflegekräfte werden wir differenzierter zuordnen können. Wir haben über die Erfassung von Destatis sowieso schon viele Berufsprofessionen erfasst. Was wir dringend benötigen, sind auch die sonstigen Gesundheitsprofessionen wie zum Beispiel Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie. Und es gibt eine Vielzahl von anderen Berufen, die in bestimmten Bereichen im stationären Leistungsgeschehen tätig sind, die zu einem Patienten-Outcome positiv bzw. wenn sie fehlen auch negativ beitragen. Deswegen haben wir von Seiten der AWMF sehr empfohlen, sozusagen auch diese Berufsgruppen zu erfassen, weil sie können zum Beispiel Unfallchirurgie, orthopädische Leistungen ohne eine Frühmobilisation durch ein entsprechendes geschultes und kompetentes Personal nicht leistungsgerecht erbringen.

Abg. **Prof. Dr. Armin Grau** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Die nächste Frage geht an den GKV-Spitzenverband, Herrn Wolff und Herrn Grunenberg. Es ist im Grunde eine doppelte Frage. Wäre es aus Ihrer Sicht wichtig, Informationen zur Vorhaltung von Personal, dabei auch die Einhaltung von Mindestpersonalvorgaben beim Pflegepersonal zu veröffentlichen und zweitens dabei auch den Anteil von Leiharbeitskräften in den Kliniken

zu berücksichtigen? Und lässt sich das jeweils unbürokratisch machen?

Johannes Wolff (GKV-Spitzenverband): Johannes Wolff, GKV-Spitzenverband. Vielen Dank. Es macht total Sinn, weitere Pflegeberufe, Daten damit einzu beziehen. Das geht auch alles unbürokratisch. Es liegen im InEK schon Daten zu den Pflegeuntergrenzen vor, zum Pflegepersonalquotienten und auch Kennzahlen zum Pflegebudget. Das lässt sich also ohne Weiteres machen. Und auch die G-BA-Kennzahlen zu Psychiatriepersonalvorgaben lassen sich in dieses Register ohne Probleme integrieren. Es macht auch Sinn, das Leihpersonal mit aufzuführen, auch schon unter zwei Aspekten. Einmal macht es immer Sinn, feste Teams zu haben, die untereinander eingespielt sind. Und zweitens wird im Zuge der Krankenhausreform das ärztliche Personal ein Schlüssel für die Leistungsgruppen und insofern sollte es dann noch angestelltes Personal des Krankenhauses sein. Danke.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Herzlichen Dank. Meine Frage geht an Herrn Dr. Gronemeyer vom Medizinischen Dienst. Sie sind, glaube ich, auch online dabei. Und Sie hatten vorgeschlagen, doch die sogenannten Never Events auch zum Bestandteil des Transparenzregisters zu machen. Können Sie uns erläutern, warum das aus Ihrer Sicht ein Vorteil für die Patientinnen und Patienten wäre? Und haben Sie noch weitere Punkte, die Sie in dieses Register gerne aufgenommen hätten?

Dr. Stefan Gronemeyer (Medizinischer Dienst Bund KöR): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Vielen Dank für die Frage, Stefan Gronemeyer, Medizinischer Dienst Bund. Never Events sind klar definiert als schwerwiegende, vermeidbare, unerwünschte Ereignisse wie Seitenverwechslungen oder Medikationsfehler. Und jeder weiß, dass solche Dinge vorkommen. Das wissen auch die Patientinnen und Patienten. Aber es gibt bisher darüber keinerlei echte Transparenz. Für Patient:innen sind neben Informationen zum Versorgungsangebot und zur Qualität auch Informationen zur Sicherheit der Behandlung von großer Bedeutung. Der Nutzen für Patient:innen liegt also in der leichten Verständlichkeit, weil Informationen zu Never Events keiner



Risikoadjustierung bedürfen. Patient:innen erfahren etwas über die Sicherheit der Behandlung und den Umgang mit Fehlern in einem Krankenhaus. Nicht zuletzt würde diese Transparenz auch einen deutlichen Impuls für die Sicherheitskultur in Deutschland setzen, von dem die Patient:innen durch eine bessere Fehlervermeidung profitieren. Deshalb sind solche Informationen in anderen Gesundheitssystemen auch schon lange etabliert. Was in dem Gesetz dann geregelt werden sollte, wäre, dass es erstens eine verbindliche Never Event-Liste in Deutschland gibt, die konsentiert wird, und zweitens, dass es einen Meldeweg gibt an eine Vertrauensstelle, damit die Daten in das Transparenzportal überführt werden können. Vielen Dank.

Abg. **Prof. Dr. Armin Grau** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ja, vielen Dank. Meine nächste Frage richtet sich an das IQTIG, an Professor Heidecke. Ich möchte fragen, inwiefern lässt sich aus Ihrer Sicht perspektivisch die Personalausstattung, nicht nur auf den Krankenhausstandort oder die Fachabteilung, sondern später auch auf Leistungsgruppen sinnvoll beziehen?

Prof. Dr. Claus Dieter Heidecke (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)): Vielen Dank für die Frage, Claus Dieter Heidecke, IQTIG. Ich befürchte aber, dass ich der falsche Ansprechpartner bin. Das ist eigentlich eine Frage, die Herr Heimig beantworten sollte, weil wir diese Daten, außer dass sie in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser als freiwillige Angabe oder als ungeprüfte Angabe vorliegen, eigentlich nicht verwenden würden. Also uns würde es sehr daran liegen, dass das tatsächlich geprüfte Daten sind, die belastbar sind.

Dr. Frank Heimig (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK)): Frank Heimig aus dem InEK. Danke für die Frage. In der Tat ist es so, die Zuordnung zu Personal auf Leistungsgruppen halte ich für sehr schwierig, teilweise nicht durchsetzbar. Man muss sich vorstellen, Leistungsgruppen an sich sind inhomogene Klassen. Diese Patienten liegen durchaus in einer Leistungsgruppe auf mehreren Stationen. Genauer gesagt besteht die typische Einheit im Krankenhaus, die Station sozusagen, kann eine ganz unterschiedliche Zahl von

Leistungsgruppen betreffen. Am Beispiel Neurochirurgie, spezielle Traumatologie, zum Beispiel mit wiederherstellender Chirurgie und allgemeiner Chirurgie. Das sind Leistungsgruppen, die sich inhaltlich sehr ähnlich sind. So etwas kann durchaus auf einer Station vorliegen, unabhängig von interdisziplinärer Belegung. Dann dort Personal zuzuordnen, also Frau Doktor Sowieso gehört zu diesen Patienten anteilig, das halten wir für sehr schwer möglich. Wir würden dazu raten, das zunächst einmal mit der Leistungsgruppenzuordnung nicht umzusetzen. Danke.

Abg. **Prof. Dr. Armin Grau** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Noch eine kurze Frage an die Arbeitsgemeinschaft Kommunaler Großkrankenhäuser. Ich würde noch mal fragen, wie wollen Sie den Qualifikationsmix, etwa bei der personellen Besetzung in den einzelnen Berufsgruppen, vor allem bei den Ärzt:innen, darstellen? Welche Berufsgruppen wollen Sie berücksichtigen?

Dr. Matthias Bracht (Allianz-Kommunaler Großkrankenhäuser e. V. (AKG)): Vielen Dank für die Frage. Matthias Bracht, Allianz Kommunaler Großkrankenhäuser. Natürlich ist auch unsere Auffassung, dass es richtig ist, die Verfügbarkeit vom qualifizierten Personal abzubilden und transparent zu machen. Natürlich in der Zielrichtung, über alle am Prozess beteiligten Berufsgruppen, über die Untergrenzen in der Pflege, haben wir da schon eine Darstellung, würden wir auch dringend zu raten, die aufzunehmen. Und bei den Ärzten ist für uns ganz wichtig, dass die Differenzierung quantitativ, aber auch qualitativ erfolgt. Und da haben wir ja verschiedene Stufen. Da gibt es Ärzt:innen-Weiterbildung, dann gibt es Fachärzt:innen, aber auch Fachärzt:innen sind nicht gleich Facharzt, sondern es geht um die Schwerpunktbezeichnung und um die Zusatzbezeichnung, die wesentlich sind und wo wir empfehlen würden, dass sie entweder auf Ebene der Leistungsgruppen, dann primär sozusagen, als Kriterium definiert sind oder eben dann in einem ersten Schritt im Transparenzgesetz auf Fachabteilungs- bzw. Hausebene. Das wäre zumindest ein erster Schritt, um die Transparenz zu erhöhen. Die Zielrichtung sollte dann aber sein, das auf Leistungsgruppen zu beziehen. Aber das kann ja aus unserer Sicht durchaus ein Prozess sein, den man methodisch entwickeln muss.



Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine erste Frage richtet sich an den Gemeinsamen Bundesausschuss. Wie bewertet der G-BA den aktuell geplanten Direktzugriff des Bundesministeriums für Gesundheit auf das IQTIG, also das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, insbesondere unter Beibehaltung der aktuellen Finanzierungsregelung?

Prof. Josef Hecken (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Ganz herzlichen Dank Frau Vorsitzende, Frau Abgeordnete, für diese Frage, Josef Hecken, G-BA, keine finanziellen Interessenskonflikte. Erste Vorbemerkung, was alle anderen auch bereits gesagt haben, Transparenz ist richtig und wichtig, aber Transparenz muss aussagekräftig und belastbar sein, damit sie keine Patientenströme fehlleitet. Und hier bin ich bei Ihrer Fragestellung, Frau Abgeordnete. Ich sehe hier einen untrennbaren Zusammenhang zwischen Aufgaben, die der Gemeinsame Bundesausschuss im Bereich der Qualitätssicherung zu erledigen hat und dem, was die Bundesregierung mit dem jetzigen Gesetzentwurf verfolgt. Das IQTIG hat den Auftrag, uns bei Aufgaben der Qualitätssicherung zu unterstützen. Es hat heute schon große Probleme, die Aufgaben fristgerecht zu erfüllen. Das betrifft Mindestmengen, das betrifft Patient-Reported Outcomes, das betrifft viele andere Dinge, die sehr relevant für die Qualitätssicherung sind. Aber, und damit sind wir bei diesem Gesetz, das IQTIG hat auch den wichtigen Auftrag, Qualitätsindikatoren zu ermitteln, die am Ende des Tages geeignet sind, neben blanker Strukturqualität auch Outcome-Qualität belastbar zu messen. Denn allein das Vorhandensein bestimmter Strukturen ist wichtig, aber gewährleistet nicht gleichbleibende Behandlungsqualität. Der Verband der Universitätsklinika hatte das angezeigt. Wir brauchen bestimmte risikoadjustierte Indikatoren, die für die Messung der Behandlungsqualität zugrunde gelegt werden, wenn wir Patienten nicht in die Irre leiten wollen. Und ich knüpfe an, an das, was die Weisse Liste sagte, weil die ja immer gemeinhin als das Muster der Einfachheit dargestellt wird. Die Liste legt bei so trivialen Interventionen wie Kniegelenkersatz, Hüftgelenkersatz und Brustkrebsoperationen, neun, sieben oder zehn Indikatoren zugrunde, die resultieren aus dem, was das IQTIG für den G-BA macht. Wenn jetzt der Bundesminister für Gesundheit einen prioritären Zugriff auf das IQTIG hat, mit der Folge, dass die

ohnehin nur in manchen Fällen zögerlich ablaufende Auftragsbearbeitung dann eben fokussiert wird auf die Zuordnung von irgendwelchem Personal zu Leistungsgruppen, die wir nicht kennen, die trennscharf nicht möglich ist, und damit eben die elementaren Dinge, wie zum Beispiel die risikoadjustierte Messung von Outcome-Qualität, eben nicht mehr fortentwickelt werden kann, Patient-Reported Outcomes, die auch ganz wichtig sind, nicht mehr einfließen können, befürchte ich, dass wir jetzt im nächsten Jahr vielleicht noch über die Runde kommen mit den alten Daten, die hat Herr Heidecke ja, das ist ja alles kein Problem, aber dass wir gerade bezogen auf die neuen Leistungsgruppen, die ja sehr heterogen sind, die Entwicklungen, die wir zwingend brauchen, um den Patientinnen und Patienten einfache Informationen, und da bin ich ganz bei der Weissen Liste, meine Qualitätsberichte mit 3 877 Seiten, die helfen niemandem, die verstehe ich auch nicht; aber gerade in der Vereinfachung liegt eben das Kunststück, weil eben mit solchen schlicht vereinfachenden Dingen die Outcome-Qualität nicht messen, Patientenströme gesteuert werden, Haftungsrisiken verbunden werden und, ich treibe es auf die Spitze, Patientengefährdung am Ende des Tages betrieben werden kann, und deshalb sage ich, halte ich das für sehr gefährlich, jetzt zu sagen, das ist der Auftrag, alles andere kann warten, das wird sehr kurzfristig zu schweren Kollateralschäden führen.

Zur Finanzierung kann ich nur sagen, ich kenne gemeinhin das Prinzip, dass derjenige, der Leistungen bestellt, dieselben auch bezahlt. Der Bundesminister sagt jetzt, das ist ein Marginalauftrag, das kann über den Systemzuschlag bezahlt werden, Selbstverwaltung brauche ich nicht, aber zur Finanzierung bediene ich mich der von der Selbstverwaltung finanzierten Institute. Mit sechs Personalstellen wird diese Herkulesaufgabe in der vorgegebenen Zeit nicht zu erledigen sein. Ich wäre da sehr großzügig, wenn das jetzt drei Monate wären und da hätte ich überhaupt kein Problem, mich mit Herrn Heidecke zu einigen. So brauchen wir Vorlauf, so brauchen wir klare Finanzierungsverantwortungen, Frau Abgeordnete, und wir müssen zusammen mit dem BMG dann hier in den Gremien des IQTIG, da ist das BMG ja drin, dann eben eine Priorisierung vornehmen, ansonsten wird am Ende nichts gelingen, weil wir eben die Risikoadjustierung nicht hinkriegen und dann hat der Verbraucher nichts gewonnen.



Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Die nächste Frage richtet sich an das IQTIG und an die Weisse Liste. Wir haben ja gerade gehört, die bloße Erfüllung von Strukturanforderungen allein ist kein hinreichend belastbarer Indikator, aus dem auf eine hohe Outcome-Qualität geschlossen werden kann. Inwieweit kann aus Ihrer Sicht mit den bisherigen Daten, Routinedaten, die patientenrelevante Ergebnisqualität tatsächlich abgebildet werden?

Prof. Dr. Claus Dieter Heidecke (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)): Claus Dieter Heidecke, IQTIG, keine finanziellen Verwicklungen. Der Großteil unserer Indikatoren, die das IQTIG bzw. seine Vorgängerinstitution entwickelt hat, geht ja auf Ergebnisindikatoren, nämlich zur Wirksamkeit bzw. zu unerwünschten Ereignissen, Komplikationen und Letalität. Insofern die Strukturdinge, die wir erfahren über Strukturleitdienste, sind ja nicht das Kerngeschäft des IQTIG, das ist sozusagen Beifang, den wir mitmachen und ich glaube auch gut und zeitgerecht, gerade was die Mindestmengen betrifft, dann auch abliefern. Insofern ist aus meiner Sicht tatsächlich für die 15 Verfahren, die wir betreuen im Moment, eine große Sicherheit gegeben, dass wir tatsächlich Wirksamkeit bzw. Komplikationen und Letalität tatsächlich erfassen. Und natürlich wollen wir den Aufwand, den Leistungserbringer mit der Dokumentation haben, verringern und so gut es geht und da wo möglich, eben über Sozialdaten, Routinedaten abbilden lassen, wenn das Ihre Frage beantwortet.

Johannes Strotbek (Weisse Liste gGmbH): Vielen Dank, Johannes Strotbek, Weisse Liste. Ich versuche das kurz zu machen. Natürlich genügen Strukturdaten Patientinnen und Patienten nicht. Deshalb rechnen wir auch, es wurde schon angedeutet, verschiedene Qualitätsbereiche oder Themenaspekte zusammen, zum Beispiel Patientensicherheit und Hygiene, wo wir auch aus Befragungen wissen, dass das Patientinnen und Patienten besonders wichtig ist. Wir rechnen das zusammen, das ist dann die Aufgabe, das zu vereinfachen. Was man tatsächlich braucht, sind Aussagen über die Qualität der Leistungserbringung. Wir hatten schon gehört, dass es mit Routinedaten auch möglich ist, deutlich breiter als es heute schon gibt, macht es die AOK mit dem WiDo ja auch schon seit langen

Jahren. Was für Patientinnen und Patienten wesentlich wäre, sind auch zertifizierte Zentren, auch das hatten wir schon mal gehört, Krebszentren mit höherer Qualität oder Endoprothetikzentren oder auch Stroke-Units. Und um auch nochmal auf das Thema Befragungen einzugehen, das ist unglaublich wichtig, weil Patientinnen und Patienten wissen wollen, wie es anderen ergangen ist, das kann man auch messen, was haben sie da erlebt, wurde richtig desinfiziert, was ist mit Wartezeiten, bis hin zu Outcome-Daten, das ist noch ein bisschen ein längerer Weg perspektivisch, also was ist mit Inkontinenz nach entsprechenden OPs, wie ist die Lebensqualität und auch dafür gibt es schon Tools oder digitale Befragungsmethoden, die Spitzenkliniken heute schon einsetzen, das ist die Perspektive. Und als ersten kleinen Schritt kann man auf jeden Fall die Weiterempfehlung zu Kliniken auch jetzt schon erheben, machen wir auch schon gemeinsam mit großen Krankenkassen, AOK auch dabei, BARMER früher auch dabei und dann wird ein Gesamtpaket und eine Gesamtsicht auf Qualität sichtbar, die die Patientinnen und Patienten brauchen. Vielen Dank.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Ich bitte Herrn Dr. Gaß von der Deutschen Krankenhausgesellschaft um eine Antwort. Ich hatte heute früh Gelegenheit, die Bundesregierung schon danach zu fragen, ob sie einen personellen Mehraufwand erwartet für die Krankenhäuser, wenn das Gesetz umgesetzt wird. Das wurde verneint. Man rechnet damit, dass das ohne weiteren Aufwand möglich ist. Und deshalb meine Frage: welchen zusätzlichen organisatorischen, finanziellen und personellen Zusatzaufwand erwarten Sie, wenn das Krankenhaustransparenzgesetz so umgesetzt wird, wie es jetzt vorgesehen ist?

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Gerald Gaß, Deutsche Krankenhausgesellschaft. Vielen Dank für die Frage, Frau Abgeordnete. Ich glaube, es ist aus der Antwort von Herrn Dr. Heimig vorhin sehr deutlich geworden, welcher Aufwand entsteht bei der Datenlieferung der Krankenhäuser und heute schon in den etablierten Verfahren, die wir kennen. Ich glaube, das ist wichtig, dass wir das zur Kenntnis nehmen, dass es ja wirklich einen ganz großen Datenkranz gibt, der schon heute regelmäßig an die Krankenkassen, an ganz



viele Institutionen, als auch an das IQTIG gemeldet werden und dass wir jetzt hier durch dieses Krankenhaustransparenzgesetz weitere zusätzliche Datenlieferungen bekommen, zu denen wir verpflichtet werden. Ich will beispielhaft anführen, dass ja perspektivisch dann mit diesem Gesetz quartalsweise die Besetzung der Arztstellen gemeldet werden müssen, möglicherweise bis hinein in die tiefe Differenzierung, von denen Herr Bracht vorhin bei seiner Antwort gesprochen hat, vielleicht sogar in der Zuordnung perspektivisch zu Leistungsgruppen, das wissen wir noch nicht genau. Und das bedeutet schon einen erheblichen Personalaufwand, weil diese Daten, das müssen Sie wissen, nicht routinemäßig oder sozusagen digital automatisiert aus dem Krankenhaus Informationssystem einfach abgerufen werden können, sondern sie müssen tatsächlich erfasst werden und dann übermittelt werden. Das wird sicherlich nicht per Fax erfolgen, sondern in entsprechenden maschinenlesbaren Tabellen, aber Sie müssen zusammengetragen werden und dann quartalsmäßig übermittelt werden. Und wie hoch dann konkret am Ende der Personalaufwand im Krankenhaus dafür ist und was da auch an Geld sozusagen verbraucht wird, kann ich im Moment noch nicht genau beziffern, aber zu sagen, es gibt keinen zusätzlichen Aufwand, ich glaube, da ist jedem klar, dass das nicht realistisch ist, denn es werden leider nicht gleichzeitig möglicherweise andere Datenlieferungen abgeschafft, sondern die Dinge erfolgen ganz überwiegend zusätzlich und das erfolgt eben in einer Situation, in der es leider nicht so, wie es bei manchen Abrechnungsdaten der Fall ist, etablierte Datenübermittlungsverfahren gibt, die automatisiert aus den Krankenhausinformationssystemen erfolgen. Das bedeutet eben diesen zusätzlichen Aufwand, und da will ich noch mal daran erinnern, dass man den ja auch ins Verhältnis zum Nutzen stellen muss. Und da haben wir, und ich glaube, das ist auch eben schon in einigen Antworten deutlich geworden, doch schon nennenswert erhebliche Zweifel, ob dieser Aufwand dieser zusätzlichen Information tatsächlich geeignet ist, um Patientinnen und Patienten besser zu informieren. Man könnte ja, wenn ich das noch sagen darf, auch auf die Idee kommen zu sagen, es wäre wünschenswert, täglich zu wissen, welches Personal im Krankenhaus, in welcher Fachabteilung, in welcher Leistungsgruppe vorhanden ist, weil ich ja nicht gestern ins Krankenhaus gegangen bin, sondern heute oder vielleicht sogar

morgen. Insofern könnte man auch auf die Idee kommen. Aber auch da muss man sich dann fragen, ist das überhaupt realistisch und ist es sinnvoll? Ich finde, wir haben mit der jährlichen Datenlieferung, die ja dann Durchschnittsbesetzungen in den Personalstellen liefern, valide Informationen über die unterschiedliche Personalbesetzung in den Krankenhäusern, die man vielleicht noch ein bisschen stärker differenzieren kann. Aber ich würde dringend empfehlen, sie jetzt nicht auf Quartals-ebene zu ziehen oder vielleicht sogar in noch kleineren Zeitabständen melden zu müssen.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Nur noch mal zur Präzisierung und zum allgemeinen Verständnis. Also mit anderen Worten: Sie müssen Zusatzpersonal einstellen oder Sie müssen jemand von Ihrem Personal abstellen, sozusagen für diese Aufgabe, der dann an anderer Stelle fehlt. So kann man das sagen?

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Gerald Gaß. Deutsche Krankenhausgesellschaft. Das ist so. Ich will allerdings nicht den Eindruck erwecken an der Stelle, dass das dann Mediziner sein müssten, sondern das ist natürlich Verwaltungspersonal, das dann gebraucht wird. Aber auch dieses Verwaltungspersonal muss ja finanziert werden. Letztlich am Ende des Tages über die Betriebskosten der Krankenhäuser und die Krankenkassen, die letztlich die Betriebskosten zu tragen haben, müssen dann dieses Personal finanzieren. Und da würden wir doch dringend empfehlen, dieses Geld besser zu verwenden, um versorgungsrelevantes Personal einzustellen.

Abg. **Ates Gürpınar** (DIE LINKE.): Vielen, vielen Dank für die Möglichkeit, heute zu dem Transparenzgesetz Fragen zu stellen. Meine erste Frage geht an die Deutsche Stiftung Patientenschutz, an Frau Annette Simon. Und zwar, welche unerwünschten Anreize könnten sich für Krankenhäuser ergeben, wenn die Ergebnisqualität veröffentlicht wird und Patientenströme dadurch beeinflusst würden?

Annette Simon (Deutsche Stiftung Patientenschutz): Annette Simon, Deutsche Stiftung Patientenschutz. Alte und chronisch kranke und pflegebedürftige Menschen dürfen durch dieses Gesetz



nicht diskriminiert werden. Da muss es für diese Patientengruppe aus unserer Sicht Bonuspunkte geben, ähnlich dem Risikostrukturausgleich bei den Krankenkassen, damit eben jüngere oder erfolgversprechende und somit für die Krankenhäuser kosteneffizientere Patienten nicht bevorzugt behandelt werden. Weil die Bevölkerung in Deutschland nicht homogen ist, weil Einkommen, Bildung und Alter sind nicht gleichmäßig verteilt, ist es eben wichtig, dass auch zwangsläufig sich auf die Ergebnisqualität eines Klinikums auswirkt, dass man auch die Sterblichkeitsrate von den älteren Patienten, die in den Krankenhäusern behandelt werden, auch mit auflistet. Das Transparenzverzeichnis muss daher unter anderem auch die Häufigkeit der Komplikationen, die Sterblichkeit sowie den Altersdurchschnitt der Patienten klar und verständlich abbilden. Zum Wohle der Patienten darf es hier also zu keiner Verbesserung der Qualitätskriterien kommen. Es muss berücksichtigt werden, dass ältere Patienten deutlich häufiger im Krankenhaus versorgt werden als der Rest der Bevölkerung. Weil das Menschen (mit) Mehrfacherkrankungen sind und deren Therapie eben oft langwierig ist.

Abg. **Ates Gürpınar** (DIE LINKE.): Dann schließe ich beim Aktionsbündnis Patientensicherheit, bei Herrn Dr. Deindl an. Vielleicht eine kurze Bestätigung oder was Sie noch beitragen könnten zu meiner vorherigen Frage, welche unerwünschten Anreize es gäbe und anschließend die Frage, welche Rolle könnten Patientenbefragungen im Kontext des Transparenzverzeichnisses spielen und welche Forderungen hätten Sie hierzu?

Dr. Christian Josef Deindl (Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.): Christian Deindl, vielen Dank für den Aufruf. Christian Deindl vom Aktionsbündnis Patientensicherheit. Keine finanziellen Interessen. Ich arbeite ehrenamtlich. Wenn ich die Frage da weiter beantworten darf, was das für die Kliniken hat. Für die Kliniken, die gute Werte, gute Qualitätswerte haben, ist eine Bestätigung ihrer Qualität und positives Feedback. Und ich glaube, jeder, der arbeitet, braucht das. Das erhöht die Resilienz, es erhöht die Mitarbeiterzufriedenheit. Man wird im Endeffekt noch besser und man wird Vorbild für die anderen Kliniken. Und wer eben schlechte Werte hat, der muss eben Fehleranalyse machen, wie beim Qualitätsmanagement, muss sein

Risikomanagement verbessern und wird damit auch besser werden. Das ist ja, was ja auch der Minister in seinem Gesetz anstrebt, ein Qualitätswettbewerb. Und das ist das Beste, was eigentlich den Patienten passieren kann. Und dann werden die Patientenströme so sein, dass der Patient, der eben in ein Schwerpunkthaus muss oder einen Maximalversorger, der kommt halt dorthin. Und die Basischirurgie, ich komme aus der Chirurgie, wie zum Beispiel Gallenoperationen, Blinddärme, die werden halt in den Level-1-Krankenhäusern gemacht.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage geht nochmal an den Vertreter der Weissen Liste. Ist es aus Ihrer Sicht sinnvoll, in das Verzeichnis auch eine Expert:innenfunktion einzubetten, die zum Beispiel Ärztinnen und Ärzten geeignete Krankenhäuser empfiehlt, wenn sie von Patientinnen und Patienten um Rat gefragt werden?

Johannes Strotbek (Weisse Liste gGmbH): Vielen Dank für die Frage. Weisse-Liste, Johannes Strotbek mein Name. Vorweg, es ist erstaunlich, dass Ärztinnen und Ärzte kein großartig unterschiedliches Informationsbedürfnis gegenüber Patientinnen und Patienten haben. Sie brauchen dieselben Informationen mit derselben Klarheit und derselben hochaggregierten Aufbereitung, weil auch in ihren Prozessen, es muss schnell gehen, sie haben eine hohe Patientenlast; da muss das wirklich schnell gehen. Wir haben eine Expertenfunktion, zum Beispiel für Kleinigkeiten, dass ich Codes eingeben kann, fachsprachlich arbeiten kann, das ist richtig. Aber die eigentliche Expertenfunktion wäre, die Daten in die Informationssysteme direkt auf den Bildschirm des Arztes zu bringen, dass er mit Patientinnen und Patienten ins Gespräch gehen kann, was das geeignete Krankenhaus ist. Da sind wir wieder bei dem Punkt Interoperabilität und Datenübermittlung in diese Systeme. Da einen Weg aufzumachen, dass das möglich ist, ist sehr wichtig, um die Patientinnen zu erreichen und letztlich die Ärztinnen und Ärzte ebenso.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Wie beurteilen Sie die mit dem Gesetzentwurf vorgesehene Einrichtung eines Transparenzverzeichnisses? Inwieweit erhöht sich durch den Betrieb des



Transparenzverzeichnis der Stellenwert der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen?

Johannes Wolff (GKV-Spitzenverband): Johannes Wolff, GKV-Spitzenverband. Ich möchte einmal ganz kurz grundsätzlich werden. Was Sie mit dem Gesetz vorhaben, ist gut. Sie verbinden Qualität und Vergütung miteinander und das erstmals in relevantem Ausmaß. Das Ganze passiert über die Leistungsgruppen und die damit zugrunde gelegten Qualitätsanforderungen. Dadurch, dass jetzt das Qualität vergütungsrelevant wird, erstmals neben den DRGs, ist das etwas, das sich natürlich in großem Umfang auf die Qualitätsorientierung des Gesundheitswesens auswirken wird und gerade im Krankenhausbereich. Qualität ist nicht überall gleich. Deswegen ist es wichtig, auch darüber zu berichten und Daten zu veröffentlichen, das schließt sich an die Beiträge hier bisher an. Eine sehr einfache, patientenrelevante Verdichtung der Qualität ist auch das Level und insbesondere dann, wenn diese Level aufeinander aufbauen. Also die komplizierteren Dinge auf den einfacheren gründen. Eine riskante Stelle ist die, dass wenn Sie Qualität jetzt auf Strukturqualität verdichten, das vielleicht ein bisschen kurz springt, also eine Entwicklungsperspektive in diesen Leistungsgruppen, in der Qualität, in der Vergütung stattfinden muss, die über das hinausgeht, was NRW [die Vorarbeiten von Nordrhein-Westfalen] im Moment bietet. Weil NRW ist nicht gemacht worden zur Finanzierung und NRW ist auch nicht gemacht worden als Ersatz für die Qualitätssicherung.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Meine Frage geht ans InEK. Sie kritisieren die im Gesetz geregelten Sanktionen, falls ein Krankenhaus nicht die Daten ordnungsgemäß oder nicht rechtzeitig übermittelt. Können Sie das bitte näher erläutern und welche Vorschläge haben Sie dazu zu machen?

Dr. Frank Heimig (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK)): Frank Heimig aus dem InEK. Um eine gute Datenqualität zu erreichen, und wenn man die Bedeutung der Daten sich vor Augen hält, die dann letztendlich die Krankenhäuser und ihre Leistungen repräsentieren, ist eine Sanktionsregel, für nicht fristgerechte oder nicht vollständige Datenlieferungen oder auch fehlerhafte

Datenlieferungen notwendig. Wir haben in unserer Stellungnahme angeregt, insbesondere die Arzt-daten, die jetzt erstmals erfasst werden sollen, sollen ja quartalsweise übermittelt werden. Und wichtig für das Gelingen der erfassenden Ärzte ist ein geeigneter zeitlicher Rahmen. Diese sehr häufige Überlieferung, auch noch beginnend, so kurzfristig mit dem 15. Januar, die halten wir für sehr, sehr kompliziert und den Häusern nur grenzwertig zumutbar. Wir regen deshalb an, dass es ja bereits Übermittlungsverfahren gibt, die sogenannte Ganzjahreslieferung, Herr Dr. Gaß hat diese in Teilen ja auch schon angesprochen, dass man diese verwendet. Und es gibt aber jetzt gesetzlich etablierte unterjährige Lieferungen. Und unser Vorschlag ist, dass wir diese neuen ergänzenden Lieferungen, es sind ja im Wesentlichen die Ärzt:innen, die hier übermittelt werden müssen, dass wir die an bestehenden Datenlieferungen anschließen. Das reduziert die Bürokratisierung, es vereinfacht das Sanktionierungsverfahren, das hier vorgeschlagene Sanktionierungsverfahren, das Mehraufwände des InEK zu decken sind, das ist weder gerichtlich durchsetzbar, noch ist es ein operationalisierbarer Begriff. Das wird das Verfahren entbürokratisieren, vereinfachen und gleichzeitig sicherstellen, dass die Daten pünktlich und mit zunehmend guter Qualität geliefert werden.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Eine kurze Frage an das Aktionsbündnis Patientensicherheit. Inwieweit ist das Transparenzverzeichnis geeignet, zu mehr Patientensicherheit im Gesundheitssystem beizutragen?

Dr. Christian Josef Deindl (Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.): Christian Deindl, Aktionsbündnis Patientensicherheit, keine finanziellen Kontakte. Wir als APS befürworten rundum dieses Gesetz, allerdings halten wir es für lückenhaft. Da sind schon ein paar Punkte angesprochen worden. Ein ganz wichtiger Punkt ist die Patientenbefragung. Wenn wir hier von Transparenz reden, muss man wirklich transparent sein. Transparenz ist ja ein Teil der Qualität. Das ist nicht die Summe, sondern es ist ein Teil der Qualität. Und wenn ich transparent bin, muss ich den Patienten fragen. Das ist auch ein internationaler Standard wie das Never Event-Register. Wir sollten ja bis 2030 spätestens die WHO-Kriterien erfüllen. Und diese



Patientenbefragungen sagen sehr viel, nämlich über die Prozessqualität, die auch nicht im Gesetz richtig enthalten ist. Wir reden nur über die Strukturqualität. Und die meisten Kliniken machen, die machen es heute eh schon aus Wettbewerbsgründen, da wird nicht viel mehr rauskommen. Der Patient ist der, der dann bestätigt, ob das stimmt. Wie war denn die Hygiene? Wurden sie beim OP nochmal gefragt, nach ihrem Namen? Ist die Seite markiert worden? Wir haben 600 000 nosokomiale Infektionen im Jahr in der Klinik. Jede Klinik ungefähr 900. Die Patienten haben ein Recht, dass diese Sachen transparent gemacht werden. Also ich bitte darum, dass die Patientenbefragung ein Teil dieses Transparenzgesetzes wird.

Abg. Dr. Georg Kippels (CDU/CSU): Ich würde gerne eine Frage an die Bundesärztekammer, an Dr. Reinhardt richten. Wie bewerten Sie die Geeignetheit des Transparenzverzeichnisses im Hinblick auf das Treffen von informierten Entscheidungen von Patientinnen und Patienten, so im Hinblick auf die notwendigen Informationen für die zuweisenden Ärzte und Ärztinnen?

Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Dr. Klaus Reinhardt, Bundesärztekammer. Sehr geehrte Vorsitzende, grundsätzlich begrüßen wir natürlich jede Form von Transparenz und Informationen für Patientinnen und Patienten und auch Kolleginnen und Kollegen. Also das Ansehen als solches finden wir richtig. Die drei verschiedenen Elemente, die in diesem Transparenzgesetz angesprochen werden und aufgeführt werden, haben wir weidlich diskutiert. Die Qualitätsinformationen existieren. Ein weiterer Ausbau solcher ist sicher sinnvoll. Sinnvoll ist dann aber auch der Weg über die Selbstverwaltung, den zu gehen, so wie Herr Hecken ihn beschrieben hat, weil ich glaube, es braucht Risikoadjustierung und es braucht Angemessenheit im Hinblick auf die tatsächliche Bewertung von Patient Outcome. Das ist das eine. Das zweite ist das Thema Leistungsgruppen. Dazu hat Herr Gaß viel gesagt, das würde ich unterstützen. Ich finde es problematisch, zu einem Zeitpunkt, wo Leistungsgruppen noch nicht klar definiert sind, im Hinblick auf ihre strukturellen Voraussetzungen, sie auszuweisen. Erstens. Zweitens: Sie auszuweisen zu einem Zeitpunkt, wo selbst kleine Fallzahlen zum Ausweisen führen. Zum jetzigen Zeitpunkt

ein deutlicher Anreiz für Kliniken, dann auch Leistungen zu produzieren einer bestimmten Leistungsgruppe, um die Levelteilung, die darauf basiert, auch positiv für sich beeinflussen zu können. Das halte ich für problematisch. Zum jetzigen Zeitpunkt hielte ich es also für sehr viel klüger, die Synchronisierung des Transparenzgesetzes mit dem Krankenausschussgesetz als Ganzes vorzunehmen. Und insofern würde ich sagen und im Hinblick auf die personelle Ausstattung eines Klinikums, begrüßen wir sehr, dass sowohl pflegerisch, wie ärztlich das ausgewiesen wird. Klug wäre es auch, finde ich gut, den Vorschlag, die Leiharbeitsquote auszuweisen. Das ist ein guter Vorschlag. Ein guter Vorschlag sicherlich auch, anderen Fachberufen im Gesundheitswesen, die wichtig sind für die Versorgung von Patienten, Patienten mit auszuweisen. Auch das finde ich klug und vernünftig. Und ich glaube aber trotzdem, in Bezug auf die ärztliche Personalausstattung sagt die reine Zahl zunächst noch mal wenig aus. Die Bundesärztekammer hat ja, Frau Dr. Johna sitzt hier, hat das maßgeblich mit zu verantworten, ein Personalbemessungsinstrument entwickelt, mit dem wir versuchen, die Notwendigkeit eines sachlichen Bezugs zur Versorgung und zur Ausstattung mit Personal aus ärztlicher Sicht zu definieren. Und ich hielte es für richtig, das zum Maßstab zu nehmen, um diesen Maßstab tatsächlich anwenden zu können. Und wenn diese Dinge alle angemessen berücksichtigt sind, dann glaube ich, dass am Schluss ein solches Instrument durchaus hilfreich sein kann in der Entscheidung für Patienten und Patienten, aber auch zu überweisende Ärztinnen und Ärzte.

Abg. Diana Stöcker (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Deutschen Hebammenverband. Können Sie uns anhand einiger praktischer Angaben erläutern, welche Auswirkungen das Krankenhaustransparenzgesetz auf die Geburtshilfe hätte? Ergibt sich Ihrer Ansicht nach ein Mehrwert daraus für die werdenden Mütter und Familien?

Andrea Ramsell (Deutscher Hebammenverband e. V. (DHV)): Andrea Ramsell, Deutscher Hebammenverband. Keine finanziellen Interessen. Danke für die Frage, Frau Abgeordnete. Also wir begrüßen natürlich auch jegliche Art von Transparenz für Mütter, für Familien. Aber unserer Ansicht nach werden die Fehlanreize mit diesem Gesetz



überhaupt nicht beseitigt und es ergibt sich kein Mehrwert für einen Qualitätsvergleich von Geburtshilfen. Wir müssen die richtigen Fragen für die Geburtshilfe stellen und das tun wir in dieser Form nicht. Wir müssen nicht wissen, in welcher Zahl Kaiserschnitte gemacht werden, sondern wir müssen wissen, warum. Und wir müssen auch nicht wissen, ob er gut gemacht ist. Davon gehen wir einfach aus. Wirklich aus welchem Grund. Und Fallzahlen alleine werden uns dort nicht weiterhelfen, denn die Kliniken versorgen unterschiedliche Anzahlen von wirklichen Schwangerschaftsrisiken. Und wir können auch nicht in der Anzahl von Hebammen auf eine 1:1-Betreuung schließen. Wir müssen die Frauen fragen, nicht waren sie zufrieden, sondern hatten sie eine durchgängige Hebammenbetreuung. Wir müssen wissen, ob sie zu ihren Wünschen nach der Geburt gefragt wurden, und wurden diese berücksichtigt und ob sie über medizinische Maßnahmen verständlich aufgeklärt wurden. Wir wissen, wie schlecht Gesundheitsinformationen insgesamt verstanden werden und wir haben große Hoffnung, dass Transparenz auch Verständlichkeit für die Patientinnen und qualitative Vergleichbarkeit bringt. Wir Hebammen haben Kriterien und Instrumente tatsächlich, um die Qualität in der Geburtshilfe zu ermitteln, aber dafür müssen wir als Berufsgruppe erkennbar aufgeführt werden. Wir brauchen Personalbemessungsinstrumente, wie im Koalitionsvertrag festgehalten, und wir müssen eingebunden werden mit unserer Expertise. Ansonsten kann eine konkrete Abbildung von Hebammenleistungen nicht erfolgen und ist auch für die Patientinnen nicht ersichtlich und natürlich auch nicht für die zuweisenden Ärzt:innen. Wir brauchen also Outcome-Fragebögen und wir brauchen auch eine Verknüpfung von den Sektoren von ambulanter und stationärer Versorgung, um zu wissen, zum Beispiel, wie ist denn eine Stillquote nach einer Versorgung in bestimmten Kliniken. All diese Verknüpfungen sehen wir nicht und deshalb bleibt dieses Transparenzgesetz erst mal sehr hinter unseren Erwartungen zurück.

Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband und an den Katholischen Krankenhausverband, und zwar, wie bewerten Sie den Gesetzentwurf im Hinblick auf die Auswirkungen auf die Qualitätsberichterstattung bei ambulanten und sektorübergreifenden Leistungen?

Markus Grunenberg (GKV-Spitzenverband): Ja, vielen Dank für die Frage, Markus Grunenberg, GKV-Spitzenverband. Wir haben ja schon dargestellt, dass wir sehr hohes Interesse daran haben, dass es vergleichbare Darstellungen von Qualitätsdaten gibt. Das gilt sowohl für das Transparenzverzeichnis, das gilt aber auch für einen sektorübergreifenden Vergleich. Der Gesetzentwurf in der vorliegenden Form sieht vor, dass für Krankenhausdaten diese Vergleichsgrundlage dann wegfiel. Wir hätten dann künftig weiterhin ambulante Daten, können aber keinen sektorübergreifenden Vergleich vornehmen mit Krankenhausdaten. Das halten wir für einen Nachteil und sehen hier Nacharbeitungsbedarf.

Karoline Körber (Katholischer Krankenhausverband Deutschland e. V. (kkvd)): Ja, Karoline Körber vom Katholischen Krankenhausverband Deutschland. Genau, wir finden das Weggehen von der gemeinsamen indikationsübergreifenden Veröffentlichung von Qualitätsdaten sehr bedauerlich. Wir haben nicht den Eindruck, dass das in die aktuelle allgemeine Zielrichtung einer Ambulantisierung und eines Zusammenwachsens der Sektoren passt. Ich kann mich insofern meinem Vorredner nur anschließen, dass wir dieses Auseinanderfallen an dieser Stelle kritisieren.

Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Ja, eine ganz kurze Frage an den G-BA. Sehen Sie Haftungsrisiken bei der Veröffentlichung all dieser Informationen?

Prof. Josef Hecken (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Herzlichen Dank, Frau Vorsitzende, Herr Abgeordneter. Josef Hecken, G-BA. Ja, ich sehe Sie. Wir haben beschrieben, dass es Probleme gibt, hier den Leistungsgruppen bestimmte Outcome-Kriterien, bestimmte Personalstrukturen zuzuordnen. Wir haben beschrieben, dass risikoadjustierte Outcome-Qualität nicht gemessen wird. Wir lenken aber mit einem solchen Transparenzverzeichnis, und das wollen wir ja, Patientenströme hin zu bestimmten Einrichtungen und die anderen, die möglicherweise nicht richtig, sachlich richtig, fachlich richtig abgebildet sind, können daraus möglicherweise dann eben irgendwelche Angriffe auf ihren Gewerbebetrieb ableiten und geltend machen. Für meinen Geschäftsbereich ist die schöne Regelung



getroffen, dass Herr Heidecke eine Haftungsfreistellungserklärung gegenüber dem BMG abzugeben hat. Und wenn die Daten, die er geliefert hat, was ich nicht hoffe, vielleicht nicht zu 100 Prozent richtig sind, haftet dafür die Stiftung IQTIG, also wieder die Selbstverwaltung, die aber in den ganzen Prozess nicht eingebunden worden ist und die vor der Einbindung nicht risikoadjustierte Outcome-Kriterien und vor der Beschränkung auf Prozess- und Strukturqualität gewarnt hat. Vor diesem Hintergrund ist das, in dieser unbotmäßigen Eile, mit diesen offenen Baustellen, eine Arbeitsbeschaffungsmaßnahme für Einrichtungen, die am Ende nicht adäquat abgebildet sind und wo Patientenströme zu Recht oder zu Unrecht abwandern. Ich nehme nochmal die Uniklinik. Hohe Morbidität, hohe Komorbiditäten, hohe Sterberate, vielleicht auch ein ganz anderes Sepsisrisiko. Wenn das nicht risikoadjustiert dargestellt wird, wenn alte Patienten nicht risikoadjustiert bewertet werden, ist das ein Muster ohne Wert und wenn es dagegen keine Klagen gibt, dann weiß ich nicht, was passiert. Und ich sehe es jetzt wieder bei der Mindestmenge Perinaten, wo wir gute Evidenz haben und trotzdem jedes betroffene Krankenhaus gegen den G-BA klagt. Und deshalb wehre ich mich dagegen als G-BA für etwas haften zu müssen, wo ich auf der Zuschauertribüne sitze und im Binnenverhältnis zwischen Herrn Heidecke und dem Bundesminister für Gesundheit Aufträge erteilt und Aufträge abgenommen werden und wir die Haftungsrisiken haben.

Abg. Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde gerne eine Frage an den Einzelsachverständigen, Prof. Karagiannidis, von der Universität Witten-Herdecke stellen wollen. Wir reden ja über Transparenz. Transparenz braucht gute Daten. Bei Digitalisierungsprojekten des Bundes zur Datenlieferung, wie etwa der elektronischen Patientenakte, ist es bisher so, dass immer Einvernehmen mit BfDI und BSI hergestellt werden muss, um Entwicklungsschritte vorzunehmen. Halten Sie das für sachgerecht oder wäre eine Benehmensregelung, beispielsweise mit einem Fachgremium, hier sachgerechter?

Prof. Dr. Christian Karagiannidis: Christian Karagiannidis, Einzelsachverständiger. Ich will noch mal das sekundieren, was der VUD auch eben gesagt hat. Wir brauchen unbedingt einen Beirat, einen

wissenschaftlichen und als Internist möchte ich sagen, dass es, glaube ich, wichtig ist, dass man das im Benehmen macht und nicht im Einvernehmen, weil noch am allerwichtigsten immer die Behandlung der Patientinnen und Patienten ist, und die Daten werden uns dabei helfen, und da sollten wir nicht den Datenschutz über das Leben der Patienten stellen.

Abg. Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde den Einzelsachverständigen Karagiannidis weiter fragen wollen. Wir haben in diesem Gesetz ja beabsichtigt, dass eine Levelteilung vorgenommen wird. Inwieweit würden Sie es für sachgerecht halten, hier die G-BA-Notfallstufung neben einzelnen Leistungsgruppen als Kombination, als Kriterium, mit aufzunehmen?

Prof. Dr. Christian Karagiannidis: Christian Karagiannidis, Einzelsachverständiger. Ich halte die Notfallstufen des G-BA für eines der allerwichtigsten Instrumente einer gestuften Versorgung, die wir im deutschen Gesundheitswesen haben und passend zu den Empfehlungen der Regierungskommission der dritten Stellungnahme, würde ich dringend darum bitten, die Notfallstufen in Levelteilung mit einzunehmen.

Abg. Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde den Einzelsachverständigen Karagiannidis gerne weiterfragen wollen. Wir haben jetzt hier von verschiedener Seite schon gehört, dass es sinnvoll wäre, auf die bereits sinnvollen Kriterien in dem Gesetz aufbauend, weitere Kriterien zu ergänzen. Inwieweit würden auch Sie es für sinnvoll halten, beispielsweise die Ausweisung von Mindestmengen, aber auch die Zertifizierung oder die Leiharbeitsquote, durch die einzelnen Klinikstandorte mit ausweisen zu lassen? Und inwieweit halten Sie es für möglich und sachgerecht, dass nicht nur die Eingriffe je Fachabteilung oder Klinik ausgewiesen wird, sondern auch auf die Operateursebene?

Prof. Dr. Christian Karagiannidis: Christian Karagiannidis, Einzelsachverständiger. Ich halte es für extrem wichtig, dass wir Mindestmengen mit ausweisen, gerade in den adjustierten Analysen, die jetzt hier mehrfach gefordert worden sind. Nehmen



wir als Beispiel die Frühgeborenen, zeigt sich nämlich, dass wir einen sehr klaren Zusammenhang haben zwischen dem Volumen, das die Kliniken erbringen und dem Outcome. Und deswegen sollte man das zwingend aufnehmen. Ganz etablierte Verfahren der Zertifizierung, nehmen wir mal die Krebsgesellschaften, wir als Lungenklinik sind zertifiziert für den Lungenkrebs, sollten wir unbedingt in das Transparenzportal mit aufnehmen. Die sind sehr gut etabliert. Und der letzte Punkt, was die Zahl der Operationen pro Arzt betrifft, da machen uns andere Länder wie die Schweiz ganz klar vor, wie es geht. Da wird ausgewiesen, wie viele Operationen der Operateur vorzuweisen hat, auch in der Zuweisung der Leistungsgruppen, wenn ich zum Beispiel an den Kanton Zürich denke. Und ich glaube, wir täten gut daran, wenn wir ein System finden, wo wir wissen, wie viele Operationen der Operateur gerade bei komplizierten Operationen durchführt.

Abg. Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielleicht könnten Sie noch, der Einzelsachverständigen Prof. Karagiannidis, noch ergänzen, ob auch die Leiharbeitsquote ein wichtiger Punkt wäre, den man ergänzen sollte.

Prof. Dr. Christian Karagiannidis: Christian Karagiannidis, Einzelsachverständiger. Wir haben in den letzten Jahren erlebt, dass die Leiharbeit deutlich zugenommen hat und zwar nicht nur im pflegerischen Bereich, sondern auch im ärztlichen Bereich. Was uns gerade, wenn die Kollegen nur für ein oder zwei Tage kommen, vor wirklich enorme Probleme stellen, insbesondere in den Notaufnahmen. Wir müssen das ausweisen. Das ist ganz, ganz wichtig. Und wir müssen uns auch überlegen, wie wir dann hinterher damit umgehen, wenn wir eine sehr hohe Leiharbeitsquote haben. Aber dazu brauchen wir erstmal die strukturierte Datenerfassung.

Abg. Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde weiter den GKV-Spitzenverband fragen wollen. Wir haben ja gerade vom Einzelsachverständigen Karagiannidis gehört, dass die Ausweisung von Eingriffen je Operateur möglicherweise ein sinnvolles, international etabliertes, Verfahren ist. Sehen Sie Wege, das einfach umzusetzen?

Johannes Wolff (GKV-Spitzenverband): Johannes Wolff, GKV-Spitzenverband. Ja, es gibt einen Krankenhausarztnummernverzeichnis, das wir schon etliche Jahre führen. Da sind die Ärzte mit ihren Zusatzbezeichnungen, Weiterbildungen gelistet. Das wäre zum Beispiel schnell im Zugriff und auch für diese Thematik zu nutzen. Was wir sehr unterstützen, ist arztbezogene Mindestmengen auszuweisen.

Abg. Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde gerne weiter den Verband kommunaler Großkliniken fragen wollen. Wir haben ja schon gehört, gerade vom Einzelsachverständigen Karagiannidis, dass die Ergänzung einer Levelteilung um die G-BA-Notfallstufen ein sinnvolles Kriterium sein können. Teilen auch Sie diese Einschätzung?

Dr. Matthias Bracht (Allianz Kommunaler Großkrankenhäuser e. V. (AKG)): Vielen Dank, Matthias Bracht, Allianz Kommunaler Großkrankenhäuser. Wir teilen die Einschätzung von Herrn Karagiannidis voll und ganz, insbesondere zum Thema G-BA-Notfallstufen. Im ersten Schritt dann, so wie sie jetzt definiert sind, für ein Krankenhaus und in der Weiterentwicklung müssten wir ja dann quasi methodisch auf die neuen Zuordnungskriterien irgendwie, Leistungsgruppen und Level dann eben kommen. Und für die Level auf Krankenhaus-Ebene kann man sie sofort nutzen und explizit auch Krebszentren aus unserer Sicht zu empfehlen, die von Anfang an auszuweisen.

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Meine Frage richtet sich an die Weisse Liste. Wie hoch schätzen Sie den bürokratischen Mehraufwand für das Krankenhauspersonal ein oder einfach gefragt, wie müsste die Erhebung und Ermittlung aus Ihrer Sicht ausgestaltet sein, um einen Mehraufwand auf das absolute Minimum zu reduzieren und trotzdem noch aussagekräftig zu sein?

Johannes Strotbek (Weisse Liste gGmbH): Vielen Dank für die Frage, Johannes Strotbek, Weisse Liste. Ich befürchte, ich kann nicht exakt beziffern, was das in den Kliniken an Aufwand bedeutet. Allerdings ist es grundsätzlich erforderlich, die Datenflüsse voll zu digitalisieren. Das bedeutet nicht jedes Mal, ein neues Datum einzupflegen, sondern



vielleicht einen bestehenden Datensatz nur zu ändern oder zu bestätigen. Das wäre ein Weg von den Rohdaten bis hin zum Ausspielen und letztlich, wie es vielfach angeklungen ist, Routinedaten zu nutzen, erzeugt keinerlei Aufwand in den Kliniken. Darauf kommt es letztlich an und ganz am Ende bei Ärztinnen und Ärzten in der Arztpraxis. Auch da geht es darum, Aufwand zu verringern und zu vermeiden.

Abg. Dr. Christina Baum (AfD): Ich bitte noch mal Dr. Gaß von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, um eine Antwort von Ihnen. Also von Ihrer Einrichtung war zu hören, das wahre Ziel des Transparenzgesetzes sei nicht Transparenz, sondern versteckte Strukturbereinigung der Krankheitslandschaft. Können Sie kurz erläutern, wie Sie zu dieser Einschätzung gekommen sind oder also nicht Sie persönlich, sondern von Ihrer Einrichtung?

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Ja, Gerald Gaß, Deutsche Krankenhausgesellschaft. Ich hatte in meiner ersten Antwort schon deutlich gemacht, dass die Einführung der Krankenhauslevel ja zwischen Bund und Ländern sehr strittig diskutiert wurde im Zusammenhang mit der Krankenhausreform, weil die Länder genau die Befürchtung haben, dass von den Krankenhausleveln Signale ausgehen, die nicht adäquat sind im Hinblick auf das Thema Krankenhausplanung und Krankenhaussteuerung. Und hier im Bereich der Patienteninformation, wenn man es mal so bezeichnen möchte, würde ja tatsächlich eine Klassifizierung der Krankenhäuser in Level 1, 2, 3, vielleicht noch weitere Level, Level 3U und ähnliches, Signale aussenden, dass schon allein diese Zuordnung einen bestimmten Qualitätsanspruch oder ein bestimmtes Qualitätsniveau dokumentiert und zum Ausdruck bringt. Das würde dann genau das unterlaufen, was die Kranken-, was die Landesministerien und die Landesregierung im Dialog mit Minister Lauterbach versucht haben sozusagen im Konsens zu regeln, dass man sich auf die Leistungsgruppen konzentriert und die Leistungsgruppen als wesentliches Kriterium nutzt, um damit eben Kapazitäten zu definieren und letztlich auch Patientenzuweisungen und Fallzahlen zwischen den Krankenhäusern dem Grunde nach zu verteilen. Wir wissen, dass ja das Ministerium sich lange

dagegen gewehrt hat und der Minister auch sehr dafür gekämpft hat, weil er nach unserer Einschätzung, Sie haben uns ja nach unserer Einschätzung gefragt, eben dieses Ziel verfolgt, möglichst die Patienten in die höheren Level-Strukturen hin zu orientieren, auch jenseits von der Frage, ob dort in jedem Fall und in jeder Leistungsgruppe die höhere Qualität angeboten wird und deswegen können wir nur davon ausgehen, weil wir eben keinen Mehrwert sehen in der Ausweisung von Leistungsleveln oder von Krankenhausleveln im Krankenhaustransparenzgesetz oder im Krankenhaustransparenzportal, dass damit quasi genau das Ziel, was er eigentlich über die Krankenhausplanung erreichen wollte, jetzt über das Krankenhaustransparenzgesetz erreicht wird, nämlich dass Patientensteuerung hin zu den höherwertigen Leveln erfolgt, mit der Zielsetzung, die weniger hoch gelevelten Krankenhäuser ein Stück weit von Patienten freizuhalten, um es mal etwas diplomatisch zu formulieren.

Abg. Dr. Christina Baum (AfD): In der Einleitung zum Gesetz steht, dass mit dem Vorhaben die stationäre Behandlungsqualität insgesamt verbessert werden soll und somit nachhaltig die Kosten für die Behandlung gesenkt werden sollen. Wie ist Ihre Einschätzung? Entschuldigung, genau an Herrn Dr. Gaß bitte noch mal. Wie ist Ihre Einschätzung zu einer möglichen Kostensenkung? Eigentlich haben Sie es vorhin schon gesagt, dass es das Gegenteil bewirken wird, aber weil das explizit in dem Gesetz so drinsteht, möchte ich Sie noch mal danach fragen, bitte.

Dr. Gerald Gaß (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Das ist in der Tat schwer nachzuvollziehen und war nach unserer Einschätzung auch nie Zielsetzung, politische Zielsetzung, dieses Transparenzgesetzes oder der Krankenhausreform insgesamt jetzt Kostensenkung herbeizuführen, vielleicht in der langen Frist, in dem mehr Ambulantisierung erfolgt, aber das ist ja hier jetzt nicht Gegenstand, sondern hier geht es ja um die Frage, an welcher Stelle wird welcher Patient behandelt. Und auch wir, und das will ich noch mal zum Ausdruck bringen, sprechen uns dafür aus, dass die Patientensteuerung in die richtigen Krankenhäuser erfolgt, also in die Krankenhäuser, die in der Lage sind und die notwendige Ausstattung haben, um bestimmte Behandlungen auch in hoher und guter



Qualität umzusetzen und durchzuführen und damit, und das könnte der Zusammenhang sein, den der Minister meint, Komplikationen zu vermeiden. Aber dieses Ziel erreichen wir, indem wir die Daten nutzen, die heute bekannt sind. Und das sind insbesondere natürlich die Komplikationsraten, es sind perspektivisch risikoadjustierte Outcome-Daten, denn das sind ja die wesentlichen Informationen, die man braucht, um zu erkennen, wo wird gute Behandlungsqualität geliefert, die also in der Folge auch keine höheren Folgekosten, wie zum Beispiel ergänzend notwendige Eingriffe oder ähnliches, erforderlich machen. Und diese Informationen erhalten wir heute und perspektivisch noch weiter ausgeweitet über die IQTIG-Daten, die der Minister oder das Ministerium, das die Bundesregierung auch perspektivisch nutzen will. Und an der Stelle erlaube ich mir den Hinweis, dass das Ministerium ja das Deutsche Krankenhausverzeichnis, mit diesen IQTIG-Daten selbst nutzt auf seiner eigenen Homepage und dieses Krankenhausverzeichnis ja von uns, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, zur Verfügung gestellt wird, mit dem Ziel, die Informationen über die Qualität tatsächlich an die Patienten, den Patienten heranzutragen.

Abg. **Ates Gürpınar** (DIE LINKE.): Meine erste Frage ist an Frau Genster von ver.di. Andere Berufsgruppen wurden schon angesprochen, der Pflegebereich wird nur gestreift, deswegen nochmal direkt die Frage zur Pflege. Wir haben ja ab dem nächsten Jahr die Pflegepersonalregelung, die tritt ja nächstes Jahr in Kraft. Ist denn im Gesetzentwurf vorgesehen, dass die Patient:innen zukünftig erfahren können, in welchem Maße Krankenhäuser diese Pflegepersonalregelung auch einhalten?

Grit Genster (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Vielen Dank für die Frage, Grit Genster, für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft Verdi. Leider ist das im Gesetzentwurf nicht enthalten, obwohl im nächsten Jahr mit der PPR 2.0 ein Personalbemessungsinstrument eingeführt wird, über das der Erfüllungsgrad einer bedarfsgerechten Personalbemessung dargestellt werden kann, sieht das Transparenzverzeichnis lediglich Pflegepersonalquotienten vor. Wir halten die Darstellung der personellen Ausstattung im Verhältnis zum Leistungsumfang nur dann für sachgerecht, wenn kein anderes Instrument vorliegt. Für die Pflege ist ab 2024

mit den Erfüllungsgraden der PPR 2.0 mehr Transparenz für Patient:innen darstellbar. Deshalb sprechen wir uns klar für eine Änderung des entsprechenden § 135d [SGB V] aus.

Abg. **Ates Gürpınar** (DIE LINKE.): Die nächste Frage geht an die BAG Selbsthilfe, an Frau Dr. Siiri Doka. Die Erstellung ist, also es wurde schon auch angesprochen, aber nochmal von der Selbsthilfe vielleicht aus Sicht der Selbsthilfe. Die Erstellung des Transparenzverzeichnisses wird beim IQTIG gesetzlich priorisiert und andere Aufgaben müssen zurückstehen. Das haben wir auch gehört. Was heißt das denn aus Patientensicht?

Dr. Siiri Doka (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Ganz herzlichen Dank, Siiri Doka, BAG Selbsthilfe. Keine Interessenkonflikte. Danke für die Frage. Das heißt schlicht und ergreifend, dass wichtige Qualitätssicherungsverfahren zurückstehen müssen und vor allem die Weiterentwicklung von wichtigen Qualitätssicherungsverfahren. Und das ist aus Patientensicht nun wirklich extrem bedauerlich, weil sie natürlich auch ein wichtiger Faktor sind zur Erhöhung der Patientensicherheit und dementsprechend ist das eigentlich abzulehnen.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Da aus unserer Sicht der Fragenkatalog im Hinblick auf die Bewertung des Gesetzes erschöpfend aufgearbeitet worden ist, stellen wir die Zeit gerne zur Verfügung.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Wir nehmen gerne das Angebot von Dr. Kippels an. Nein, es war ein Scherz. Unsere nächste Frage geht nochmal an Frau Dr. Doka von der BAG Selbsthilfe. Frau Dr. Doka, kann das Transparenzverzeichnis auch für Sehbehinderte und blinde Personen konzipiert werden und worauf muss geachtet werden, um die Informationen für Sehbehinderte und blinde Personen, aber vielleicht auch für andere Menschen mit Behinderungen nutzbar zu machen?



Dr. Siiri Doka (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Ganz herzlichen Dank, Siiri Doka, BAG Selbsthilfe. Also wir finden es schon auch gut, dass das Thema Barrierefreiheit an verschiedenen Stellen im Gesetzentwurf angesprochen ist und auch gesetzlich festgelegt ist. Wichtig wäre uns vor allem, dass die entsprechenden Standards auch beachtet werden, also die BITV und die entsprechenden Gesetze. Und da müsste man sicherlich noch die entsprechenden Standards dann auch nachhalten in der Umsetzung.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine Frage richtet sich an das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen. Wie sollte aus ihrer Sicht die Laienverständlichkeit der Informationen erreicht werden und mit welcher Information kann der Laie ablesen, was für seine Behandlung ein gutes oder schlechtes Krankenhaus ist?

Christian Günster (Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WidO)): Christian Günster, Wissenschaftliches Institut der AOK. Es ist jetzt schon mehrfach angesprochen worden, welche Rolle hier auch die Fallzahlen spielen. Fallzahlen sind ein Indikator für die Erfahrung einer Einrichtung und sollten unbedingt berichtet werden, allerdings auch in einer kategorisierten Form. Nicht jeder weiß, dass Gelenkersatzoperationen in der einen Klinik einmal pro Woche und in der nebenan, dreimal pro Tag stattfinden, was eigentlich viel und wenig ist. Eine Kategorisierung ist notwendig, Zertifikate sind notwendig, ist auch schon angesprochen worden und risikoadjustierte Ergebnisqualitätsparameter sind notwendig. Das wurde jetzt hier mehrfach angesprochen, auch in Bezug auf Routinedaten. Hier sind etablierte Verfahren vorliegend, dort, wo Routinedaten möglicherweise Limitationen oder Einschränkungen aufweisen, sind durch wenige Hinzunahmen sie zu befähigen, dass auch risikoadjustierte Kennzahlen, die eine wesentliche Orientierung liefern können, möglichst ein Stichwort. Present on admission (Bestehend bei Aufnahme). Damit hätten wir viel Dokumentationslast aus den Kliniken herausgezogen, wenn diese Information mit übermittelt werden würde.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dann schließen wir auch diesen Frageblock und ich darf mich ganz, ganz herzlich bedanken, erstmal natürlich auch bei den Abgeordnetenkollegen für die sehr umfassenden Fragen, aber vor allem natürlich bei Ihnen den Expert:innen für ihre vielfältigen Blickwinkel, die Sie zur Verfügung gestellt haben auf dieses eine Gesetz. Ganz herzlichen Dank dafür. Kommen Sie gut nach Hause. Auf Wiedersehen. Die Anhörung ist geschlossen.

Schluss der Sitzung: 16:41 Uhr

gez.
Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB
Amtierende Vorsitzende