



Spitzenverband

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 25.09.2023

**zum Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Qualität
der stationären Versorgung durch Transparenz
(Krankenhaustransparenzgesetz)
vom 19.09.2023**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	3
II. Stellungnahme zum Gesetzentwurf	7
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	7
§ 135d (neu) – Transparenz der Krankenhausbehandlung	7
§ 136a Absatz 6 – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen.....	11
§ 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen.....	13
§ 299 – Datenverarbeitung für Zwecke der Qualitätssicherung	14
§ 135d SGB V Anlage 1 – Leistungsgruppen	16
Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes).....	17
§ 21 Absatz 2 Nummer 2 – Strukturdaten: Zuordnung zu Leistungsgruppen	17
§ 21 Absatz 2 Nummer 2 – Zuordnung zu Leistungsgruppen.....	19
§ 21 Absatz 3 Satz 1 – Übermittlung an die Vertragsparteien	21
§ 21 Absätze 3c–3e (neu) – Aufgaben für das InEK	22
§ 21 Absatz 5 – redaktionelle Anpassungen	23
§ 21 Absatz 7 – Notwendige Übermittlungspflichten für Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis	24
Artikel 3 (Änderung des Sozialgerichtsgesetzes).....	26
§ 29 Absatz 3 SGG Landessozialgericht NRW entscheidet über Streitigkeiten im Transparenzverzeichnis	26

I. Vorbemerkung

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf der Regierungsfractionen der SPD, von Bündnis 90/Die Grünen und der FDP für einen Entwurf für ein Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz) soll die Vereinbarung im Rahmen der Eckpunkte zur Krankenhausreform vom 10. Juli 2023 umgesetzt werden, Daten über das Leistungsangebot und Qualitätsaspekte des stationären Versorgungsgeschehens zur Information und Aufklärung von Patientinnen und Patienten zu veröffentlichen.

Der Entwurf sieht vor, dass ab dem 1. April 2024 in einem Transparenzverzeichnis Qualitätsdaten der Krankenhäuser öffentlich einsehbar dargestellt werden. Dafür werden den Krankenhäusern Versorgungsstufen (Level) vom Bund zugeordnet sowie die Verteilung der Leistungsgruppen auf einzelne Krankenhausstandorte dargestellt. Die Veröffentlichung des Transparenzverzeichnisses soll keine Auswirkung auf die Krankenhausplanung der Länder oder die Krankenhausvergütung haben.

1 Qualitätsinitiative im Krankenhaus

Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass Informationen zum Leistungsangebot und zur Qualität der Versorgung aufbereitet dargestellt werden sollen. Ein barrierefreier Zugang und eine laienverständliche Darstellung von für die Entscheidung wichtigen Informationen stellen die Grundlage für eine selbstbestimmte und qualitätsorientierte Auswahlentscheidung für Patientinnen und Patienten bei der Suche eines für eine Behandlung geeigneten Krankenhauses dar. Mit der angestrebten niedrighschwelligigen Vergleichbarkeit hinsichtlich des Umfangs des Leistungsangebotes der Krankenhäuser für die Nutzenden und gleichzeitig der Möglichkeit, die Angaben für einen verstärkten Qualitätswettbewerb der Krankenhäuser untereinander zu nutzen, sind wesentliche Verbesserungen im Vergleich zum Status quo erreichbar. Deshalb unterstützt der GKV-Spitzenverband ausdrücklich die Intention zur Nutzung einer möglichst breiten Datenbasis zur Herstellung von Qualitätstransparenz.

Die meisten Daten sind bereits heute in den verpflichtenden Qualitätsberichten der Krankenhäuser frei zugänglich und einrichtungsbezogene Qualitätsergebnisse der datenbasierten Qualitätssicherung des G-BA sind über das Internet einsehbar. Die vorgesehene vergleichende Darstellung schafft dennoch einen substantiellen Mehrwert, bleibt aber hinter den Möglichkeiten nutzbarer Datenbestände zurück. So sollten weitere Parameter wie etwa einzuhaltende Pflegepersonaluntergrenzen, die Notfallstufe, die Anzahl operateurbezogener Eingriffe und insbesondere auch die erteilten Ausnahmen seitens der Länder bei Nichteinhaltung der Qualitätskriterien der geplanten Leistungsgruppen abgebildet werden. Weitere Daten des G-BA

wie Mindestmengen, Strukturqualität von Perinatalzentren und die Erfüllung von Personalanforderungen in der Psychiatrie stehen ebenfalls für eine Veröffentlichung zur Verfügung und sollten zur Patienteninformation genutzt werden. Mit den im Entwurf geplanten Regelungen sollen wesentliche Datenbestände des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zusammengeführt werden. Dieses Vorhaben wird somit, auch unabhängig von der Krankenhausplanung, als sinnvoll betrachtet und vom GKV-Spitzenverband unterstützt. Unklar bleibt, ob der neue Transparenzansatz auch die Psychiatrien umfasst, was wünschenswert wäre.

Neben der Information für die Patientinnen und Patienten zur Unterstützung ihrer Entscheidungsfindung ist bislang keine Weiterverwendung der Informationen zur Leistungsqualität einzelner Krankenhausstandorte vorgesehen. Zur Unterstützung der kontinuierlichen Weiterentwicklung der stationären Versorgung (Krankenhausplanung) und sachgerechten Mittelverwendung (Vorhaltefinanzierung) sollte die Transparenz über das Leistungsgeschehen maßgebliches Steuerungsinstrument für qualitätsorientierte Entscheidungen sein. Eine nachgewiesene veränderte Qualität muss planerische Auswirkungen der Länder auf die Zuteilung von Leistungsgruppen an den betreffenden Krankenhausstandorten haben. Außerdem muss dafür Sorge getragen werden, dass Mittel der Vorhaltefinanzierung sachgerecht dort zufließen, wo die definierten Qualitätsvorgaben eingehalten und Ziele der Ergebnisqualität erreicht werden. Daher ist es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zur Herstellung einer vollständigen Transparenz für Patientinnen und Patienten erforderlich, auf Landesebene festgelegte temporäre oder dauerhafte Ausnahmen zur Erfüllung von Qualitätsanforderungen (Ausnahmetatbestände) für jedes Krankenhaus im Transparenzverzeichnis auszuweisen.

Mit dem geplanten Transparenzverzeichnis werden auch die Informationen zur Versorgungsqualität um Angaben zu ärztlichem Personal in den Krankenhäusern dargestellt. Die Transparenzinitiative des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) berücksichtigt jedoch bislang keine Informationen über das Nicht-Einhalten der Mindestpersonalvorgaben beim Pflegepersonal. Der GKV-Spitzenverband regt an, auch diese als wesentlichen Qualitätsparameter im Transparenzverzeichnis aufzugreifen.

2 Bundeseinheitliche Darstellung von Leistungsgruppen und Krankenhauslevel

Zur Strukturierung der deutschen Krankenhauslandschaft und Abbildung im Transparenzverzeichnis ist die bundeseinheitliche Definition von Leistungsgruppen und Krankenhausleveln unerlässlich. Aus dem Gesetzentwurf ist nicht zu entnehmen, wie eine

Zuordnung der Krankenhaufälle auf Leistungsgruppen und die Sortierung der Krankenhäuser zu den Leveln konkret umgesetzt werden soll. Bisher fehlen eine Beschreibung und Begründung für die im vorliegenden Entwurf dargestellten Gruppen. Für eine rechtssichere Umsetzung sollten die Methodik der Fallzuordnung auf Leistungsgruppen sowie die Zuordnung der Krankenhäuser in Level detailliert fachwissenschaftlich dargestellt werden.

Aus der im Rahmen zwischen Bund und Ländern vereinbarten Eckpunkte zur Krankenhausreform resultierenden Begrenzung der Leistungsgruppen ergeben sich aus Sicht des GKV–Spitzenverbandes weitere Umsetzungsschwierigkeiten. Der für die Meldung der Krankenhäuser notwendige Fallbezug ist für die Leistungsgruppen der Notfallmedizin und Intensivmedizin nicht bzw. für die Leistungsgruppe der Infektiologie nur eingeschränkt möglich. Wiederum fehlen andere notwendige Leistungsgruppen (bspw. Angiologie). Darüber hinaus müssen die Notfallstufen parallel zu den Leistungsgruppen weiter als gestuftes System des G–BA vorgesehen werden und im Transparenzverzeichnis Berücksichtigung finden.

3 Ordnungspolitischer Eingriff in die Struktur der Selbstverwaltung

Grundsätzlich ist es begrüßenswert, dass bundeseinheitliche Qualitätskriterien festgelegt und transparent dargestellt werden. Allerdings sieht der GKV–Spitzenverband die geplante Aufgabenverlagerung von der gemeinsamen Selbstverwaltung auf das Bundesministerium für Gesundheit kritisch.

Mit der beabsichtigten Neuregelung werden die bisherigen Aufgaben des IQTIG nach § 137a Absatz 3 Nr. 5 SGB V in einen neuen § 135d SGB V überführt und wesentlich konkretisiert. Damit einhergehend werden die Vorbereitungen für das Transparenzverzeichnis durch das IQTIG als wissenschaftlich unabhängiges Institut gesetzlich gegenüber den anderen vielfältigen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung priorisiert. Aufgrund des Vorrangs der Erstellung des Transparenzverzeichnisses durch das IQTIG gegenüber allen sonstigen Aufträgen des Instituts entsteht das Risiko, dass die an enge Fristen gebundenen Datenerhebungen und Bereitstellungen der laufenden Qualitätssicherung für die aktuellen Datenjahre 2023 und 2024 nicht für eine Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis zur Verfügung stehen werden.

Der Selbstverwaltung wäre es bei vergleichbar klarer Formulierung des gesetzlichen Auftrags für den G–BA nach § 136 SGB V ebenso möglich gewesen, diese vergleichende Qualitätsdarstellung zu leisten. Die angestrebte Transparenz könnte auch ohne einen Eingriff in die Arbeitsweise der Selbstverwaltung und des IQTIG erreicht werden. So könnten insbesondere die im neuen § 135d SGB V geplanten Aufgaben dem G–BA übertragen werden.

Auch aus sachlichen Gründen ist die Änderung des Stiftungszwecks nicht erforderlich. Gemäß § 137a Absatz 4 Satz 2 SGB V kann das BMG das IQTIG bereits jetzt unmittelbar mit Untersuchungen und Handlungsempfehlungen zu allen Aufgaben nach § 137a Absatz 3 SGB V beauftragen. Diese Regelung sieht vor, dass das Institut einen Auftrag ablehnen kann, es sei denn das BMG übernimmt die Finanzierung der Bearbeitung des Auftrags.

Somit wird die geplante Änderung des Stiftungszwecks aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes als problematisch bewertet. Laut Stiftungssatzung führt der Vorstand die Aufsicht über die Institutsleitung, soweit es die ordnungsgemäße Geschäftsführung betrifft und hat insoweit auch die Verantwortung und Kontrollfunktion im Hinblick auf den Ressourceneinsatz im IQTIG. Dem G-BA und den Trägerorganisationen würde durch die geplante Neuregelung die Verantwortung bei der Aufgabenzuweisung an das IQTIG und die Kontrolle der wirtschaftlichen Erledigung der Aufträge zumindest teilweise entzogen.

4 Sektorenvergleichende Transparenz

Gemäß vorliegendem Gesetzentwurf würde der Auftrag an den G-BA nach § 136a Absatz 6 SGB V entfallen, einrichtungsbezogene risikoadjustierte Vergleiche der zugelassenen Krankenhäuser zu veröffentlichen. Diese Aufgabe des G-BA ist jedoch weiterhin notwendig und sollte keinesfalls nur noch auf die Qualitätsdaten aus der vertragsärztlichen und zahnärztlichen Versorgung beschränkt werden. Der G-BA hat hier erstmals die Aufgabe, Transparenz über Qualitätsdaten aus der vertragsärztlichen und zahnärztlichen Versorgung und aus den Krankenhäusern bezogen auf die jeweils teilnehmenden Leistungserbringenden vergleichend herzustellen. Im Rahmen der sektorengleichen Qualitätssicherung liegen hier Qualitätsdaten zu den gleichen Leistungsbereichen sowohl im Krankenhaus als auch bei den ambulant operierenden Arztpraxen vor (z. B. Kathetereingriffe am Herzen), die nun nicht mehr zusammen veröffentlicht werden könnten und damit unvollständig für die Information der Patientinnen und Patienten wären. Die Regelung widerspricht damit der grundlegenden Intention des Gesetzgebers, sektorenvergleichend Qualitätstransparenz zu schaffen.

Nachfolgend nimmt der GKV-Spitzenverband zu den zentralen Neuregelungen Stellung.

II. Stellungnahme zum Gesetzentwurf

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 135d (neu) – Transparenz der Krankenhausbehandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ziel der neuen Regelung ist eine laienverständliche Übersicht zur Qualität der Krankenhausbehandlung, um qualitätsorientierte Auswahlentscheidungen der Patientinnen und Patienten zu fördern. Qualitätsergebnisse sollen in übersichtlicher Form und allgemeinverständlicher Sprache veröffentlicht werden. Es soll Transparenz hergestellt werden, welches Krankenhaus welche Leistungen mit welcher Qualität anbietet. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird daher künftig zur Information und Aufklärung von Patientinnen und Patienten aktuelle sowie fortlaufend aktualisierte Daten über das Leistungsangebot und Qualitätsaspekte des stationären Versorgungsgeschehens in Deutschland über ein Transparenzverzeichnis veröffentlichen. Die für das Transparenzverzeichnis erforderlichen Aufbereitungen, Zusammenführungen und Auswertungen von Daten werden durch das IQTIG nach § 137a SGB V sowie durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) durchgeführt. Es werden datenschutzrechtliche Befugnisse für das IQTIG geschaffen, die es ermöglichen, die Qualitätssicherungsdaten des G-BA sowie Daten gemäß § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) für das Transparenzverzeichnis zu verarbeiten. Die Krankenhäuser werden verpflichtet, dem InEK künftig folgende ergänzende Angaben standortbezogen zu übermitteln: Zuordnung von Leistungsgruppen, Standortbezug bei Diagnosen und Prozeduren, Daten zum Pflegepersonal zusätzlich bezogen auf die Leistungsgruppen sowie Daten zum ärztlichen Personal. Außerdem wird eine unterjährige Datenübermittlungspflicht zu ärztlichem Personal und Leistungsgruppen eingeführt.

B) Stellungnahme

Das mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz in 2014 durch den G-BA gegründete IQTIG wurde gesetzlich mit den in § 137a Absatz 3 SGB V Nr. 1 bis 7 aufgeführten Aufgabenstellungen beauftragt. Es ist stiftungsrechtlich problematisch, den Stiftungszweck nunmehr in so weitgehendem Maße zu ändern. Die gemäß § 135d SGB V (neu) formulierten Aufgaben des IQTIG sind vorrangig und alleinig der bisherigen Aufgabe nach

§ 137a Absatz 3 Nr. 4 und 5 zuzuordnen, wobei künftig die Nr. 5 aufgehoben wird. Das IQTIG als wissenschaftlich unabhängiges Institut mit vielfältigen Aufgaben i. R. der Qualitätssicherung wird mit der Auftrags-/Aufgabenstellung nach § 135d (neu) SGB V einseitig auf die Herstellung der Transparenz der Krankenhausbehandlung (Transparenzverzeichnis) priorisiert.

Laut Stiftungssatzung führt der Vorstand die Aufsicht über die Institutsleitung, soweit es die ordnungsgemäße Geschäftsführung betrifft und hat insoweit auch die Verantwortung und Kontrollfunktion im Hinblick auf den Ressourceneinsatz im IQTIG. Dem G-BA und den Trägerorganisationen würde durch die geplante Neuregelung die Verantwortung bei der Aufgabenzuweisung an das IQTIG und die Kontrolle der wirtschaftlichen Erledigung der Aufträge zumindest teilweise entzogen.

Dieses Vorgehen ist nicht erforderlich, da gemäß § 137a Absatz 4 Satz 2 SGB V das BMG das IQTIG bereits jetzt unmittelbar mit Untersuchungen und Handlungsempfehlungen zu allen Aufgaben nach § 137a Absatz 3 SGB V beauftragen kann. Diese Regelung sieht allerdings auch vor, dass das Institut einen Auftrag ablehnen kann, es sei denn das BMG übernimmt die Finanzierung der Bearbeitung des Auftrags. Diese Regelung halten wir nach wie vor für sachgerecht.

Darüber hinaus wird der eingeräumte Vorrang der Wahrnehmung der Aufgaben zur Erstellung des Transparenzverzeichnisses durch das IQTIG gegenüber allen sonstigen Aufträgen des Instituts durch oder aufgrund eines Gesetzes sehr kritisch gesehen, da auch die an enge Fristen gebundenen Datenerhebung, Qualitätsdialoge und Datenbereitstellung der laufenden Qualitätssicherung davon betroffen sein werden und daraus das Risiko entsteht, dass für die aktuellen Datenjahre 2023 und 2024 in der Folge keine Daten für eine Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis zur Verfügung stehen werden. Diese Informationen würden demnach auch nicht im Qualitätsbericht Krankenhäuser veröffentlicht werden können. Aber auch alle anderen Aufgaben des IQTIG sind mehrheitlich fristgebunden, wie die Stichproben für die Qualitätskontrollen der Medizinischen Dienste nach MD-QK-RL (MD-Qualitätskontroll-Richtlinie), die Entwicklung von Spezifikationen für die Datenerhebungen bei der DeQS-RL (Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung), den Strukturerhebungen z. B. der Perinatalzentren oder der PPP-Richtlinie (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik Richtlinie), die für die Mindestmengenbeschlüsse notwendigen Auswertungen oder für die Umsetzung neuer QS-Verfahren. Die Umsetzung dieser Qualitätssicherungsaktivitäten mit dem Ziel, eine hohe Patientensicherheit in der Versorgung zu erreichen, sollten stets die höchste Priorität haben, die durch begleitende Veröffentlichungen von Ergebnissen bestmöglich unterstützt wird. Die hier vorgesehene

Priorisierung der Transparenzherstellung erscheint daher im Sinne der Patientensicherheit nicht sachgerecht.

Aus der direkten Beauftragung des BMG an das IQTIG, die vorgesehenen Aufbereitungen, Zusammenführungen und Auswertungen von Daten vorzunehmen, ergeben sich zudem haftungsrechtliche Fragestellungen. Hier kommen vor allem Regressansprüche des Auftraggebers für seine Haftung gegenüber Dritten in Betracht. Da die Beauftragung für den Auftraggeber unentgeltlich erfolgt, sollten die haftungsrechtlichen Konsequenzen und insbesondere die Freistellung des Instituts von Ansprüchen des Auftraggebers und Dritten geprüft werden.

Die Veröffentlichung von Qualitätsdaten setzt wissenschaftliche, nach einer nachvollziehbaren Methodik entwickelte Rechenschritte voraus, z. B. zur Risikoadjustierung und Bildung von aggregierten Indizes. Dies ist eine wichtige Grundlage für eine Vergleichbarkeit der Qualität. Die Aufarbeitung und Darstellung der Informationen im Transparenzverzeichnis hat daher auf fachwissenschaftlichen Grundlagen des IQTIG zu erfolgen. Es reicht nicht aus, dass vom IQTIG die Richtigkeit und die Sachlichkeit der Datenaufbereitung bei der Übermittlung erklärt wird. Es bedarf zusätzlich im Sinne eines Methodenpapiers einer transparenten öffentlichen Darlegung über Inhalt, Art, Umfang und Verfahren der Aufbereitungen, Zusammenführungen und Auswertungen der Daten, sodass nachvollziehbar ist, wie Ergebnisse berechnet werden und auf welcher Datengrundlage diese basieren.

Der Intention zur Förderung der Transparenz die Daten des Transparenzverzeichnisses strukturiert bzw. mit Hilfe von Meta-Daten erschließbar öffentlich zur Verfügung zu stellen, wie dies bereits für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V erfolgt, wird begrüßt.

Im Transparenzverzeichnis werden lediglich ausgewählte Daten der Qualitätsmessungen vorgesehen, die kein vollständiges Bild des stationären Leistungsgeschehens in Krankenhäusern abbilden können. Daraus geht nicht hervor, ob alle Qualitätsvorgaben für die Zuweisung von Leistungsgruppen erfüllt waren oder Planungsbehörden von den im Rahmen der Krankenhausreform angedachten Ausnahmeregelungen Gebrauch gemacht haben. Diese Informationen, ob ein Krankenhaus bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllt oder nicht erfüllt, selbst wenn dazu eine Ausnahmegenehmigung der Planungsbehörde vorliegt, sollten mitaufgenommen werden, da sie für die Auswahlentscheidung der Patientinnen und Patienten relevant sind.

Die im neuen Absatz 4 vorgesehene bundeseinheitliche Definition von Krankenhausleveln wird grundsätzlich begrüßt. Sie bedarf einer fachwissenschaftlichen Fundierung und Begründung. Hierbei ist der GKV–Spitzenverband einzubeziehen.

C) Änderungsvorschlag

§ 135d Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt ergänzt:

Das Institut nach § 137a hat Inhalt, Art, Umfang und Verfahren der Aufbereitungen, Zusammenführungen und Auswertungen von Daten transparent für die Öffentlichkeit darzulegen und bei der Übermittlung gegenüber der zu bestimmenden Stelle die Richtigkeit und Sachlichkeit der Daten nach Satz 3 zu erklären.

§ 135d Absatz 2 wird gestrichen.

Nach § 135d Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 wird der Punkt gestrichen und durch ein Komma ersetzt.

Nach Nummer 4 werden folgende Nummern ergänzt:

5. Informationen zu eingeräumten Ausnahmetatbeständen seitens der Planungsbehörden der Länder und zu Abweichungen von den Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen
6. Dem G–BA vorliegende Daten gemäß den Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2
7. Dem G–BA vorliegende Daten gemäß der Richtlinie nach § 136a Absatz 2 Satz 1
8. Dem G–BA vorliegende Daten gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 2
9. Angaben zur Umsetzung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137 i SGB V i. V. m. der Pflegepersonaluntergrenzen–Verordnung,
10. Angaben zur gegebenen Notfallstufe gem. § 136c Absatz 4 SGB V,
11. Anzahl operateurbezogener Eingriffe.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 136a Absatz 6 – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Auftrag an den G-BA nach § 136a Absatz 6 SGB V, einheitliche Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit zum Zweck der Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung durch einrichtungsbezogene risikoadjustierte Vergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und zugelassenen Krankenhäuser zu schaffen, wird auf die vertragsärztliche und zahnärztliche Versorgung eingeschränkt.

B) Stellungnahme

Die Aufgabe des G-BA ist weiterhin sinnvoll und sollte nicht aufgehoben werden. Gerade der Auftrag zur Veröffentlichung von Informationen zur vertragsärztlichen und zahnärztlichen Versorgung ist essentiell, da dies bisher nicht erfolgt. Der G-BA hat hier erstmals die Aufgabe, sektorengleich Transparenz über Qualitätsdaten aus der vertragsärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie der Krankenhäuser bezogen auf die jeweils teilnehmenden Leistungserbringer vergleichend herzustellen. Im Rahmen der sektorengleichen Qualitätssicherung liegen hier Qualitätsdaten zu den gleichen Leistungsbereichen aus den Krankenhäusern und der vertragsärztlichen und zahnärztlichen Versorgung vor (z. B. Kathetereingriffe am Herzen), die anderenfalls nicht mehr zusammen vergleichend veröffentlicht werden könnten. Die Transparenz über die Qualität über alle Leistungserbringer, unabhängig von dem Sektor, in dem sie tätig sind, um Patientinnen und Patienten bei ihrer Auswahlentscheidung, für die für sie am besten geeigneten Behandelnden zu unterstützen, würde damit verloren gehen. Ferner liegen dem G-BA Qualitätsdaten aus den Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V (Erfüllung von Mindestanforderungen bei Frühgeborenen u. a. sowie Personalausstattung in der Psychiatrie) sowie Qualitätsdaten gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 (Mindestmengenregelungen) vor, die nicht in dem neuen Transparenzverzeichnis veröffentlicht werden, jedoch bereits in den Qualitätsberichten nach § 136 Absatz 1 Satz 1

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 25.09.2023
zum Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch
Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz)
Seite 12 von 26

Nr. 3 SGB V integriert sind. Eine Herausnahme der Krankenhäuser von den Regelungen des
§ 136a Absatz 6 SGB V ist daher nicht sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung zu einer Änderung des § 136a Absatz 6 sollte entfallen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufgabe des IQTIG, einrichtungsbezogen und vergleichend über die Qualität maßgeblicher Bereiche der stationären Versorgung in einer allgemeinverständlichen Form zu informieren wird, aufgehoben.

B) Stellungnahme

Durch die neue gesetzliche Regelung nach § 135d SGB V wird dem IQTIG die bisher in § 137a SGB V geregelte Aufgabe zur Umsetzung eines Transparenzverzeichnisses über die Krankenhausbehandlung übertragen. Insofern ist die Aufhebung eine Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

Es handelt sich um eine Folgeänderung des § 135d SGB V (neu). Siehe Kommentierung zu § 135d SGB V (neu).

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 299 – Datenverarbeitung für Zwecke der Qualitätssicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen im § 299 SGB V umfassen eine Klarstellung, dass personen- oder einrichtungsbezogene Daten der Leistungserbringer, die für Qualitätssicherungsverfahren erhoben werden, nicht zu pseudonymisieren sind. Zudem wird durch die Einführung eines neuen Absatzes 7 das IQTIG explizit legitimiert, die gemäß § 299 Absatz 1 Satz 1 erhobenen Qualitätssicherungsdaten, Daten aus den strukturierten Qualitätsberichten und die gemäß § 21 Absatz 3d und Absatz 7 KHEntgG übermittelten Daten für erforderliche Vorarbeiten für die Veröffentlichung eines Transparenzverzeichnisses durch das Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 135d zu verarbeiten.

B) Stellungnahme

Die Klarstellung zur Pseudonymisierung der leistungserbringerbezogenen Daten wird begrüßt, da insbesondere die Datenverarbeitungsprozesse dadurch in ihrer Komplexität vereinfacht werden. Die vorgenommene Einschränkung auf die Daten der Krankenhäuser erscheint jedoch nicht sachgerecht, da unterschiedliche Vorgaben für die Datenverarbeitung zu sehr hohen technischen Aufwänden führt. Die Gründe, warum die Pseudonymisierung für die Krankenhäuser zukünftig entfallen soll, sind für die anderen Leistungserbringer in der Qualitätssicherung – Vertragsarztpraxen und Zahnarztpraxen – identisch. Warum eine Pseudonymisierung weiter in der Datenverarbeitung des G-BA gefordert wird, aber für eine Datenverarbeitung für das Transparenzverzeichnis nicht, kann nicht nachvollzogen werden.

Die Aufzählung der nutzbaren Daten sollte um weitere dem G-BA vorliegende Daten gemäß den Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 (z. B. Perinatalzentren) und § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V sowie Daten gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 (Mindestmengenregelungen) ergänzt werden, da hier ebenfalls relevante Informationen zur Information und Aufklärung von Patientinnen und Patienten vorliegen, die so nicht in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 enthalten sind.

C) Änderungsvorschlag

Der an Absatz 1 anzufügende Satz wird wie folgt geändert:

„Einrichtungsbezogene Daten ~~der Krankenhäuser~~, deren Verarbeitung in Richtlinien des
Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vorgesehen ist,
sind nicht zu pseudonymisieren.“

Absatz 7 Satz 1 wird um die Nummern 5, 6 und 7 ergänzt:

- „5. Dem G-BA vorliegende Daten gemäß den Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und
6. Dem G-BA vorliegende Daten gemäß der Richtlinie nach § 136a Absatz 2 Satz 1
7. Dem G-BA vorliegende Daten gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 2“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 135d SGB V Anlage 1 – Leistungsgruppen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Anlage 1 führt die künftigen 65 Leistungsgruppen auf, die zu einer Zuordnung der Versorgungsstufen (Level) führen.

B) Stellungnahme

Die Leistungsgruppen sind den Überschriften nach mit denen aus Nordrhein–Westfalen identisch. Unter Berücksichtigung der bisher noch ausstehenden inhaltlichen Definition der Leistungsgruppen mit dem Gesetz zur Krankenhausreform ist angesichts der schon jetzt vorgenommenen Benennung der Leistungsgruppen jedoch kritisch anzumerken, dass die zusätzlich in die Liste aufgenommenen Leistungsgruppen inhaltlich bisher nicht öffentlich definiert oder begründet sind. Sie entziehen sich einer Kommentierung ebenso wie möglicher Auswirkungen der Definition auf die bestehenden Leistungsgruppen. Erstens liegen keine Angaben über die Entstehung der zusätzlichen Leistungsgruppen vor, zweitens ist über die Definition der Level und deren Entstehung (Methodik) nichts bekannt. Die sich an die Leistungsgruppen anschließenden Finanzierungsregelungen nach denen zukünftig ca. 30 Mrd. Euro ausgeschüttet werden und die nun präjudiziert werden sind höchstens rudimentär bekannt. Das BMG sollte hier mindestens so viel Transparenz und Begründung für sein Tun liefern, wie dies der G–BA in seinen Beschlüssen tut.

So ist ein Fallbezug für die Leistungsgruppe Notfallmedizin ebenso wenig möglich wie ein Fallbezug in der Leistungsgruppe Intensivmedizin. Für die Infektiologie bestehen aus unserer Sicht gleichlautende Bedenken. Wiederum fehlen andere notwendige Leistungsgruppen (bspw. Angiologie). Darüber hinaus müssen die Notfallstufen parallel zu den Leistungsgruppen weiter als gestuftes System des G–BA vorgesehen werden.

C) Änderungsvorschlag

Es bedarf einer fachwissenschaftlichen Fundierung und Begründung der Leistungsgruppen. Hierbei ist der GKV-Spitzenverband einzubeziehen.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1 a)

§ 21 Absatz 2 Nummer 2 – Strukturdaten: Zuordnung zu Leistungsgruppen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Krankenhäuser übermitteln neu an das InEK in einem Datensatz die Anzahl des insgesamt beschäftigten ärztlichen Personals und die Anzahl der insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten ärztlichen Personals (inklusive Facharztbezeichnung, bei Ärzten in Weiterbildung unter Angabe des Weiterbildungsgebietes) künftig gegliedert nach Standort, Fachabteilung und nach den Leistungsgruppen gemäß Anlage 2 zu § 135d SGB V.

Krankenhäuser übermitteln an das InEK in einem Datensatz die Leistungsgruppen gemäß Anlage 1 zu § 135d SGB V, denen die vom Krankenhaus erbrachten Behandlungsfälle zugeordnet sind, gegliedert nach den Standorten.

B) Stellungnahme

Die Zuordnung von ärztlichem Personal zu Leistungsgruppen ist nachvollziehbar, stellt jedoch die Beteiligten vor große Herausforderungen. Die Ärzte den Fachabteilungen zuzuordnen, wird ausdrücklich unterstützt. Es gibt jedoch keinen bundeseinheitlichen Stationsbegriff. Die Zuordnung erfolgt somit nach krankenhauseigenen Kriterien. Um diese später einer Leistungsgruppe zuzuordnen, nimmt jedes Krankenhaus über eigene Verteilungskriterien eine Zuordnung vor. Es ist auch davon auszugehen, dass auf einer Station nicht nur Patientinnen und Patienten einer Leistungsgruppe behandelt werden. Aus diesen Gründen wird eine Angabe zum Personal pro Leistungsgruppe zwischen den Krankenhäusern allein deshalb unterschiedlich sein, weil der Patientenmix auf den Stationen verschiedener Krankenhäuser unterschiedlich sein wird. Eine Evaluation und damit eine gewollte bundeseinheitliche Vergleichbarkeit werden damit nicht möglich. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass bereits seit gut vier Jahren ein bundesweites Verzeichnis existiert, in dem jede Ärztin und jeder Arzt im Krankenhaus oder einer Ambulanz, aber auch Ärztinnen und Ärzte, die sich in Weiterbildung befinden, aufgeführt werden (Krankenhausarztverzeichnis). Dort wäre lediglich das Weiterbildungsgebiet zu ergänzen und die Angabe, ob es sich um eine Vollzeitstelle handelt. Hier kann die DKG und der GKV–Spitzenverband jederzeit mit einer Datenlieferung beauftragt werden. Leistungsgruppen sind bisher nicht bekannt und wären zu ergänzen. Dieses Verzeichnis wird seit Jahren nur für das

Entlassmanagement genutzt (Vordruck Verordnungen). Hier wäre kein neuer Meldeprozess an das InEK nötig.

Die Leistungsgruppen der erbrachten Leistungen sollten eigentlich aus den Fallangaben ermittelbar sein. Zudem sollen sie auch bereits fallbezogen übermittelt werden. Hier wird auf das IST der Leistungsgruppen abgestellt.

Wichtig erscheint aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die Übermittlung der planerisch durch das Land zugewiesenen Leistungsgruppen im Unterschied zu den bundeseinheitlichen Kriterien. Dies sollte hier auch explizit erwähnt und zusätzlich die Zeitdimension hinzugefügt werden, um Änderungen der Zuweisungen periodengetreu abbilden zu können. Eine Übermittlung durch die Krankenhäuser an das Standortverzeichnis wird GKV-seitig befürwortet. Dieses ist das verbindliche Strukturverzeichnis für die Krankenhäuser in Deutschland.

C) Änderungsvorschlag

In § 293 Absatz 6 Satz 3 SGB V wird nach Nummer 9 die Nummer 10 eingefügt:

„10. Leistungsgruppen gemäß § 135d SGB V (Anlage 1) nach Fachabteilungen des Krankenhauses“

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1 b)

§ 21 Absatz 2 Nummer 2 – Zuordnung zu Leistungsgruppen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nr. 2 aa)

Krankenhäuser übermitteln jeweils zum 31. März für das vorangegangene Kalenderjahr an das InEK je Krankenhausfall die Haupt- und Nebendiagnosen sowie die Prozeduren jeweils gegliedert nach dem Standort des Krankenhauses.

Nr. 2 bb) redaktionelle Änderung

Nr. 2 cc) neuer Absatz i

Krankenhäuser übermitteln jeweils zum 31. März für das vorangegangene Kalenderjahr an das InEK je Krankenhausfall die Leistungsgruppen gemäß Anlage 1 zu § 135d SGB V.

B) Stellungnahme

Nr. 2 aa)

Derzeit enthalten die Daten nach § 21 KHEntgG bereits ein Prozedurendatum. Über die Datei „FAB“ ist zu jedem Zeitpunkt bekannt, in welchem Standort sich der Patient oder die Patientin befand. Somit ist zumindest bekannt, an welchem Tag und an welchem Ort Leistungen erbracht wurden. Eine zusätzliche Standortangabe ist überflüssig. Standortbezogene Diagnosen künftig darzustellen, gestaltet sich als schwierig. Es gibt für den gesamten Fall eine Hauptdiagnose, keine Diagnose an jedem Standort. Die relevanten Nebendiagnosen werden ebenfalls je Fall dargestellt, nicht wo sie erhoben wurden. Es erschließt sich nicht, inwiefern diese Information künftig helfen kann, eine bessere Zuordnung zu erhalten. Soweit es sich bei den Fällen nicht um interne Verlegungen zwischen Standorten handelt, ist bekannt, an welchem Standort was erbracht wurde. Diese Regelung ist verzichtbar.

Nr. 2 cc)

Warum die Krankenhäuser die behandelten Leistungsgruppen übermitteln erschließt sich nicht. Diese sollten jederzeit anhand der übermittelten Daten sowohl vom InEK als auch von der GKV selbst anhand zertifizierter Software bestimmt werden können. Bisher galt der Grundsatz, dass sich die § 21er-Daten aus den Abrechnungsdaten ergeben sollen. Insofern wird angeregt, dass die Leistungsgruppen künftig im Abrechnungsdatensatz nach § 301 Absatz 1 SGB V mit übermittelt werden.

C) Änderungsvorschlag

1. Regelung Nr. 2 aa) wird gestrichen.
2. In § 301 Absatz 1 Nummer 2 wird hinter den Worten „... dessen Kennzeichen nach § 293 Absatz 6“ und vor dem Komma ergänzt: „und die Leistungsgruppen gemäß § 135d SGB V (Anlage 1) und Fachabteilungen des Krankenhauses“

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2 a-c

§ 21 Absatz 3 Satz 1 - Übermittlung an die Vertragsparteien

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherigen Empfänger der § 21-Daten erhalten diese künftig weiterhin inklusive der neu zu liefernden Daten.

B) Stellungnahme

Diese Regelung wird ausdrücklich begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 3

§ 21 Absätze 3c–3e (neu) – Aufgaben für das InEK

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 3c

Die Krankenhausfälle werden vom InEK auf der Grundlage der von ihm zu erarbeitenden Vorgaben den Leistungsgruppen standortbezogen zugeordnet. Für eine bundeseinheitliche Zuordnung der Krankenhausfälle zu Leistungsgruppen dürfen Krankenhäuser nur vom InEK zertifizierte Datenverarbeitungslösungen verwenden.

Absatz 3d

Geregelt wird, dass das InEK dem IQTIG für das Kalenderjahr 2022 die notwendigen Daten übermittelt, nachdem es die Daten ausgewertet hat und das IQTIG nach Abstimmung dies für erforderlich hält. Eine im Gesetz nicht näher bezifferte Datenstelle übermittelt dem InEK Daten zurück. Anschließend liefert das InEK dem IQTIG und der noch zu benennenden Stelle die Zuordnung zu den Versorgungsstufen.

B) Stellungnahme

Diese Regelung wird unterstützt, jedoch darauf hingewiesen, dass eine Darstellung einerseits nach den Algorithmen des InEK und andererseits nach den Ländern (auf anderer Logik) eine bundesweite Vergleichbarkeit nicht möglich machen würde. Es wird darauf hingewiesen, dass der Prozess in Absatz 3d Satz 2 unklar ist, insbesondere welche Datenstelle gemeint ist.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 4 a-b

§ 21 Absatz 5 – redaktionelle Anpassungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 5

Für die neu zu übermittelnden Daten gelten die gleichen Regelungen wie für bisher gelieferte Daten (fristgerechte Übermittlung, Plausibilitätsprüfung, Abschlagsregelungen etc.).

B) Stellungnahme

Diese Regelung stellt klar, dass für die Übermittlung der neu zu liefernden Daten die gleichen Anforderungen wie für die bisher gelieferten § 21-Daten gelten. Diese Klarstellung ist zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 5

§ 21 Absatz 7 – Notwendige Übermittlungspflichten für Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Krankenhaus übermittelt einen Auszug der § 21-Daten neben den Daten nach Absatz 1 künftig unterjährig. Die Übermittlung erfolgt für jedes Kalenderquartal bis zum 15. des folgenden Monats, erstmalig zum 15. Januar 2024. Dafür legt das InEK das Notwendige fest. Diese Daten stellt das InEK dem IQTIG und einer vom BMG zu bestimmenden Stelle für standort-, fachabteilungs- und leistungsgruppenbezogene Auswertungen zur Verfügung. Der Aufwand wird durch den DRG-Systemzuschlag finanziert.

Ein explizites Anhörungsrecht der Krankenhäuser wurde im Vergleich zur Formulierungshilfe nicht mehr vorgesehen, ein Krankenhaus kann nun infolge Artikel 3 (SGG) Klagen vor dem Sozialgericht einreichen.

Die jeweilige Leitung des Krankenhauses ist verpflichtet, für die ordnungsgemäße und rechtzeitige Übermittlung der Daten nach Satz 1 zu sorgen. Bei einer nicht vollständigen oder nicht rechtzeitigen Übermittlung der Daten hat das Krankenhaus entstehende Mehraufwendungen gegenüber dem InEK oder dem IQTIG zu erstatten.

B) Stellungnahme

Das InEK bekommt durch die neuen Regelungen zusätzliche Aufgaben, ohne direkten Bezug zu seinen Gesellschaftern. Die Finanzierung erfolgt durch die GKV, eine Einbeziehung des GKV-Spitzenverbandes erfolgt nicht. Das InEK liefert Daten an das BMG und andere Stellen. Zum einen stellt sich die Frage der Finanzierung, zum anderen sollte auf eine Lösung in der Selbstverwaltung abgestellt werden. Die Regelung sollte dahingehend geändert werden, dass das InEK einen Vorschlag erarbeitet, auf dessen Grundlage DKG, PKV und GKV-Spitzenverband eine entsprechende Zuordnung vornehmen können. An keiner Stelle des Gesetzes werden die Kriterien einer Leistungsgruppenzuordnung festgelegt oder gar angedeutet. Mit dieser Regelung wird einzig und allein diese Aufgabe dem InEK ohne konkrete Vorgaben übertragen. Die Festlegung einer softwarebasierten Lösung durch einen Grouper wird ausdrücklich unterstützt. Nur so ist es möglich, dass jeder am Prozess

Beteiligte auf das gleiche Ergebnis kommt. Das InEK sollte nicht allein mit dieser Aufgabe betraut werden. Hier ist eindeutig auf eine Lösung in der Selbstverwaltung abzustellen.

C) Änderungsvorschlag

In § 21 Absatz 7 wird vor Satz 3 folgender Satz eingefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung vereinbaren gemeinsam entsprechend der Daten des Absatzes 2 und 7 mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Zuordnung der Krankenhäuser zu den Leistungsgruppen.“

Alle anderen Sätze werden redaktionell hochgezählt und angefügt.

Artikel 3 (Änderung des Sozialgerichtsgesetzes)

Nr. 2

§ 29 Absatz 3 SGG Landessozialgericht NRW entscheidet über Streitigkeiten im Transparenzverzeichnis

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Landessozialgericht (LSG) Nordrhein-Westfalen entscheidet über Streitigkeiten betreffend die Veröffentlichung des Transparenzverzeichnisses.

B) Stellungnahme

Das InEK hört Krankenhäuser bei der Erhebung der Daten nicht mehr an, dafür erhalten Krankenhäuser die Möglichkeit Streitigkeiten vor dem LSG NRW klären zu lassen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.