



ENTWURF EINES GESETZES ZUR FÖRDERUNG DER QUALITÄT DER STATIONÄREN VERSORGUNG DURCH TRANSPARENZ (KRANKENHAUSTRANSPARENZGESETZ)

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM ENTWURF EINER
FORMULIERUNGSHILFE DER BUNDESREGIERUNG FÜR DIE
FRAKTIONEN DER SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN UND DER FDP VOM
11.08.2023

28. AUGUST 2023

ZUR KOMMENTIERUNG

Zu den einzelnen Regelungsinhalten wird im Folgenden kommentiert. So keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte durch die Regelung nicht betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.

VORBEMERKUNG

Die KBV begrüßt die grundsätzliche Regelungsintention der Formulierungshilfe, durch eine klare Zuordnung von Krankenhäusern zu Versorgungstufen in Verbindung mit korrespondierenden Leistungsgruppen die Transparenz, Orientierung und damit schließlich die Entscheidungsautonomie von Patientinnen und Patienten zu stärken. Gerade aufgrund der eine stationäre Versorgung erforderlich machenden, besonderen Schwere und/oder Komplexität der Erkrankungen der betroffenen Patientinnen und Patienten ist eine entsprechend niederschwellige, nachvollziehbare Navigation als Voraussetzung für eine informierte Entscheidung zur Auswahl der bestmöglich geeigneten Klinik von Relevanz. Damit soll die bislang nur ausschnittsweise vorliegende Information gebündelt und nachvollziehbar zugänglich gemacht werden.

Die hier vorliegende Formulierungshilfe setzt dabei auf eine, auch den oben genannten Zielen dienende, bisherige datengestützte Qualitätssicherung auf. Unter weitestgehender Einbindung betroffener Akteure einschließlich der Patientenvertretung, wissenschaftlicher Expertise und institutioneller Unterstützung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQTIG), konnten relevante Regelungen wie z. B. zu Mindestmengen oder Notfallstufen erfolgreich entwickelt und mit entsprechender Steuerungswirkung im Versorgungsalltag etabliert werden. Nicht alle bislang erteilten Aufträge konnten jedoch die gewünschte Wirkung der Qualitätsverbesserung und geeigneter Information der Versicherten erfüllen. Eine Repriorisierung der Aufgaben des IQTIGs ist deshalb grundsätzlich zu begrüßen.

Mit der Umgehung des zuständigen Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) durch Direktzugriff des BMG auf das IQTIG und unter Beibehaltung der Finanzierungsregelungen werden bisherige Erfolge gefährdet. Hier ist insbesondere der Eckpunktebeschluss vom 21. April 2022 zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung zu nennen. Der G-BA hat hier umfangreiche Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Verfahren, der Erhöhung der Effektivität und Effizienz und der Fokussierung auf relevante Verbesserungspotentiale der Versorgungsqualität auf den Weg gebracht.

Vielmehr wird durch uneinheitliche Zuständigkeit und Ansprache der Weg in eine unmittelbar staatlich gelenkte, von der Selbstverwaltung entkoppelte, Gesundheitsversorgung gebahnt. Diese auch andernorts festzustellende Entwicklung stellt nicht nur eine fundamentale Abkehr von einem erfolgreichen, wie zuletzt auch in der Corona-Pandemie unter Beweis gestellten, Organisationsprinzip der deutschen Gesundheitsversorgung dar, sondern gefährdet auch das legitime und notwendige Interesse an der Transparenz der Versorgung. Die Unabhängigkeit eines unmittelbar im Staatsauftrag tätigen Instituts wird durch eine solche Regelung zudem gerade nicht gestärkt.

Dieser bislang einzigartige Vorgang lässt Zweifel an der Ernsthaftigkeit und dem wirklichen Interesse an einer Transparenzförderung aufkommen. Vielmehr drängt sich der Eindruck auf, dass die Regelungen der Formulierungshilfe primär der Einführung einer unmittelbar, bis ins Detail gelenkten, Staatsmedizin dienen sollen. Aus Sicht der KBV ist die Auftragserteilung an den G-BA zur prioritären Abarbeitung des Gesetzauftrags, unter gleichzeitiger Einräumung der bislang nicht eingeräumten Rechte, beispielsweise zur Datenzusammenführung, Grundlage für eine klare Aufgabenteilung von Bund und Selbstverwaltung und für den Erfolg des angestrebten Ziels einer transparenten und qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung.

KOMMENTIERUNG IM EINZELNEN

ZU 1: §135D ABSATZ 1

Sachverhalt

Mit der Einrichtung eines Transparenzverzeichnisses sollen relevante Krankenhausdaten Versicherten niederschwellig und kurzfristig zugänglich gemacht werden. Das IQTIG bestätigt die Richtigkeit der veröffentlichten Daten. Ein Personenbezug ist nicht vorgesehen.

Bewertung

Unbenommen der überaus ambitionierten Fristsetzung zur Einrichtung des Registers bis zum 1. April 2024 wird, wie zuvor ausgeführt, die grundsätzliche Regelungsintention der Transparenzverbesserung begrüßt.

§ 135D ABSATZ 2

Sachverhalt

Das IQTIG wird prioritär unter Hintanstellung bisheriger relevanter Aufträge das Transparenzverzeichnis bearbeiten; d. h. die Datenverarbeitung für ein Transparenzverzeichnis soll Vorrang vor allen sonstigen Aufträgen des Instituts nach § 137a SGB V haben.

Bewertung

Durch die Entkopplung des IQTIG vom G-BA werden nicht nur relevante Qualitätssicherungsaufgaben, die z.T. wiederum Voraussetzung für die Umsetzung des Transparenzregisterauftrags sind, gefährdet, hierunter würden auch alle Beauftragungen des Instituts fallen, welche aus dem Eckpunktebeschluss des G-BA vom 21. April 2022 zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung resultieren. Diese Weiterentwicklung ist jedoch unerlässlich, um zukünftig valide und aktuelle Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität von Einrichtungen in einem Transparenzverzeichnis veröffentlichen zu können. Aufgrund der in den letzten Jahren unterbliebenen Pflege der QS-Verfahren durch das Institut nach § 137a SGB V basieren zum Beispiel die Rechenregeln vieler Indikatoren der datengestützten externen Qualitätssicherung (nach DeQS-RL) nicht auf den aktuellen Leitlinien. Auch eine Risikoadjustierung zur Vergleichbarkeit der Ergebnisse wurde für viele Indikatoren im Rahmen der Verfahrensentwicklung durch das Institut noch nicht erarbeitet. Die durch den G-BA beauftragte Weiterentwicklung ist somit eine Grundvoraussetzung für aussagekräftige Vergleiche und soll nach Angaben des Instituts nach § 137a SGB V über mindestens die nächsten drei bis vier Jahre erfolgen. Darüber hinaus wurde 2022 in einer Studie von Schulz et al. festgestellt, dass in einer fachlichen Prüfung nur bei 14 % der rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisse (nach DeQS-RL) ein Qualitätsdefizit in den medizinischen Einrichtungen festgestellt werden kann (<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1751-5464>). Dies bedeutet, dass das Gros der Indikatorergebnisse aktuell einen nur sehr eingeschränkten Aussagewert für die Veröffentlichung in einem Transparenzverzeichnis hat. Es bedarf hier, neben der Optimierung der Indikatoren als Aufgreifkriterien, einer qualitativen Bewertung der Ergebnisse, welche mitveröffentlicht werden sollten, um die Ergebnisse interpretieren zu können.

Es kommt in der Folge zu einer Mehrebenensteuerung, die selbst bei enger Abstimmung aller Beteiligten zu Umsetzungsbehinderungen führen wird. Zudem wird die Finanzierung des Instituts aus Versichertengeldern durch Systemzuschläge aus der stationären und ambulanten Versorgung diesem neuen Sachverhalt nicht gerecht. Konsequenterweise sind bei Beibehaltung der Direktbeauftragung des Instituts die Kosten durch den Staat selbst zu tragen.

§ 135D ABSATZ 3

Sachverhalt

Ausrichtung und Inhalt des Transparenzregisters werden konkretisiert, bestehende Umsetzungen auf Landesebene im Sinne der Stufen- und Leistungsgruppeneinteilungen bleiben erhalten.

Bewertung

Die Anschlussfähigkeit der Regelung an schon bestehende, gleichsinnige Umsetzungen der Leistungsgruppen insbesondere des Landes Nordrhein-Westfalen wird begrüßt. Im Sinne einer für Versicherte einheitlichen, bundeslandübergreifenden Orientierungsmöglichkeit, die gerade an Bundeslandgrenzen von besonderem Interesse sein wird, ist die zeitliche Begrenzung der sich dann nur vorübergehend ergebenden Parallelität von Leistungsgruppensystemen zu begrüßen.

§ 135D ABSATZ 4

Sachverhalt

Krankenhausstandorte werden Versorgungsstufen (Level) zugeordnet, Voraussetzung hierfür sind die Vorhaltung und Abrechnung von Leistungsgruppen.

Bewertung

Der Ansatz von Versorgungsstufen und Leistungsgruppen als Voraussetzung für eine transparente Darstellung der Kliniklandschaft ist grundsätzlich zielführend. Es wird allerdings zu bedenken gegeben, dass die rein quantitative Aufaddierung von einzelnen Leistungsgruppen der Regulationsintention einer im Patienteninteresse funktionalen, in ihrer Versorgungsausrichtung spezialisierten und umfassenden Abdeckung relevanter klinischer Versorgungsbereiche, nicht gerecht wird. Während beispielsweise Level I in der Notfallstufe I des G-BA entspricht, können nach vorliegender Konzeption Krankenhäuser mit jeweils zwei internistischen und chirurgischen Leistungsgruppen, der Leistungsgruppen Notfallmedizin und Intensivmedizin sowie einem nicht näher bestimmten Mix aus drei weiteren Leistungsgruppen Level II Häuser werden. Dabei ist unerheblich, ob diese Häuser beispielsweise über eine interventionelle Kardiologie verfügen. Dies widerspricht der aus Personal- und Qualitätsgründen essenziellen Abdeckung von Versorgungsbereichen wie sie beispielsweise aus Fachabteilungen hervorgehen. Im Notfallstufenbeschluss des G-BA wird deshalb beispielsweise in der Notfallstufe II als klare und transparente Mindestvoraussetzung die verpflichtende Vorhaltung von Fachabteilungen vorgesehen, die zudem auch definiert wurden. Wenn der Gesetzgeber hier nicht dem Vorschlag der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung in ihrer dritten Empfehlung folgt, sollten hilfsweise Anforderungen wie Intensivbettenzahl sowie weitere Leistungsgruppen (wie insbesondere die Leistungsgruppe Interventionelle Kardiologie) explizit benannt werden. Eine weitere Lösungsmöglichkeit ist die Berücksichtigung der Notfallstufen des G-BA bei der Level-Einteilung, was zudem die Komptabilität und Durchgängigkeit der betroffenen Klassifikationen bewirkt.

§ 135D ABSATZ 5

Sachverhalt

Es wird die Klagemöglichkeit vor Sozialgerichten gebahnt.

Bewertung

Es ist davon auszugehen, dass eine nach Auffassung von Krankenhausträgern unzutreffende Zuordnung im Transparenzregister beklagt werden wird. Wird das IQTIG aus der bisherigen bewährten Organisationsstruktur als Eigeneinrichtung des G-BA herausgelöst, wird das Institut unmittelbar rechtliche Auseinandersetzungen parallel zur Methodenentwicklung und der Organisation des Routinebetriebs führen

müssen. Nicht nur steht dies im Widerspruch zum ambitionierten Zeitziel nach § 135d Abs. 1, sondern zeigt auch, dass die Entkopplung und Herauslösung des Instituts aus der G-BA-Struktur Folgewirkungen entfaltet, die die Umsetzung des Vorhabens nicht nur in zeitlicher Hinsicht gefährden.

ZU 2: §136A ABSATZ 6

Sachverhalt

Durch die Aufhebung des §136 Abs. 6 wird der Auftrag an den G-BA, einheitliche Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit zum Zweck der Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung durch einrichtungsbezogene risikoadjustierte Vergleiche zu entwickeln, aufgehoben.

Bewertung

Die Streichung des Absatz 6 mit der ausgebliebenen Umsetzung des bisherigen Gesetzesauftrags zum 31. Dezember 2022 durch den G-BA zu begründen, geht fehl (Gesetzesbegründung). Diesem wurden weder vergleichbare Rechte (z. B. Datenzusammenführung) eingeräumt noch entsprechend klare Aufgabenstellungen zugewiesen, wie dies jetzt in der vorliegenden Formulierungshilfe der Fall ist. Anstelle der Streichung wäre vielmehr die Erweiterung des G-BA-Handlungsrahmens zur Umsetzung des bisherigen Gesetzesauftrages erforderlich.

ZU 3: §137A ABSATZ 3, SATZ 2 NR. 5

Sachverhalt

Durch die Aufhebung des §137 Abs. 3, Satz 2 Nr. 5 wird der Auftrag an das IQTIG, auf der Grundlage geeigneter Daten, die in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht werden, einrichtungsbezogen vergleichende risikoadjustierte Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung zu erstellen und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet zu veröffentlichen, aufgehoben.

Bewertung

Die Streichung des Auftrags überrascht, da der Inhalt der Qualitätsberichte an einigen Stellen weitergehende Informationen enthält, deren Auswertung und Zusammenführung Patientinnen und Patienten dienen kann. Hierzu gehören beispielsweise Informationen zu Institutsambulanzen oder strukturelle Merkmale des Krankenhauses, die ggf. eine Auswahlentscheidung befördern können.

ZU 4: §299 ABSATZ 1

Sachverhalt

Folgender Satz soll ergänzt werden: „Personen- oder einrichtungsbezogene Daten der Leistungserbringer in Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 sind nicht mehr zu pseudonymisieren.“ Diese Ergänzung wird in der Gesetzesbegründung mit einem erhöhten Aufwand des Instituts nach § 137a SGB V bei der Umsetzung von Qualitätssicherungsverfahren begründet.

Bewertung

Die KBV begrüßt ausdrücklich die Herstellung von Transparenz über die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität medizinischer Leistungen. Hierzu ist es selbstverständlich nötig, Leistungserbringer für die Veröffentlichung zu identifizieren bzw. zu depseudonymisieren. Dabei darf jedoch nicht übersehen werden, dass die Daten nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nummer 1 erst einmal zum Zwecke der Qualitätssicherung erhoben werden und die Pseudonymisierung der Leistungserbringer in der Qualitätssicherung eine zentrale Rolle spielt, z. B. für eine unvoreingenommene qualitative Bewertung von Indikatorergebnissen durch Fachexperten der Geschäftsstelle der Bundestelle (aktuell das Institut nach § 137a SGB V), der

Landesarbeitsgemeinschaften und der Fachkommissionen. Im Sinne einer Qualitätsverbesserung des Gesamtsystems gibt es Verfahren des Vergleichs der Leistungserbringenden beispielsweise im Sinne eines Benchmarks. Dieser Vergleich ist nicht personenbezogen zu führen, sondern erlaubt vielmehr die Selbsteinschätzung der Leistungserbringung mit der Intention der Qualitätsangleichung zum Besseren. In der ambulanten Versorgung ist zudem die personenbezogene Rückführung aufgrund zahlreicher Einzelpraxen unmittelbar möglich. Wird deshalb generell auf eine Pseudonymisierung verzichtet, entzieht der Gesetzgeber die Grundlage zahlreicher Verfahren der Qualitätsförderung gerade im ambulanten Bereich.

Für eine zielführende Qualitätssicherung braucht es daher eine Pseudonymisierung der Leistungserbringer, auch um deren Akzeptanz der Prozesse der Qualitätssicherung zu gewährleisten, welche die Aufwände des Instituts nach § 137a SGB V und der anderen Verfahrensteilnehmer rechtfertigt. Daher sollte an dieser Stelle eine zweistufige Regelung normiert werden. Für die Qualitätssicherung sollten die Daten leistungserbringerpseudonymisiert übermittelt werden. Wenn dann nach Abschluss der Maßnahmen der Qualitätssicherung feststeht, welche Indikatorergebnisse und ggf. welche der qualitativen Bewertungen, die als patientenrelevant und für eine vergleichende Veröffentlichung identifiziert worden sind, veröffentlicht werden sollen, sollten für diese Ergebnisse die Leistungserbringer z. B. über eine Mapping-Tabelle depseudonymisiert werden. Hierzu sollte im Institut nach § 137a SGB V eine unabhängige Stelle eingerichtet werden, die von der Geschäftsstelle der Bundesstelle nach § 7 Abs. 1 Satz 2 Teil 1 der DeQS-RL und der Bundesauswertungsstelle nach § 10 Abs. 2 Teil 1 der DeQS-RL, welche für eine neutrale und unvoreingenommene Qualitätssicherung zuständig sind, unabhängig ist.

Es wird deshalb angeregt, die Regelung zur Depseudonymisierung zunächst auf das Vorhaben des einrichtungsbezogenen Transparenzverzeichnis zu erstrecken und nicht auf die Qualitätssicherung im Allgemeinen.

§299 ABSATZ 7

Sachverhalt

Dem IQTiG werden weitreichende Rechte und Befugnisse zur Datenzusammenführung zugestanden.

Bewertung

Die in der Begründung angeführte Nichterfüllung des Auftrags nach §136a SGB V durch den G-BA, nämlich ein entsprechendes Informationsportal zu erstellen, wäre unter Einräumung gerade der jetzt vorgesehenen Berechtigung zur Zusammenführung von Daten unterschiedlicher Zuständigkeitsbereiche mit hoher Wahrscheinlichkeit fristgerecht möglich gewesen. Die KBV geht davon aus, dass durch eine Beauftragung des G-BA unter Einräumung der jetzt vorgesehenen Erleichterungen sowie der klaren Vorgabe der Rahmenbedingungen die Einrichtung des Transparenzregisters abgearbeitet werden kann. Die Fragmentierung von Aufgaben, Zuständigkeiten und Entkopplung vom bestehenden Regelungsrahmen gefährdet hingegen völlig unnötig den dem Grunde nach zu begrüßenden Ansatz der Neuausrichtung des IQTiG sowie die Herstellung von Transparenz in einer notwendigerweise unübersichtlicher werdenden Kliniklandschaft.

ANLAGE 2 ZU §135D (LEISTUNGSGRUPPEN DER KRANKENHAUSBEHANDLUNG)

Sachverhalt

Es werden zur Beschreibung des Leistungsspektrums von Krankenhäusern 65 Leistungsgruppen vorgegeben.

Bewertung

Die dritte Empfehlung der Krankenhauskommission ging von deutlich mehr Leistungsgruppen aus, um eine passgenaue Zuordnung und damit auch Fokussierung von Leistungen an einzelnen Standorten zu

ermöglichen. Die Reduzierung auf 65 Leistungsgruppen führt zu einer Vergrößerung des Anforderungsrasters an Standorte und behindert damit erwartungsgemäß die Fokussierung von spezialisierten Leistungen an ausgewählten Standorten. Diese ist jedoch schon aus Gründen der immer schwerer gelingenden Personalvorhaltung und der notwendigen Häufigkeit von durchgeführten Leistungen dringend erforderlich. Es wird deshalb angeregt, die Anzahl der erforderlichen Leistungsgruppen erneut zu prüfen und weitere Querschnittsfächer, wie beispielweise die Schmerztherapie, in Betracht zu ziehen.

Kontakt:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1060
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 185.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 73 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.