

November 2023

Bewertung Krankenhaustransparenzgesetz

Am 19.10.2023 wurde das »Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz)« in dritter Lesung im Bundestag mit den Stimmen der Koalition und gegen die Stimmen der Opposition verabschiedet. Das Gesetz ist nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) nicht zustimmungspflichtig durch den Bundesrat. Dennoch kann der Bundesrat beschließen, den Vermittlungsausschuss zwischen Bundestag und Bundesrat anzurufen. Die Gesundheitsminister der Länder haben dies Anfang November empfohlen.¹ Der Bundesrat entscheidet voraussichtlich am 24.11.2023 darüber. Wenn es im Vermittlungsausschuss zu keiner Einigung kommt, kann sich der Bundestag über die Einwände des Bundesrats hinwegsetzen

Wesentliche Inhalte des Gesetzes in der vom Bundestag beschlossenen Fassung


Es wird ein neuer §135d »Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung« in das Sozialgesetzbuch 5 (SGB 5) eingefügt. Ab Mai 2024 soll es ein »Transparenzverzeichnis zur Krankenhausbehandlung in Deutschland« geben. Die jeweils aktuellen Daten sollen das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bereitstellen. Das IQTIG soll aus den bereits bisher erhobenen Daten aus der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (§136 Abs. 1 Nr. 1) die »für das Transparenzverzeichnis geeigneten patientenrelevanten Ergebnisse« auswählen und »ohne Personenbezug« mit den InEK-Daten zusammenführen und »weitere Auswertungen und Bewertungen vornehmen«. »Externer wissenschaftlicher Sachverstand« kann einbezogen werden.

»Insbesondere« sollen folgende Informationen und Bewertungen **pro Standort** veröffentlicht werden:

1. Die Fallzahl der erbrachten Leistungen anfangs nach Fachabteilungen, ab 01.10.2024 nach Leistungsgruppen (LG)², sowie die Fallzahl von »für Patienten besonders relevanten erbrachten Leistungen« (Auswahl durch IQTIG),

¹ Die formulierten Einwände sind sehr überschaubar: Nach einem Bekenntnis zum Ziel des Gesetzes (Transparenz für die Patient*innen) wird ausgesagt, dass das Gesetz diesem Ziel nicht gerecht werde. Im Wesentlichen geht es den Gesundheitsminister*innen der Länder darum, den Zeitpunkt für das Inkrafttreten des Gesetzes nach hinten (hinter die Zuweisung der Leistungsgruppen durch die Länder) zu verschieben. Außerdem werden die vermehrte Bürokratie durch die zusätzlichen Meldepflichten und der nicht ausreichende Rechtsschutz für Krankenhäuser bei der Bewertung durch das BMG kritisiert.

² Die Leistungsgruppen sind in einer Anlage aufgeführt. Sie entsprechen den in den finalen Eckpunkten festgelegten 65 LG (60 NRW-Leistungsgruppen plus 5 weitere LG).

- 
2. die Versorgungsstufen,
 3. die personelle Ausstattung im Verhältnis zum Leistungsumfang,
 4. die patientenrelevanten Ergebnisse aus der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (s.o.),
 5. das Vorliegen aussagekräftiger Qualitätssiegel und Zertifikate,
 6. die Erfüllung der beschlossenen Mindestmengen des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA),
 7. die Stufe der Notfallversorgung nach dem GBA.

Die Standorte der Krankenhäuser werden nach den vorgehaltenen LG³ in folgende Level unterteilt:

- **Level 3U** (Hochschulklinik, 5 internistische LG, 5 chirurgische LG, LG Intensivmedizin, LG Notfallmedizin, zusätzlich 8 weitere LG)
- **Level 3** (selbe LG wie Level 3U, aber keine Hochschulklinik)
- **Level 2** (2 internistische LG, 2 chirurgische LG, LG Intensivmedizin, LG Notfallmedizin, zusätzlich drei weitere LG)
- **Level 1n** (LG Allgemeine Innere Medizin, LG Allgemeine Chirurgie, LG Intensivmedizin, LG Notfallmedizin)
- **Level F** (Spezialisierung auf eine »bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe oder Personengruppe«, Zuordnung durch Krankenhausplanung der Länder, wenn sie einen »relevanten Versorgungsanteil« leisten)
- **Level 1i** (sektorenübergreifende Versorgung und in der Regel keine Notfallmedizin, Zuordnung durch Krankenhausplanung der Länder)

Gegen die Zuordnung zu einem Level ist der Rechtsweg vor den Sozialgerichten offen.

Wenn der Standort eines Krankenhauses im bundesweiten Vergleich wenige Behandlungsfälle einer Leistungsgruppe hat, kann das BMG anordnen, dass diese LG nicht auf die Level-Zuordnung angerechnet wird.

Das IQTIG soll bis 31.12.2024 prüfen, »welchen Einfluss 1. die personelle Ausstattung weiterer im Krankenhaus tätiger Gesundheitsberufe und 2. der jeweilige Anteil von Leiharbeit bei Ärzten und Pflegepersonal auf die Qualität der Versorgung hat.« Außerdem soll es prüfen, »bei welchen Leistungen ein Zusammenhang zwischen arztbezogener Fallzahl und der Qualität der Leistungserbringung besteht« und welche Daten für diese Prüfung notwendig sind.

Durch eine Änderung des §299 SGB 5 und §21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) werden die datenschutzrechtlichen Konsequenzen für die Erfüllung der Bestimmungen des neuen §135d gezogen (was das einzelne KH liefern muss und was die zuständigen Stellen auswerten sollen).

Bewertung

Ohne Zweifel sind Informationen über die Qualität der jeweiligen Krankenhausbehandlung sinnvoll. Solche Informationen gibt es aber bereits zuhauf (z.B. Weisse Liste, AOK-Gesundheitsnavigator, Qualitätsberichte der Krankenhäuser).

Insofern erschließt sich die Notwendigkeit einer weiteren Zusammenstellung solcher Informationen nicht wirklich. Es sei denn, es gibt andere Absichten – und die gibt es: Die Transparenzliste soll als weiteres Instrument zur Schließung von kleinen Krankenhäusern dienen und sie soll die von den Bundesländern abgelehnten Level durch die Hintertür einführen. In Wirklichkeit geht es weniger um Qualität als um diese Ziele.

³ Die nachfolgenden Zahlenangaben der LG sind Mindestzahlen, d.h. es können jeweils auch mehr LG vorgehalten werden.

Die Qualitätserzählung dient nur der Ablenkung. Wenn es wirklich um eine Verbesserung der Qualität ginge, müsste man ganz andere Maßnahmen ergreifen: Eine Verbesserung der Personalausstattung, die Abschaffung der DRGs, eine kostendeckende Finanzierung, um nur die wichtigsten zu nennen.

Eine Verbesserung der Qualität wäre auch besser zu erreichen, wenn bei festgestellten Qualitätsmängeln den betroffenen Krankenhäusern konkret geholfen würde, ihre Qualität zu verbessern (interne oder externe Qualitätsmanager, Peer-Reviews). Krankenhäuser an den Pranger zu stellen, führt eher zur Vertuschung oder/ und zur Patient*innenselektion, um Komplikationen zu vermeiden.⁴

Ein Hauptproblem für die Qualität ist die finanzielle Steuerung über die DRGs. Geldsteuerung ist blind gegenüber Qualität: Medizinisch überflüssige Leistungen bringen genauso viel ein, wie notwendige. Bei ersteren ist ggf. dazu noch der Aufwand geringer.

Dabei sind die Struktur- und Prozessqualität besser messbar und damit verwendbar als die Ergebnisqualität. Auch die Darstellung, welche Leistungsgruppen ein Krankenhaus erbringt, welche Leistungszahlen mit welchen personellen und materiellen Ressourcen erbracht werden, sind kein Problem.

Vorsicht ist bei Zertifikaten geboten. Oft sind sie nichts anderes als Marketing. Es geht um das Zertifikat (»um den Stempel«), das nützlich ist zum Kundenfang. Dies sieht man schon daran, dass es oft nur um die papierene Beschreibung von Strukturen und Abläufen und die Kenntnis dieser Beschreibungen geht. Ob die Beschäftigten das bei ihrer Arbeitsbelastung umsetzen können, ist bei der Zertifizierung von untergeordneter Bedeutung.

Natürlich gibt es auch im Krankenhaus schlechte Qualität. Statt aber Krankenhäuser oder Abteilungen, die tatsächlich eine schlechte Qualität haben, in die Lage zu versetzen, diese zu verbessern, werden sie »vom Markt genommen«.

Hochproblematisch ist die Bewertung der Ergebnisqualität. Einmal ganz abgesehen davon, dass die beste Garantie für eine bessere Qualität der Versorgung mehr Fachpersonal wäre⁵, ist zu bezweifeln, dass Messungen der Ergebnisqualität für relevante Teile des Krankenhausesgeschehens statistisch überhaupt sauber möglich sind: Stimmt die Indikation?⁶ Ist das Auftreten einer Komplikation auf das Krankenhaus oder auf die Vor- und/ oder Nachbehandlung durch andere oder auf das Krankheitsbild selbst bzw. den Patienten (den Schweregrad seiner Erkrankung, seine Zusatzerkrankungen und damit das individuelle Risiko für das Auftreten von Komplikationen) zurückzuführen? Misst man bis zum Ende des Krankenhausaufenthaltes oder betrachtet man die Langzeitergebnisse?

Auch die Vergleichbarkeit der Zusammensetzung der Patient*innen eines Krankenhauses ist hochproblematisch. Zwar kann man die Ergebnisse in Bezug auf Begleiterkrankungen, Alter usw. mehr oder weniger gut adjustieren. Der soziale Status, der ebenfalls einen erheblichen Einfluss auf das Outcome hat, wird aber weder in den vorliegenden Grunddaten erfasst, noch im allergrößten Teil der Studien berücksichtigt.

Außerdem müssten wichtige Kriterien der Qualitätsbewertung weiche Faktoren sein, die sich nicht in Zahlen messen lassen (z.B. Zuwendung, empathischer Umgang mit den Patient*innen, Unterstützung selbstbestimm-

4 Siehe auch BQS: »Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung«, 2012

5 Siehe z.B. Linda H Aiken e.A.: »Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries. A retrospective observational study«, in: Lancet, 24. Mai 2014; Nr. 383 (9931), S. 1824-1830. Wesentliches Ergebnis: Einen Patienten pro Pflegekraft mehr zu versorgen (von sechs auf sieben Patienten) erhöhte in dieser Studie die Rate der Todesfälle im KH und bis 30 Tage nach Entlassung um 7%.

6 Bei allen statistischen Auswertungen der Qualität von Behandlungsergebnissen ist bislang die Indikation die absolute Black Box. Sie wird nicht geprüft, hat aber erheblichen Einfluss auf die Ergebnisse. Und eigentlich ist sie der entscheidende Parameter, wenn man von den Interessen und Bedürfnissen der Patient*innen ausgeht. Denn: Was nützt mir ein gutes Operationsergebnis, wenn die Operation selbst eigentlich überflüssig war?

ter Entscheidungsprozesse des Patienten im Behandlungsverlauf etc.). Die Reduzierung der Ergebnisqualität der medizinischen Behandlung auf in Zahlen messbare und statistisch zu verarbeitende Parameter ist zwar einfach und praktisch, aber letztlich hinsichtlich der Aussagekraft hoch problematisch. Einen so reduzierten Qualitätsbegriff dann zum Kriterium für Belohnung und Bestrafung oder sogar für eine Schließung ganzer Krankenhäuser zu machen, ist unverantwortlich.

Auch wenn es also viele Informationen zu Leistungen und Leistungszahlen schon an anderer Stelle gibt, fehlt ein Aspekt, der Lauterbach beim Transparenzgesetz sehr wichtig ist: Die Verknüpfung mit den Leveln.

Level hießen früher Versorgungsstufen (Grundversorgung, Zentralversorgung, Maximalversorgung). Sie waren ein sinnvolles Instrument im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder. Sie wurden im Rahmen der DRG-Einführung abgeschafft mit der Begründung, dass sie den (gewollten) Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander behindern würden. Tatsächlich ermöglichen sie die regionale und überregionale Planung des Versorgungsbedarfs ohne den Wettbewerb anzutreiben: Welche Krankenhäuser der einzelnen Stufen haben welche Fachabteilungen/Subspezialitäten und welche Bettenzahlen? Eine Aussage über die Qualität der Versorgung war damit nicht verbunden.

Die Level der Kommission und die in Lauterbachs Transparenzgesetz haben eine andere Intention. Sie suggerieren: Höheres Level – höhere Qualität und setzen damit auf die Abstimmung mit den Füßen.

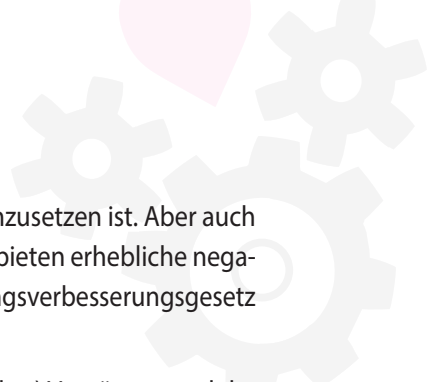
Die Kommission wollte eine unmittelbare Verknüpfung von Level und LG: Bestimmte LG dürfen nur mit anderen LG zusammen und auf einem bestimmtem Level erbracht werden. Beispiele hierfür sind:

- 432 Standorte erfüllen die Vorgaben der Notfallstufe 2 oder 3 des GBA. Es gibt 734 Geburtshilfe-Abteilungen. Damit würden wegen einer Mindestvoraussetzung »GBA-Stufe 2« alleine 302 weitere Geburtshilfen wegfallen
- Krankenhäuser dürfen nur dann interventionelle Kardiologie, Schlaganfallbehandlung oder Krebsbehandlung durchführen, wenn sie gleichzeitig alle 3 Schwerpunkte anbieten und zusätzlich den GBA-Notfallstufen 2 oder 3 angehören.
- Level In nur, wenn Level II oder III mehr als 30 Fahrminuten entfernt

Die Definition der Level, wie sie im Transparenzgesetz verwendet wird, unterscheidet sich in etlichen Punkten von der Definition der Kommission, wie aus folgender Tabelle hervorgeht:

Level	Kommission	Transparenzgesetz
1i	nur ambulant und Pflegebereiche	sektorenübergreifende Versorgung »in der Regel« ohne Notfallmedizin
1n	1 int. LG, 1 chir. LG, Intensivmedizin mit 6 Betten, Notfallstufe 1	1 int. LG, 1 chir. LG, LG Intensivmedizin, beliebige Notfallstufe
2	3 int. LG, 3 chir. LG, weitere LG Intensivmedizin mit 20 Betten, Notfallstufe 2	2 int. LG, 2 chir. LG, 3 weitere LG LG Intensivmedizin, beliebige Notfallstufe
3	5 int. LG, 5 chir. LG, weitere LG Intensivmedizin mit 40 Betten, Notfallstufe 3	5 int. LG, 5 chir. LG, 8 weitere LG LG Intensivmedizin, beliebige Notfallstufe
3U	siehe Level 3 plus Universität	siehe Level 3 plus Universität
F	Fachkrankenhäuser	Fachkrankenhäuser

Das Transparenzgesetz senkt also die Anforderungen sowohl in Bezug auf die Anzahl der Leistungsgruppen als auch in Bezug auf die Notfallstufen. Dies dürfte ein offizielles Eingeständnis sein, dass die Kommission



übertrieben hat und ein solcher Kahlschlag, wie von ihr geplant, politisch nicht durchzusetzen ist. Aber auch das, was übriggeblieben ist, hat für die Versorgung der Bevölkerung in ländlichen Gebieten erhebliche negative Auswirkungen, insbesondere, wenn es mit dem geplanten Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz zusammen betrachtet wird.

Die Kommission wollte auch die unmittelbare Verknüpfung von Planung und (Vorhalte-) Vergütung und damit finanzielle Steuerung des gewollten Ausscheidens von Krankenhäusern. Es versteht sich von selbst, dass diese Vorgaben zu einem massiven Abbau geführt hätten. Die Länder haben sich hiergegen gewehrt, auch wenn sie zum großen Teil seit Jahren ähnliche Ziele verfolgen. Sie wollen aber selbst entscheiden, wie viele Krankenhäuser sie schließen und mit welcher Geschwindigkeit sie diese Prozesse vorantreiben. Eine solche Engführung zwischen Leistungsgruppen, Leveln und Schließungen wurde also verhindert. Durch das Transparenzgesetz soll das eigentliche Ziel (Schließungen) durch die Hintertür wieder eingeführt werden. Patient*innen sollen größere Krankenhäuser wegen der angeblich höheren Qualität wählen, die kleinen werden immer weniger nachgefragt und gehen finanziell zugrunde – soweit der Plan.

Allerdings: Der Zusammenhang zwischen Leveln und Qualität besteht so nicht. Es gibt zwar einen Zusammenhang zwischen Fallzahl und Qualität aber nicht zwangsweise zwischen Level und Qualität.

Kleinere Krankenhäuser, die zwar wenige Fachgebiete haben, die sich aber auf bestimmte Leistungen konzentrieren, können hohe Fallzahlen erreichen und eine gute Qualität erbringen. Sie können sogar höhere Fallzahlen bei bestimmten (einfacheren) Eingriffen haben als große Kliniken und Unikliniken, weil dort die Abteilungsgrößen wegen der vielen Subspezialitäten evtl. kleiner sind als in einer kleineren oder mittleren Klinik. Das gilt für eine Vielzahl von Eingriffen. Es gilt nicht für hochkomplexe Leistungen, die sowieso schon in geringerer Anzahl vorkommen. Hierzu ist das Instrument der Leistungsgruppen sinnvoll, die es ermöglichen, den Versorgungsauftrag eines Hauses näher zu definieren (z.B. Ausschluss von großen Bauchspeicheldrüse Eingriffen usw.). Level sind hierzu nicht nötig.

Umgekehrt könnten die Maximalversorger aus Kapazitätsgründen überhaupt nicht alle Patient*innen behandeln, die in kleinen und mittleren Kliniken gut aufgehoben sind. Viele Patient*innen können und müssen nicht in Kliniken des Levels 2 oder 3 behandelt werden.

Ein berechtigtes Qualitätsargument für größere Krankenhäuser mit mehreren Fachabteilungen ist richtig: Bei Komplikationen und Multimorbidität ist ggf. das Vorhandensein von weiteren Spezialabteilungen sinnvoll. Gäbe es das durch die DRGs angestachelte Wettbewerbsstreben nicht und würden die Krankenhäuser kooperieren (ohne dabei finanzielle Verluste zu haben), wäre dieses in aller Regel behebbar. Es liegt also nicht an der Größe, sondern an der Konkurrenz, die zumindest in Einrichtungen der Daseinsvorsorge völlig unsinnig ist.

Um auch das nochmals zu betonen: Wir argumentieren nicht dafür, jedes kleine Krankenhaus aufrecht zu erhalten. Wir sagen nur: Dies muss eine sachliche, konkrete Entscheidung sein. Sie muss in der Versorgungsregion und demokratisch gefällt werden. Der Bedarf und die Versorgungssicherheit der betroffenen Bevölkerung müssen entscheiden und nicht die ökonomische Selektion. Kliniken dürfen nicht geschlossen werden, bevor nicht der Aufbau von alternativen Strukturen (z.B. ambulante Versorgungszentren der Krankenhäuser, wie wir sie fordern) erfolgt ist.

Insgesamt ist es offensichtlich, dass das Transparenzgesetz der Versuch ist, den Konsens zwischen Bund und Ländern im Eckpunktepapier durch die Hintertür wieder rückgängig zu machen. Es handelt sich aus unserer Sicht eindeutig um einen Eingriff in die Planungshoheit der Länder. Auch wenn der Bundesrat den Vermittlungsausschuss anruft, bleibt es beim Letztentscheidungsrecht des Bundestages. Dass ein solcher (zwar indirekter, aber erheblicher) Eingriff nicht vom Bundesrat zustimmungspflichtig ist, erscheint uns fragwürdig. Eine gerichtliche Überprüfung ist anzuraten.



Weitere Änderungen:

Durch weitere Änderungen des SGB 5 und des KHEntgG erfolgen zusätzliche Regelungen, die nichts mit dem eigentlichen Zweck des Gesetzes zu tun haben:

- In §137k SGB 5 werden der Spitzenverband der Krankenkassen (GKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) verpflichtet, in Bezug auf die Pflegepersonaluntergrenzen eine Vereinbarung über »Vergütungsabschläge« abzuschließen, wenn die »Erfassungs- und Übermittlungspflichten nicht vollständig oder nicht rechtzeitig« vom Krankenhaus erfüllt werden. Bei Nichteinigung erfolgt die Entscheidung durch die Schiedsstelle auf Bundesebene.
- Das BMG erhält die Möglichkeit zu einer Rechtsverordnung, wenn sich GKV und DKG nicht auf eine Beauftragung zur wissenschaftlichen Weiterentwicklung der Personalbemessung einigen (§137l SGB 5).
- Die Pflegeentgeltwerte werden früher erhöht, wenn es zu Tarifsteigerungen kommt (§6a, Abs. 4 KHEntgG).
- Bei fehlender Vereinbarung eines krankenhausesindividuellen Pflegeentgeltwertes wird der vorläufige Pflegeentgeltwert ab Inkrafttreten des Gesetzes auf 250 Euro erhöht. Für 2023 ist er 230 Euro. (§15 KHEntgG)
- Mindererlöse durch Nichtvereinbarung/Weitergeltung eines krankenhausesindividuellen Pflegeentgeltwertes sind rückwirkend bis 2020 vorläufig zu berechnen und auszugleichen. (§15 KHEntgG)

Bewertung:

Die Regelungen zur Personalbemessung sind sinnvoll.

Die finanziellen Regelungen im KHEntgG erhöhen zwar kurzfristig die Liquidität, sind aber keine Verbesserung der finanziellen Situation, weil spätestens mit der Vereinbarung eines Pflegebudgets sowieso eine Spitzabrechnung stattfindet. Es kommt also nicht mehr Geld ins System. Die prekäre Finanzsituation bleibt bestehen. Es soll weiterhin kein »Vorschaltgesetz« geben, das angesichts der in 2023 sprunghaft gestiegenen Defizite die Krankenhäuser vor einer Insolvenz bewahrt. Letztlich handelt es sich um Augenwischerei.

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik

V.i.S.d.P. Dr. Nadja Rakowitz

Mobil: 0172 – 185 8023

KRANKEN HAUS
STATT **FABRIK**
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert