

Gesamtbetrachtung zum

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

- **Stand 28.8.2023** -

Ass. jur. Prof. Dr. rer. pol. Erika Raab MBA

Vorstandsvorsitzende Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V.

Professur für Medizincontrolling, Medical School Hamburg, University of Applied Science and Medical University

Dr. med. Ulf Dennler

Präsidium Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V.

Dr. med. Bettina Beinhauer

Vorstand Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V.

Inhalt

A.	Vorbemerkung	5
B.	Fehlanreize aus Sicht des Medizincontrollings	5
I.	Fehlanreiz für Risikoselektion	5
II.	Bewertung	5
III.	Begründung der Bewertung	6
1.	Anreiz zur Patienten-/Risikoselektion bei der Aufnahme	6
2.	Verlegungsanreiz für hochaufwendige Patienten.....	6
3.	Anreiz zur Vermeidung von Wiederaufnahmen von Patienten	7
C.	Öffentlich herstellbarer Personenbezug der Qualitätsdaten.....	8
I.	Auszug aus der Begründung des KHTG	8
II.	Bewertung	8
1.	Unbestimmter Rechtsbegriff: Komplikation	8
2.	Übermittlung personenbezogener Angaben	9
D.	§ 135d – Transparenz der Krankenhausbehandlung – Personaldatenerfassung.....	9
I.	Regelungstext KHTG	9
1.	Zweck-Mittel-Relation bei der Personalangabe.....	10
2.	Mehrere Leistungsgruppen.....	10
II.	Angabe des Weiterbildungsgebietes der Assistenzärzte	12
1.	Problemstellung	12
2.	Empfehlung:	13
III.	Regelungsinhalt	14
IV.	Kritikpunkte	14
1.	Quartalsweise Qualitätsbetrachtung	14
2.	Momentaufnahme Quartal	14
3.	Art der Indikatoren (Raten, logistische Regression) und Risikoadjustierung.....	14
4.	Strukturierte Dialoge.....	15
5.	Kondensation von Indikatoren – Indexbildung (trübt die Transparenz).....	15
V.	Was haben wir schon?	15

VI.	Alternativvorschlag.....	15
1.	Evaluation und Anpassung des bestehenden Qualitätsberichts.....	15
2.	Schrittweises und konsentiertes Vorgehen bei der Schaffung der Leistungsgruppen	16
E.	Objektive Unmöglichkeit der Umsetzung des KHTG.....	17
I.	Regelungstext § 21 Abs. 7 Satz 2 KHEntG.....	17
II.	Objektive Unmöglichkeit der Einhaltung der Lieferfrist zum 15.1.2024.....	17
III.	Entwicklung justizabler Risikoadjustierung von Qualitätskriterien für Leistungsgruppen...	17
F.	Ermächtigung des InEK zur Festlegung der Leistungsgruppen	19
I.	Regelungstext Krankenhaustransparenzgesetz § 135d Abs. 3 Satz 4 SGBV:	19
II.	Regelungstext § 21 Abs. 3c KHEntG	19
III.	Eckpunktepapier:.....	19
IV.	Bewertung	20
V.	Begründung der Bewertung	20
1.	Keine abschließende Validität der Datensätze zum 15. des Folgemonats eines Quartals	20
2.	Von der Arbeitszeiterfassung zur zusätzlichen kleinteiligen Arbeitsortserfassung	21
G.	Echte neue Transparenz?	22
I.	Schaffung eines Transparenzverzeichnisses	22
II.	Bewertung	22
III.	Begründung der Bewertung	22
1.	Qualitätsberichte.....	23
2.	Qualitätsreport des IQTIG	24
3.	Bundesweit geltende Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung.....	24
4.	Strukturprüfungen des MD nach der StrOPS-RL	25
H.	Praktische Herausforderungen bei der Umsetzung.....	26
I.	Standortbezug beim gesamten Behandlungsfall.....	26
1.	Regelungstext.....	26
2.	Problemstellung I: Unbestimmter Rechtsbegriff	26
3.	Problemstellung II: Zuordnungsprinzip bei Behandlungsketten.....	27
a.	Verlegungen	27
b.	Verbringungen.....	27

c. Wiederaufnahme in die stationäre Behandlung außerhalb von 30 Behandlungstagen (Rezidive, Revisionen, Komplikationen).....	28
4. Empfehlung	28
I. Doppelte Sanktionierung einer fehlerhaften Datenlieferung.....	28
J. Entbürokratisierung: Harmonisierung von Meldefristen.....	29
Anhang A: Übersicht bereits bestehender Meldefristen in Krankenhäusern (Auszug)	30
Anhang B: Synopse widersprüchlicher Regelungsinhalte KHTG/Eckpunktepapier.....	44
K. Empfehlung	46
1. Überprüfung Zweck-Mittel-Relation	46
2. Vermeidung eines Kaltstarts und der Nebenwirkungen	46

A. Vorbemerkung

Grundsätzlich begrüßt die DGfM das zeitnahe Bereitstellen von Qualitätsdaten von Krankenhäusern. Das im geplanten Gesetz beschriebene Ziel der Transparenz der Daten zum Zweck der Unterstützung von Bürger:innen kann nachvollzogen werden. Die Suche eines geeigneten Krankenhauses und ein Qualitätsvergleich unter Krankenhäusern soll durch das Transparenzverzeichnis ermöglicht werden.

Bei der Vorbereitung des Gesetzes müssen vor dessen Inkrafttreten folgende Hinweise beachtet werden:

Das Transparenzverzeichnis muss eine höchstmögliche Validität besitzen, damit eine hohe Akzeptanz bei Leistungserbringern und Patient:innen, deren Angehörigen und einweisenden Ärzt:innen verbunden mit einem hohen Vertrauen in das neue Instrument bei Veröffentlichung erzielt wird.

Im Übrigen bedarf der Entwurf einer grundlegenden juristischen Überarbeitung, da Prinzipien der Gesetzgebungstechnik (u.a. Wesentlichkeitsgebot, Rückwirkung, Rechtsbehelfsbelehrungen, Zuständigkeiten einer Widerspruchsbehörde, Rechtsmittel, Bestimmtheitsgrundsatz der Sanktionsandrohungen bzw. Haftungsregelungen, Beachtung grundlegender verfassungsrechtlicher Vorgaben u.a. Art. 12, 14, 20 Abs. 3, Art. 74 und 103 GG) und des Datenschutzes (insb. Art 4 DGSVO zur Identifikation von Personen als auch Art 35 zur Datenschutz-Folgenabschätzung) nicht ausreichend beachtet wurden.

Die Vorgaben sind angesichts ihrer bestehenden objektiven Unmöglichkeit der Umsetzung in der Praxis zu überarbeiten.

B. Fehlanreize aus Sicht des Medizincontrollings

I. Fehlanreiz für Risikoselektion

S. 17: *„Andererseits wird durch die zeitnahe Veröffentlichung von geeigneten Informationen über die stationäre Qualität und Versorgung in einem Transparenzverzeichnis auch ein Anreiz zu intrinsischen Qualitätsverbesserungen für die Krankenhäuser geschaffen.“*

II. Bewertung

Der vorliegende Gesetzentwurf zum Krankenhaustransparenzgesetz enthält in der Zusammenschau mit dem Eckpunktepapier deutliche Fehlanreize in Form der Steigerung der berichteten Qualität und Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, die über eine Fallsteuerung zur Patienten- bzw. Risikoselektion bei der Aufnahme und Verlegung führen können.

III. Begründung der Bewertung

1. Anreiz zur Patienten-/Risikoselektion bei der Aufnahme

Im Bereich möglicher Patientenselektion bei Qualitätssystemen sei auf eine Studie von Shen¹ verwiesen. In dieser Studie zu „Performance-based contracting systems“ wurde anhand eines Vorher-Nachher-Vergleichs gezeigt, dass im Verlauf eine Selektion hin zur Behandlung weniger kranker Patienten erfolgte, um die Performanceergebnisse zu verbessern, von denen die Vergütung der Folgejahre abhing. Die Gefahr der Patientenselektion², des „Rosinenpickens“³, der Ablehnung von Hochrisikopatienten⁴, dem Ausschluss von Behandlungsfällen ohne Maximalvergütung im Vorjahr⁵ bzw. des eingeschränkten Zugangs zu Gesundheitsleistungen durch Risikoselektion⁶ wurde auch von anderen Autoren bestätigt.⁷

Werden die Wirtschaftlichkeitsaspekte aus dem Eckpunktepapier zur Krankenhausreform hinzugezogen, verstärken sie den Anreiz zur Selektion. So wird in den Ausführungen zum Vorhaltebudget im Eckpunktepapier folgende Aussage getroffen:

„Sofern sich die Fallzahl in einem Korridor von +/- 20 Prozent verändert, hat dies keine Auswirkungen auf die Einstufung bezüglich der Fallzahl. ... Damit werden Anreize für Mengensteigerungen gedämpft und Veränderungen bei der Fallschwere abgebildet“.

Da der Mengenanreiz des DRG-Systems durch diese Erlösgarantie aufgehoben wird, ist also die effektivste Form der Fallsteuerung eine Risikoselektion bei Fällen, welche durch Abweisung die Qualitätsberichtserstattung positiv beeinflusst.

2. Verlegungsanreiz für hochaufwendige Patienten

Dem Eckpunktepapier Krankenhausreform sind folgende Passagen zur Verlegung von Krankenhausfällen zu entnehmen:

¹ Shen Y. Selection incentives in a performance-based contracting system. *Health Serv Res* 2003; 38 (2): 535-552

² Pines JM. Profiles in patient safety: Antibiotic timing in pneumonia and pay-for-performance. *Acad Emerg Med* 2006; 13 (7): 787-7

³ McDonald, R., and M. Roland. 2009. “Pay for Performance in Primary Care in England and California: Comparison of Unintended Consequences.” *Annals of Family Medicine* 7 (2): 121–127.

⁴ Chang, R. E., S. P. Lin, and D. C. Aron. 2012. “A Pay-for-Performance Program in Taiwan Improved Care for Some Diabetes Patients, but Doctors May Have Excluded Sicker Ones.” *Health Affairs (Millwood)* 31 (1): 93–102

⁵ Gravelle, H., M. Sutton, and A. Ma. 2010. “Doctor Behaviour under a Pay for Performance Contract: Treating, Cheating and Case Finding?” *Economic Journal* 120 (542): F129–F156.

⁶ Chenot, R. (2017). Wirkungen von Pay-for-Performance (P4P) in der zahnärztlichen Versorgung. Ein systematischer narrativer Review. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 127, 42-55.

⁷ Vgl. auch die ausführliche Übersichtsarbeit von Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M., & Schöffski, O. (2013). Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health policy*, 110(2-3), 115-130; Gillam, S. J., A. N. Siriwardena, and N. Steel. 2012. “Pay-for-Performance in the United Kingdom: Impact of the Quality and Outcomes Framework: A Systematic Review.” *Annals of Family Medicine* 10 (5): 461–468.

„Eine überregionale **Koordination von Versorgungsleistungen** durch ein Krankenhaus soll einen zentralen Beitrag für eine **qualitativ hochwertige Behandlung** und Patientensteuerung leisten.“⁸

„Die **Ausgestaltung der Vergütung** soll das Interesse der Patientinnen und Patienten an einer wohnortnahen Behandlung sowie die **Notwendigkeit der Schaffung von Verlegungsmöglichkeiten** unterstützen, aber auch das Wirtschaftlichkeitsgebot berücksichtigen sowie Fehlanreize vermeiden.“⁹

Im Rahmen der Fallsteuerung zur Verbesserung der eigenen Qualitätsabbildung und Erhöhung der Wirtschaftlichkeit insbesondere beim Kriterium Letalität liegt nun sogar ein zweifacher Anreiz zur Abverlegung komplikationsbehafteter bzw. prognostisch schwieriger Verlaufsfälle insbesondere in Level 1i-Kliniken als auch Rehabilitationseinrichtungen vor. Bereits Haaf et.al beschrieben 2004 derartige Effekte bei der Einführung des DRG-Systems. Verkürzte Liegezeiten in der Akutklinik führten zu kränkeren Patienten in der Rehabilitation und damit zu einem höheren Aufwand und einer Verschiebung der Kosten.¹⁰ In der Gegensteuerung fordern Rehabilitationskliniken bereits heute immer umfassendere Unterlagen seitens der Krankenhäuser in Bezug auf Pflegebedarf, Intensität der medikamentösen Therapie und Alltagsfähigkeiten an, um Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose einzuschätzen. Zunehmend werden vorrangig leichter Erkrankte in die Rehabilitationseinrichtungen aufgenommen, da auch diese unter einem erheblichen Druck von Kosten und Nachweisen der Rehabilitationsergebnisse zur Vergütungssicherung stehen. Auch in den USA wurde Costshifting im Zusammenhang mit einer Veränderung von Vergütungsmodalitäten beobachtet¹¹.

3. Anreiz zur Vermeidung von Wiederaufnahmen von Patienten

Aus ökonomischer Sicht kommt ein weiteres „strategisches“ Verhalten in Form der Patientenselektion zum Tragen, wenn Krankenhäuser intern oder ganze Providergruppen sektorenübergreifend „ausrechnen“, welche Qualitätsziele sie vorrangig erfüllen sollten, um bestimmte Anreize zu erhalten und dies dann in Beziehung zu den entstehenden Kosten setzen.¹² Ein Beispiel für den Doppelanreiz „Wirtschaftlichkeit und Qualitätsdatenverbesserung“ ist die Vermeidung von stationären Wiederaufnahmen. Je nach Definition einer Komplikation im arzt haftungsrechtlichen Sinne oder im Sinne eines schicksalhaften Verlaufs ist eine Nachverfolgbarkeit anhand der im Entwurf zum Krankenhaustransparenzgesetz benannten Datenquellen bei Vermeidung von Wiederaufnahmen möglich. Da bisher keine bundeseinheitliche Patientenidentifikationsnummer (vergleichbar zur Steuer-ID oder (Renten-)Sozialversicherungsnummer) genutzt wird, ist mit den vorgeschlagenen Datengrundlagen (InEK-Datensatz/Qua-

⁸ Eckpunktepapier Krankenhausreform, S. 13.

⁹ Eckpunktepapier Krankenhausreform, S. 14.

¹⁰ Haaf HG, Volke E, Schliehe F. Neue Vergütungs- und Versorgungsformen und ihre Auswirkungen auf die Rehabilitation. *Rehabilitation* 2004; 43 (5): 312-324.

¹¹ Friesner DL, Rosenman R. Cost shifting revisited: the case of service intensity. *Health Care Manag Sci* 2002; 5 (1): 15-24

¹² Bernacki R, Ko D. SIG Symposia and Concurrent Sessions. Peer Mentoring: An Innovative Model for Professional Advancement in Hospice and Palliative Medicine. *Journal of Pain and Symptom Management Conference: Annual Assembly of the American Academy of Hospice and Palliative Medicine*. Boston. AAHPM and the Hospice and Palliative Nurses Association (HPNA); 2010: 339.

litätsberichte/pseudonymisierte Patientendaten) eine durchgängige Abbildung der Patientengeschichte nicht möglich.¹³

Insofern profitieren sowohl das erstbehandelnde Krankenhaus durch die Abweisung der Wiederaufnahme als auch das aufnehmende Krankenhaus, welches durch die Risikoadjustierung einer Komplikation, die in die Obliegenheit eines „anderen“ fällt, keine Qualitätsnachteile befürchten muss. Aufgrund der Budgetgarantie aus dem Eckpunktepapier zur Krankenhausreform ist für das abweisende Haus kein Nachteil zu befürchten, da eine fallunabhängige Vergütung trotz Fallzahlreduktion bis zu 20% erfolgt.

C. Öffentlich herstellbarer Personenbezug der Qualitätsdaten

I. Auszug aus der Begründung des KHTG

„Die Regelung dient der Klarstellung, dass **personen- oder einrichtungsbezogene Daten der Leistungserbringer**, die für Qualitätssicherungsverfahren erhoben werden, **nicht zu pseudonymisieren sind** - anders als versichertenbezogene Daten, die eines besonderen Schutzes bedürfen.

Zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis wird die **standortbezogene Zuordnung der Leistungsdaten** im Hinblick auf Haupt- und Nebendiagnosen, Operationen und Prozeduren benötigt, **um standortgenau Transparenz** zu gewährleisten.

Das IQTIG soll den Fokus auf wesentliche, für Patientinnen und Patienten relevante Endpunkte wie **Komplikationen** und Mortalität liegen.“

II. Bewertung

1. Unbestimmter Rechtsbegriff: Komplikation

Der Begriff der Komplikation ist ein unbestimmter Rechtsbegriff: Als Komplikation bezeichnet man in der Medizin eine unerwünschte Folge einer Krankheit, eines Unfalls, eines Eingriffs oder eines Medikaments, die nicht im engeren Sinn zum Krankheitsbild gehört. Im Rahmen von Arzthaftungsstreitigkeiten ist die dem Arzt obliegende Leistungserbringung auf die Einhaltung der Regeln der ärztlichen Heilkunst gerichtet. Die Komplikation ist dann Ausdruck eines Behandlungsfehlers. Die Sicht des Patienten hingegen ist durch die Erwartung geprägt, jedes Leiden sei heilbar. Komplikationen werden Behandlungsfehlern zugeordnet.

Die Verläufe können auf fehlerfreiem, aber auch fehlerhaften Behandlungen beruhen, so dass allein die Bezeichnung als „Komplikation“ nichts über den Verursachungshintergrund aussagt. So kann eine

¹³ Würde man der Zielsetzung des KHTG folgen, müsste eine Krankenkasse für alle Bürgerinnen und Bürger geschaffen werden, da so das Patientenschicksal auch nach der Entlassung nachverfolgt werden kann.

Komplikation gehäuft infolge von Vorerkrankungen oder einer unvermeidbaren Medikation aus anderen Gründen auftreten. Exemplarisch genannt seien hier Blutungen infolge einer Dauertherapie mit Antikoagulantien oder Wundinfektionen/Sepsis bei Immunsuppression.

2. Übermittlung personenbezogener Angaben

Durch die standortgenaue Zuordnung der Leistungsangaben ohne Pseudonymisierung wird eine individuelle Zuordnung auf Arzzebene (Chefärzte bzw. ausgewiesene Spezialisten für die Leistungsgruppe) ermöglicht. In der Gesamtschau mit der Verwendung des unbestimmten Rechtsbegriffs der Komplikation besteht die Gefahr einer Vorverurteilung ohne Evaluation, ob die Einordnung als Komplikation in den beherrschbaren Verursachungsbereich der Ärzte, da die kurze Frist zwischen Quartalsabschluss und Datenübermittlung nicht ausreicht, um derartige Sachverhalte objektiv zu prüfen. Angesichts möglicher Reputationsschäden durch eine fehlerhafte Darstellung und einer Prangerwirkung ist davon auszugehen, dass die Ausweisung „schlechter“ Qualität der rechtlichen Überprüfung standzuhalten hat. Angesichts der erkennbaren handwerklichen Fehler des vorliegenden Entwurfs ist von sehr guten Erfolgchancen im Rahmen der Klageverfahren auszugehen. Da hier grundrechtsrelevante Eingriffe (Art 12, Art. 14 GG) vorliegen, sind an das Transparenzregister erhebliche rechtliche Anforderungen zu stellen.

D. § 135d – Transparenz der Krankenhausbehandlung – Personaldatenerfassung

I. Regelungstext KHTG

„(3) Das Transparenzverzeichnis nach Absatz 1 beinhaltet auf Grundlage der Daten nach § 299 Absatz 7 insbesondere folgende standortbezogene Informationen der Krankenhäuser:

...

3. die personelle Ausstattung je Leistungsgruppe im Verhältnis zum Leistungsumfang,“

„Der Strukturdatensatz nach Nummer 1 wird mit Buchstaben f (neu) um Daten zu ärztlichem Personal erweitert. Die Regelung ist in ihrer Struktur an den Buchstaben e angelehnt. Für die Zwecke des Transparenzverzeichnisses ist demnach zunächst die Anzahl des insgesamt beschäftigten ärztlichen Personals sowie die **Anzahl des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten ärztlichen Personals** zu melden. Unter ärztlichem Personal versteht man Personen, die gemäß § 2a Bundesärzteordnung (BÄO) zum Führen der Berufsbezeichnung „Arzt“ oder „Ärztin“ befugt sind. Des Weiteren ist die **Zahl der Fachärztinnen und Fachärzte** zu erheben und nach den jeweiligen **Facharztbezeichnungen** im Sinne der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer zu differenzieren. Darüber hinaus ist in Bezug auf die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung das **Weiterbildungsgebiet** in Sinne der Musterweiterbildungsordnung anzugeben.“

„Gegenstand der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis ist gemäß Satz 1 Nummer 3 zudem die

personelle Ausstattung für eine Leistungsgruppe am jeweiligen Krankenhausstandort, jeweils im Verhältnis zu dem dort erbrachten Leistungsumfang bzw. zur erbrachten Fallzahl. Dies umfasst sowohl pflegerisches als auch ärztliches Personal. Hierdurch sollen der Öffentlichkeit, beispielsweise durch Angabe von Perzentilen, Vergleiche zur tatsächlichen Personalauslastung je Leistungsgruppe zwischen einzelnen Krankenhausstandorten ermöglicht werden.“

1. Zweck-Mittel-Relation bei der Personalangabe

Die Formulierungshilfe zum KHTG differenziert zwischen der Angabe der Ärzte auf bettenführenden Stationen und der Angabe aller Ärzte des Standortes je Leistungsgruppe und je Status der Weiterbildung. Dabei verkennt der Entwurf, dass die vorgeschlagenen Leistungsgruppen besondere Operationen und Eingriffe ausweisen, bei denen die Kombination der Daten zur Qualitätsaussage fraglich ist:

Gerade bei der Erst- und Folgebehandlung von Neubildungen wird das Behandlungsergebnis maßgeblich durch das Zusammenwirken von Internisten, Chirurgen, Anästhesisten, Intensivmedizinern, Radiologen, Pathologen, Strahlentherapeuten, Nuklearmedizinern und ggf. weiteren Fachärzten bestimmt. Diese Komplexität wird weder durch die Ärzte auf der Station noch die Gesamtzahl der Ärzte abgebildet.

Erklärungsbedürftig ist bei der Gestaltung der Leistungsgruppen, warum bei soliden Tumoren ausschließlich Ovarial-Karzinome (ca. 25.000 Fälle in 2022) als gesonderte Leistungsgruppe ausgewiesen wird und die verbleibenden 98 Prozent aller soliden Tumoren in den allgemeinen Leistungsgruppen aufgehen.

Die Leistungsgruppe Notfallmedizin ist in der Regel keine bettenführende Abteilung, so dass eine Zuordnung von Notfallmedizinern zu Stationsbetten sachlogisch nicht möglich ist. Patient:innen werden im Verlauf der Behandlung durch die Kodierung typischerweise einer organbezogenen Leistungsgruppe zugeordnet.

Die vergleichbare Problematik findet sich im Rahmen des Pflegebudgets: Pflegepersonal in der Notaufnahme, dem OP und in den Funktionsbereichen zählt nicht in die unmittelbare Patientenversorgung hinein.

2. Mehrere Leistungsgruppen

Die plausible Zuordnung von Fällen zu Leistungsgruppen stößt im derzeitigen Entwurf an methodische Grenzen. So kann ein Patient mit einem Schlaganfall Leistungen aus folgenden Leistungsgruppen in verschiedenen Kombinationen erhalten:

- Allgemeine Neurologie
- Stroke Unit
- Neurologische Frührehabilitation
- Geriatrie

- Palliativmedizin

Im Entwurf ist derzeit nicht ersichtlich, wie die Leistungsgruppen-Zuordnung priorisiert werden soll und wie ärztliches und pflegerisches Personal, das insgesamt an der Behandlung beteiligt war, der Leistungsgruppe des Patienten zugeordnet werden soll.

Da eine Fachabteilung in der Regel mehrere Leistungsgruppen umfassen kann und der Gesetzentwurf die Darstellung der **personellen Ausstattung für eine Leistungsgruppe ... jeweils im Verhältnis zu dem dort erbrachten Leistungsumfang** erfordert, wäre eine tatsächliche kleinteilige Erfassung der der jeweiligen Leistungsgruppe zugeordneten Leistungsmerkmale erforderlich.

Weiterhin ist zu bedenken, dass bestimmte Fachabteilungen innerhalb der gleichen organisatorischen Struktur Patient:innen aus unterschiedliche Leistungsgruppen behandeln.

Das sei am Beispiel der Leistungsgruppen der Kardiologie erläutert. Vormalig als Fachabteilung der Kardiologie in der Personalausstattung bewertet, müsste nun erfasst/berechnet/dargestellt werden, welche Pflegekraft und welcher Arzt in welchem Umfang an den 5 Leistungsgruppen gearbeitet hat:

- 1 Allgemeine Innere Medizin
- 10 EPU/Ablation
- 11 Interventionelle Kardiologie
- 12 Kardiale Devices
- 13 Minimalinvasive Herzklappenintervention

Während die Leistungsgruppen 10-13 aufgrund ihres Eingriffscharakters ihren Schwerpunkt im Funktionsbereich haben, der nicht bettenführend zugeordnet ist, besitzt die Leistungsgruppe 1 aufgrund ihres Auffangtatbestandes eher einen „Restklassen“-Charakter. Aufgrund der Spezifika der Eingriffe erfordert eine Darlegung des „Leistungsumfangs“ der Leistungsgruppe eine Definition der speziellen Leistungsgruppenmerkmale. Überspitzt formuliert: Bei der Visite des multimorbiden 80-jährigen Patienten müsste differenziert werden, welche Erkrankungen unmittelbar der speziellen Leistungsgruppe zugeordnet werden (z.B. der Herzklappenintervention). Klagt der Patient zudem über Verstopfung oder entwickelt eine Lungenentzündung, wäre er diesbezüglich der Allgemeinen Inneren zuzuordnen. Stützt er auch noch aus dem Bett und erleidet Brüche, die zur Frakturoendoprothetik führen, wird es knifflig. Dann ist die Endoprothetik die entsprechende Leistungsgruppe, die zusätzlich abgebildet werden müsste. Im Ergebnis bleibt dann nur zu hoffen, dass er keiner intensivmedizinischen Versorgung bedarf.

Da derzeit nicht bekannt ist, ob der Transparenzbericht alle tangierten Leistungsgruppen ausweisen wird, muss das Personal vollumfänglich die Dokumentation leisten. In Anbetracht der Tatsache, dass bereits jetzt schon 30% der ärztlichen Tätigkeit mit Bürokratie abseits der Patientenversorgung gefüllt sind, stellt sich die Frage nach dem Nutzen der Datenerfassung. Gerade unter Berücksichtigung, dass prozedurengeführte Leistungsgruppen ihren Schwerpunkt im OP oder in den Funktionsbereichen setzen, erscheint fraglich, ob das angestrebte Ziel einer echten Qualitätstransparenz erreicht werden kann. Vielmehr steht zu befürchten, dass der Fachkräftemangel verstärkt wird, indem faktisch durch

Überdokumentation zeitlich die Patientenversorgung weiter eingeschränkt wird.

Im Übrigen lässt die quantitative Betrachtung nur eingeschränkt eine Aussage zur qualitativen Leistungsfähigkeit zu. Da sich die Leistungsgruppen in der Entwicklung befinden und letztlich das Fallportfolio den Schweregrad bzw. die Belastungsintensität definiert, bedarf es Kennzahlen, die noch entwickelt werden müssen. Durch die Überlappung von mehreren Leistungsgruppen bei einem Patienten lässt sich keine abstrakte Belastungsaussage zur einzelnen Leistungsgruppe treffen.

II. Angabe des Weiterbildungsgebietes der Assistenzärzte

Fraglich ist die Aussagekraft zu den jeweiligen Weiterbildungsassistenten nach der Fachgebietsbezeichnung. Im Rahmen der Pflichtweiterbildung sind Assistenzärzte verpflichtet, in bestimmten Fachbereichen zu absolvieren.

1. Problemstellung

Folgende Übersicht verdeutlicht die Problematik:

Facharzt/Fachärztin für Allgemeinchirurgie (Allgemeinchirurg/Allgemeinchirurgin)

Gebietsdefinition	Das Gebiet Chirurgie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Verletzungsfolgen sowie angeborenen und erworbenen Formveränderungen und Fehlbildungen der Gefäße, der inneren Organe einschließlich des Herzens, der Stütz- und Bewegungsorgane sowie der Wiederherstellungs- und Transplantationschirurgie.
Weiterbildungszeit	72 Monate im Gebiet Chirurgie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon <ul style="list-style-type: none">• müssen 18 Monate in Orthopädie und Unfallchirurgie abgeleistet werden• müssen 18 Monate in Viszeralchirurgie abgeleistet werden• müssen 6 Monate in der Notfallaufnahme abgeleistet werden• müssen 6 Monate in der Intensivmedizin abgeleistet werden

Abbildung 1: Auszug aus der Weiterbildungsordnung für Fachärzte der Allgemeinchirurgie¹⁴

Im Rahmen der Weiterbildung erfolgt dementsprechend bei einem Arzt in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinchirurgie ein Einsatz im Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie, aber auch in der Intensiv- und Notfallmedizin, die ihrerseits Leistungsgruppen enthalten, welche dem Namen nach nicht der Allgemeinchirurgie zugeordnet sind.

Fraglich ist, welchen besonderen Erkenntniswert die Bürger:in an dieser Stelle in Bezug auf eine Qualitätsaussage erhält.

¹⁴ Beispiel Hessen. [Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen 2020 \(WBO 2020\) \(laekh.de\)](#), S. 43

Facharzt/Fachärztin für Laboratoriumsmedizin (Laborarzt/Laborärztin)

Gebietsdefinition	Die Laboratoriumsmedizin umfasst die Unterstützung bei der Erkennung von Krankheiten und ihren Ursachen, bei der Überwachung des Krankheitsverlaufes und bei der Bewertung therapeutischer Maßnahmen durch die Anwendung und Beurteilung morphologischer, chemischer, physikalischer, immunologischer, biochemischer, molekulargenetischer und mikrobiologischer Untersuchungsverfahren von Körperflüssigkeiten, Ausscheidungs- und Sekretionsprodukten sowie anderen Körpermaterialien einschließlich der dazu erforderlichen Funktionsprüfungen und Probennahmen sowie der Beratung von in der Vorsorge und Krankenbehandlung tätigen Ärzten.
Weiterbildungszeit	60 Monate Laboratoriumsmedizin unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon <ul style="list-style-type: none">• müssen 30 Monate in klinischer Chemie, im immunologischen, hämatologischen, hämostaseologischen und molekulargenetischen Labor abgeleistet werden• müssen 12 Monate im mikrobiologischen Labor abgeleistet werden• müssen 6 Monate im immunhämatologischen Labor abgeleistet werden• müssen 12 Monate in der stationären Patientenversorgung abgeleistet werden

Abbildung 2: Weiterbildungsbeschreibung Facharzt für Laboratoriumsmedizin¹⁵

Angehende Fachärzte für Laboratoriumsmedizin müssen im Rahmen ihrer Weiterbildung 12 Monate in der stationären Patientenversorgung tätig sein. Hier besteht implizit die Gefahr von Diskriminierungseffekten gerade für Krankenhäuser, die eine umfassende Weiterbildung für Weiterbildungsassistenten aller Fachrichtungen gewährleisten.

2. Empfehlung:

Die Differenzierung von Weiterbildungsassistenten nach dem Weiterbildungsgebiet ist ersatzlos zu streichen. Der Personalaufwand zur Dokumentation ist dem geringen Nutzen einer Mehraussage zur Qualitätsmessung gegenüberzustellen. Durch die Überlappung von mehreren Leistungsgruppen bei einem Patienten lässt sich keine abstrakte Belastungsaussage zur einzelnen Leistungsgruppe treffen.

Es wird empfohlen, die bereits bestehenden Angaben aus den Qualitätsberichten zu nutzen.

¹⁵ Beispiel Hessen. [Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen 2020 \(WBO 2020\) \(laekh.de\)](#), S.203.

III. Regelungsinhalt

„(3) Das Transparenzverzeichnis nach Absatz 1 beinhaltet auf Grundlage der Daten nach § 299 Absatz 7 insbesondere folgende standortbezogene Information der Krankenhäuser ...

4. die patientenrelevanten Ergebnisse aus Qualitätssicherungsverfahren nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1.“

IV. Kritikpunkte

1. Quartalsweise Qualitätsbetrachtung

Die Momentbeobachtung bezogen auf ein das Zeitintervall Quartal schafft auf den ersten Blick den Vorteil der schnellen Verfügbarkeit von Qualitätsdaten. Genauer hingeschaut birgt die quartalsweise Betrachtung das Risiko einer kleinen Grundgesamtheit und damit der Möglichkeit von verzerrter Darstellung. Nehmen wir an, 25 Fälle eines Indikators werden pro Quartal ausgewertet und 1 Fall erleidet eine Komplikation im ersten Quartal, liegt die Komplikationsrate bei 4%, betrachtet auf das Gesamtjahr jedoch nur 1%. Das Gesetz der kleinen Zahlen verlangt eine angemessene Grundgesamtheit, um valide Bewertungen vorzunehmen.

2. Momentaufnahme Quartal

Die Momentaufnahme Quartal ist wenig aussagekräftig. Viel sinnvoller ist es, eine Entwicklung über einen Zeitraum (z.B. ein Jahr) von Qualitätsdaten darzustellen, um Trends der Verbesserung oder Verschlechterung zu zeigen. Daher ist es notwendig, mindestens ein Jahr dazustellen und den Trend zu berücksichtigen. Dabei ist darauf zu achten, dass Jahre miteinander aufgrund ggf. geänderter Rechenregeln der Indikatoren nur eingeschränkt vergleichbar sind.

3. Art der Indikatoren (Raten, logistische Regression) und Risikoadjustierung

Die einfachste Darstellung des Ergebnisses eines Qualitätsindikators ist die Rate: Im Zähler werden rechnerisch auffällige Fälle gezählt, im Nenner die dazu definierte Grundgesamtheit, meist in % dargestellt. Modernere Indikatoren stellen oft mit Hilfe der logistischen Regression beobachtete Auffälligkeiten zu erwarteten Auffälligkeiten dar, um auch Patientenrisiken, die das Ergebnis beeinflussen können, abzubilden. Da diese Berechnung u.a. von Kodierdaten abhängig ist, liefern diese Indikatoren nicht immer ein valides Bild. Dennoch sind insbesondere beim Qualitätsvergleich valide Ergebnisse durch eine sehr gute Risikoadjustierung erforderlich, um nicht zu verzerren und die Bürger:in durch nicht valide Ergebnisse in die Irre zu führen.

Es gibt z.B. in der Geburtshilfe Konstellationen, bei denen die Risikoadjustierung nicht gelingt, sodass Kliniken, die kompliziert verlaufende Geburten kompetent behandeln, dennoch eine hohe Säuglingssterblichkeit aufweisen.

4. Strukturierte Dialoge

Alle Krankenhäuser müssen jährlich auf Aufforderung eine Stellungnahme zu rechnerischen Auffälligkeiten von Qualitätsindikatoren abgeben. Ein Fachgremien befindet darüber, ob die Stellungnahme akzeptabel ist und bewertet die Auffälligkeit. Dabei bleibt grundsätzlich die rechnerische Auffälligkeit bestehen, das Ergebnis der Bewertung könnte aber lauten: „Nach strukturiertem Dialog unauffällig“. Das heißt, ein Ergebnis eines Indikators ist nur dann vollständig zu bewerten, wenn der Einzelfall, der die rechnerische Auffälligkeit verursacht hatte, aufgearbeitet wurde. Nur dann kann zwischen einem echten Qualitätsdefizit und einer rechnerischen Auffälligkeit und z.B. einem schicksalhaften Verlauf unterschieden werden. Eine Publikation NUR des Ergebnisses eines Indikators könnte also OHNE die Angabe der Bewertung eines strukturierten Dialogs irreführend sein.

5. Kondensation von Indikatoren – Indexbildung (trübt die Transparenz)

Im Gesetz gibt es den Ansatz, Ergebnisse von Qualitätsindikatoren in Perzentil-Kurven abzubilden. Der Ansatz, eine leicht verständliche Qualitätsdarstellung zu erzeugen, lässt Zweifel aufkommen. Möglich wäre eine Zusammenfassung mehrerer, z.B., ein Fachgebiet betreffender Indikatoren zu bilden (Index), um eine Übersicht zu erhalten. Voraussetzung ist allerdings eine transparente Beschreibung der Rechenregeln eines Index, um dem Wort Transparenz auch würdig zu sein

V. Was haben wir schon?

Derzeit werden im gesetzlich verpflichtenden Qualitätsbericht in 8 Unterkapiteln bereits Daten der Qualitätssicherung publik. Besonders ist auf die Kapitel C1 / C1.2 hinzuweisen.

C1 / C1.2: Teilnahmen und Ergebnisse an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.

Es handelt sich dabei um die Betrachtung des vergangenen Jahres. 45,1% der möglichen DeQS-QS-Daten werden hier bereits dargestellt. Die Möglichkeit der Kommentierung rechnerisch auffälliger Indikatoren besteht. Die verbleibenden Indikatoren wurden aufgrund der möglichen Irreführung nicht für geeignet bewertet, der Öffentlichkeit zugänglich gemacht zu werden.

VI. Alternativvorschlag

Das Instrument des gesetzlich verpflichtenden Qualitätsberichts nimmt bereits Rücksicht auf fast alle gängigen DeQS-Indikatoren. 236 von 523 DeQS-Hauptindikatoren werden bereits veröffentlicht, das sind 45,1% (Indikatoren der Bewertungsart logistische Regression - es wird nur der Quotient als QI gezählt). Daher bleibt wenig Spielraum für eine Erweiterung.

1. Evaluation und Anpassung des bestehenden Qualitätsberichts

Vielmehr muss hier der Qualitätsbericht evaluiert und dahingehend angepasst werden, dass eine bürgernahe Verständlichkeit der Ergebnisse erzielt werden kann.

Die XML-Dateien des Qualitätsberichts werden bereits jetzt von Portalen für Krankenhaussuchen und Krankenhausvergleichen verwendet. Die Ansätze sind hier schon gegeben, die Transparenz müsste noch hergestellt werden.

Für ein leichtverständliches Portal sollte ggf. das bestehende Modell der Datenpräsentation in den Qualitätsberichten überarbeitet werden. Patient:innen bzw. deren Angehörige haben meist folgende Fragen:

- Welche Erfahrungen besitzt das Krankenhaus bei meiner Erkrankung?
- Muss ich operiert werden? (Nutzung der Partitionen)
- In welchen Abteilungen werde ich behandelt? (Bewegungsabteilungen oder aufnehmende/entlassende Fachabteilungen)
- Welche Operationen werden durchgeführt? (OPS-Viersteller)
- Zu diesen Fragen reichen für einen ersten Überblick folgende KPI's aus: Fallzahl, Altersdurchschnitt, Verweildauer und Krankenhausletalität.

Eine entsprechende Datenaufbereitung ist mit wenig ergänzenden Zusatzangaben und Erläuterungen auf Basis der bestehenden Berichtspflichten (§21-Datensätze) möglich.

2. Schrittweises und konsentiertes Vorgehen bei der Schaffung der Leistungsgruppen

Der Bezug zu Leistungsgruppen sollte in den nächsten 2 Jahren entwickelt werden, damit die definierten Leistungsgruppen nach vorgesehen Verfahren aus dem Eckpunktepapier von 10.7.2023 und die bestehenden NRW-Leistungsgruppen konsolidiert werden können. Der Leistungsgruppen-Groupier sollte zeitnah nach Definition zertifiziert und für alle Beteiligten nutzbar gemacht werden. Qualitätsvorgaben müssen konsentiert werden und Leistungsgruppen durch die Länder zugeordnet sein. Erst dann besteht eine solide Basis, einen Bezug von Leistungsgruppe zu Qualität herzustellen.

E. Objektive Unmöglichkeit der Umsetzung des KHTG

Der Entwurf zum Krankenhaustransparenzgesetz beschreibt ein in der Praxis objektiv juristisch unmögliches Vorgehen.

I. Regelungstext § 21 Abs. 7 Satz 2 KHEntG

Die Übermittlung der Daten nach Satz 1 erfolgt für das vorangegangene Quartal jeweils bis zum 15. des darauffolgenden Monats, erstmals bis zum 15. Januar 2024.

II. Objektive Unmöglichkeit der Einhaltung der Lieferfrist zum 15.1.2024

Das Transparenzregister soll zum 1.4.2024 veröffentlicht werden. Die Kliniken sollen bis zum 15.1.2024 Daten liefern, welche eine Zuordnung von ärztlichem und pflegerischen Personal bezogen auf die Leistungsgruppen nachweist. Dies setzt eine Erfassung nach Leistungsgruppen voraus, welche für das vierte Quartal 2023 definiert vorliegen müsste.

Um die Zuordnung vorzunehmen, müssten also zunächst die Leistungsgruppen bereits bis zum 1.10.2023 definiert werden. Bezogen auf die Leistungsgruppen bedarf es wiederum definierter Qualitätsanforderungen. Dies wiederum setzt voraus, dass die Definition der Leistungsgruppen nach § 21 Abs. 3d und 7 KHEntG, die einer zustimmungspflichtigen Rechtsverordnung vorbehalten sind, das ordnungsgemäße Rechtsetzungsverfahren durchlaufen.

Die Leistungsgruppen müssten ihrerseits durch die Länder den Kliniken zugewiesen sein.¹⁶

Aus den definierten Leistungsgruppen wiederum muss ein entsprechender Grouper vom InEK entwickelt werden, welche ihrerseits zunächst eine Fallzuordnung benötigen.

III. Entwicklung justiziabler Risikoadjustierung von Qualitätskriterien für Leistungsgruppen

Eine vollständige Risikoadjustierung bei Verwendung von Routinedaten (§ 21 Daten) für 65 Leistungsgruppen (die bislang inhaltlich nicht definiert sind) nach allen möglichen Einflussgrößen ist nicht durchführbar. Daher ermöglicht auch die noch durch das IQTIG zu definierende Risikoadjustierung keinen Vergleich von Einrichtungen im Sinne einer „exakten wissenschaftlichen Methodik“. Auch hochwertige Risikoadjustierungsmodelle können nicht alle Einflussgrößen berücksichtigen. Dies gilt insbesondere für solche, die auf administrativen Routinedaten basieren.¹⁷ Studien zeigen, dass andererseits die Berücksichtigung spezifischer Risikofaktoren einen Anreiz schaffen könnte, mehr (und ggf. real gar nicht vorliegende) Risikofaktoren in Abrechnungsdaten zu kodieren, um in risikoadjustierten Indikatoren

¹⁶ Vgl. Eckpunktepapier Krankenhausreform, S. 1.

¹⁷ Becker, A., Stausberg, J., Fischer, B., Carstanjen, D., & Weyermann, M. (2016). Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren. *Das Krankenhaus*, 11, 954-963.

besser abzuschneiden.¹⁸ Solche Effekte sind insbesondere im Rahmen von Pay-for-Performance-Systemen zu erwarten, in denen ein schlechteres Abschneiden mit monetären Konsequenzen verbunden ist.¹⁹

Vorliegend sollen Abrechnungsroutinedaten (§ 21 Datensatz) zur Bestimmung einer Komplikation bei 65 Leistungsgruppen herangezogen werden. Neben der Frage der Beeinflussbarkeit Datenqualität der Abrechnungsdaten stellt auch deren mangelnder klinischer Gehalt eine Einschränkung ihrer Nutzbarkeit für Qualitätssicherungszwecke dar.²⁰ Eine weitere Einschränkung der DRG-Daten ist das Fehlen von Vor- und Nachbeobachtungszeiträumen, da nur Daten eines einzigen Krankenhausaufenthaltes verfügbar sind. Dies schränkt die Identifikation vorbestehender Risikofaktoren wie Komorbiditäten oder vorangegangene Krankheitsereignisse ein. Zudem können Qualitätsergebnisse durch den Einfluss von Verlegungen systematisch verzerrt sein, da deutsche DRG-Daten keine Endpunkte nach standardisierten Zeiträumen (etwa 90-Tage-Sterblichkeit) beinhalten. Diesem Problem kann durch die Kontrolle des Zuverlegungsstatus im Risikomodell begegnet werden. Hierbei kann jedoch nicht unterschieden werden, ob es sich um Aufwärtsverlegungen kritisch kranker Patienten, oder Anschlussbehandlung nach der kritischen Phase handelt, was zu spezifischen Verzerrungen führen kann.²¹

Im Rahmen der notwendigen Justiziabilität planungsrelevanter Qualitätsindikatoren mit ihrer enormen Wirkung sei auf das umfassende Prüfverfahren des IQTIG verwiesen.²² Insofern ist objektiv erkennbar, dass die Entwicklung von gerichtsfesten Qualitätsindikatoren für 65 Leistungsgruppen mit Personenbezug innerhalb weniger Monate eine objektive Unmöglichkeit darstellt.

¹⁸ Schwarzkopf, D., Nimptsch, U., Graf, R., Schmitt, J., Zacher, J., & Kuhlen, R. (2021). Möglichkeiten und Grenzen der Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren aus Krankenhausabrechnungsdaten-ein Werkstattbericht. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 163, 1-12.

¹⁹ Bastani, H., Goh, J., & Bayati, M. (2019). Nachweis von Upcoding in Pay-for-Performance-Programmen. *Managementwissenschaft*, 65(3), 1042-1060.

²⁰ Iezzoni LI. Risk adjustment, in Performance measurement for health system improvement: Experiences, challenges and prospects, P.C. Smith, et al. New York: Cambridge University Press; 2009. p. 251–85.; Schwarzkopf, D., Nimptsch, U., Graf, R., Schmitt, J., Zacher, J., & Kuhlen, R. (2021). Möglichkeiten und Grenzen der Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren aus Krankenhausabrechnungsdaten-ein Werkstattbericht. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 163, 1-12.

²¹ Schwarzkopf, D., Nimptsch, U., Graf, R., Schmitt, J., Zacher, J., & Kuhlen, R. (2021). Möglichkeiten und Grenzen der Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren aus Krankenhausabrechnungsdaten-ein Werkstattbericht. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 163, 1-12.

²² Ausführlich hier [Planungsrelevante Qualitätsindikatoren - IQTIG](#) beschrieben.

F. Ermächtigung des InEK zur Festlegung der Leistungsgruppen

I. Regelungstext Krankenhaustransparenzgesetz § 135d Abs. 3 Satz 4 SGBV:

Davon abweichend weist das Transparenzverzeichnis **bis zum 31. Dezember 2025** die Informationen nach Satz 1 für Krankenhäuser in den Ländern, **in denen die Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans bereits auf der Grundlage von Leistungsgruppen erfolgt** und denen die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bis zum ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens] bereits Leistungsgruppen zugewiesen hat, für die zugewiesenen Leistungsgruppen aus.

In der Anlage 2 werden die Leistungsgruppen dem Namen, aber nicht dem Inhalt nach benannt.

II. Regelungstext § 21 Abs. 3c KHEntG

(3c) Die Krankenhausfälle nach Absatz 2 Nummer 2 sind **vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf der Grundlage der von ihm zu treffenden Festlegungen** bezogen auf den Krankenhausstandort **den Leistungsgruppen** nach Anlage 2 zu § 135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch **zuzuordnen**.

III. Eckpunktepapier:

Frühestens ab dem Jahr 2024 weisen die Länder den Krankenhäusern Leistungsgruppen als Grundlage für die Vorhaltefinanzierung zu, die sich zunächst neben den fünf ergänzenden, fachlich gebotenen Leistungsgruppen der Infektiologie, Notfallmedizin, spezielle Traumatologie, spezielle Kinder- und Jugendmedizin und der speziellen Kinder- und Jugendchirurgie an dem NRW-Modell **orientieren**.²³

„Die Definition von Leistungsgruppen beinhaltet die Zuordnung von OPS- und ICD-Codes und die Festlegung von sachgerechten, bundeseinheitlichen Qualitätskriterien je Leistungsgruppe. Zu den Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe zählt nach dem Vorbild des NRW-Konzeptes auch die Festlegung von verwandten Leistungsgruppen, die ebenfalls an demselben Krankenhausstandort zu erbringen sind.“

„Die erstmalige Definition der Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien erfolgt auf der Grundlage der in NRW eingeführten Leistungsgruppen zuzüglich folgender fünf ergänzender, fachlich gebotener Leistungsgruppen: Infektiologie, Notfallmedizin, spezielle Traumatologie, spezielle Kinder- und Jugendmedizin und der speziellen Kinder- und Jugendchirurgie **und wird durch eine zustimmungsbedürftige Rechtsverordnung** festgeschrieben.“²⁴

²³ Ebenda, S. 6

²⁴ Ebenda, S.8.

IV. Bewertung

Das Gesetz führt in seiner Konsequenz dazu, dass die Leistungsgruppen aus Nordrhein-Westfalen nicht mehr die Grundlage für die bundesweite Vorgabe der krankenhauserischen Tatbestände sein werden. Die zwischen Bund und Ländern geeinten Eckpunkte zur Erarbeitung von Leistungsgruppen werden umgangen. Auf Bundesebene wird mit der Festlegung der Zuordnung von Krankenhausfällen in Leistungsgruppen durch das InEK zum 1.4.2024 eine faktische Umsetzung vollzogen.

V. Begründung der Bewertung

Das BMG hat dem InEK bereits den direkten Auftrag erteilt, einen Grouper für die Leistungsgruppen zu erstellen, der bereits Anfang des Jahres 2024 bundesweit alle Leistungen der Krankenhäuser aus dem Jahr 2022 den 65 Leistungsgruppen zuordnen soll. Hierfür werden Verknüpfungen von ICD- und OPS-Kodierungen erforderlich sein. Eine solche Verknüpfung in den Leistungsgruppen gibt es in Nordrhein-Westfalen bislang nicht. Die durch das InEK zu entwickelnden Grouper werden somit nicht dem Modell aus Nordrhein-Westfalen entsprechen.

Insofern überführt ab 2026 der Bund die auf Landesebene konkret entwickelten Leistungsgruppen in abstrakte Rechenmodelle ohne Berücksichtigung einer Bedarfsplanung oder der Versorgungsrealität oder der konkreten Erkenntnisse, welche im Rahmen der mehrjährigen Vorarbeiten auf Landesebene gewonnen wurden. Die NRW-Leistungsgruppen dienen nur dem Namen nach, aber nicht inhaltlich der Erstdefinition der Leistungsgruppen.

Mit der Erteilung des Auftrags an das InEK ist das BMG bereits ohne Beteiligung der Länder in Vollzug gegangen. Der vorgesehene § 21 Abs. 3c KHEntG ermächtigt das InEK „**auf der Grundlage der von ihm zu treffenden Festlegungen**“ auf den die Krankenhausfälle den Leistungsgruppen zuzuordnen. Das im Eckpunktepapier unter Einigung mit den Ländern vorgesehene dreistufige Verfahren ist damit obsolet.

1. Keine abschließende Validität der Datensätze zum 15. des Folgemonats eines Quartals

Eine quartalsweise *valide* Datenlieferung zum 15. des Folgemonats ist bereits deshalb schon objektiv nicht möglich, weil die Regelungen der Abrechnungsprüfungen die § 21 Daten dynamisieren. Insofern sei auf die umfangreichen Regelungen der Prüfverfahrensvereinbarung zur Abrechnungsprüfung verwiesen. Bereits mit der Anmeldung einer Prüfung des Medizinischen Dienstes kann der Datensatz nicht valide sein, da das Prüfergebnis zum Zeitpunkt der Anmeldung nicht bekannt ist. Jede Streichung von Komplexcodes (z.B. Neurologische Komplexbehandlung des Schlaganfalls auf einer spezialisierten Schlaganfalleinheit) bewirkt ein Entfallen der ursprünglichen Leistungsgruppe (Stroke Unit) und einen Wechsel in eine neue Leistungsgruppe (Allgemeine Neurologie). Jede Fallartänderung von stationär zu ambulant bewirkt eine Änderung der Fallzahl einer abgerechneten Leistungsgruppe.

Aufgrund des Ausschlusses einer nachträglichen Rechnungskorrektur sind viele Krankenhäuser dazu übergegangen, Abrechnungen erst abzuschließen, wenn sämtliche Behandlungsunterlagen vollständig

und validiert vorliegen. Dies betrifft insbesondere onkologische Patienten (Histologie), Patienten mit seltenen Erkrankungen (Gendiagnostik) und Komplexbehandlungen. Eine differenzierte Auswertung der unterjährigen §21-Datenlieferungen an das InEK (<https://datenbrowser.inek.org>) belegt die scheinbare Verringerung bestimmter Fallkonstellationen in den Monaten Mai und September.

2. Von der Arbeitszeiterfassung zur zusätzlichen kleinteiligen Arbeitsortserfassung

Die Arbeitszeiterfassung von Pflegepersonal und Pflegekräften erfolgt bislang auf der Ebene der pflegerischen Organisationseinheiten (Stationen). Für eine Zuordnung auf der Ebene der 65 Leistungsgruppen wiederum ist eine patientenbezogene, ortsgenaue Erfassung der Arbeitsleistungen nach Einsatzort erforderlich, da einige Leistungsgruppen nach Prozeduren mit entsprechendem Einsatz in Funktionsbereichen gebildet wurden, während andere Leistungsgruppen wie die Allgemeine Innere Medizin oder die Allgemeine Chirurgie im Sinne von Basisleistungsgruppen eher den „Restecharakter“ aufweisen. Innerhalb einer pflegerischen Organisationseinheit können Patienten aus völlig unterschiedliche Leistungsgruppen behandelt werden (Hybrid-OP: Minimal-invasive Herzklappen, Aorten-Stents, Interventionelle Kardiologie, Interventionelle Neuroradiologie)

Fraglich ist, wie die Ärzte und Pflegekräfte ihre Arbeit patientenbezogen erfassen, damit immer dann, wenn eine Abteilung mehrere Leistungsgruppen bedient, am Ende ganz genau nachgewiesen werden kann, wie viele VK welcher Leistungsgruppe zugeordnet werden können.

Wie soll auf einer normalen Station oder der internistischen Intensivstation dokumentiert werden, welche Pflegekraft und welcher Arzt in welchem Umfang an welchem Patienten der 5 Leistungsgruppen beispielsweise der Kardiologie (Allgemeine Innere Medizin, EPU/Ablation, Interventionelle Kardiologie, Kardiale Devices, Minimalinvasive Herzklappenintervention) gearbeitet hat? Aufgrund der Überlappungen von Leistungen und bei internen Verlegungen (Normalstation, Intensivstation, Geriatrie, Palliativ) aufgrund der Multimorbidität von Patienten ist zudem fraglich, wie neben der ärztlichen und pflegerischen Einzelleistung auch die Funktionsbereiche nicht bettenführende Abteilungen wie Radiologie, der Anästhesie, Labor oder Hygiene bzw. Notfallmedizin bei der Aufnahme von Notfallpatienten berücksichtigt werden.

Denknotwendig entsteht eine Leistungsgruppe nicht durch Zuweisung in den Fachbereich, sondern nach dem Grouping aller relevanten Daten am Ende des Aufenthaltes. Dementsprechend müssten alle Handgriffe der an der Behandlung beteiligten Personen erfasst werden.

Es ist objektiv unmöglich, das Krankenhauspersonal ab dem 1.10.2023 den jeweils (noch nicht bekannten und vor allen Dingen auch nicht endgültig entwickelten) Leistungsgruppen zuzuordnen. Da noch keine Berechnungsregelungen über die anteilige Zuordnung von Mitarbeitenden auf mehrere Leistungsgruppen vorliegen, ist weiterer bürokratischer Aufwand und Streitpotential (etwa mit dem Medizinischen Dienst zur Abrechenbarkeit) vorprogrammiert.

Eine solch detaillierte Leistungserfassung der Ärzte und Pflegekräfte, welche zudem nach arbeits- und tarifrechtlichen Vorgaben Beteiligungsrechte der Betriebsräte und nicht zuletzt tarifrechtlich der Gewerkschaften auslöst, ist auch deshalb nicht unbeachtlich, weil – wie später noch erläutert wird – die

persönliche Haftung der Krankenhausleitungen für fehlerhafte Datenmeldungen in der Formulierungshilfe vorgesehen ist.

G. Echte neue Transparenz?

I. Schaffung eines Transparenzverzeichnisses

S.19 (Begründung):

„Die Neuregelung ergänzt die bestehende Qualitätsberichterstattung der Krankenhäuser nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 in erforderlicher Weise. In der Praxis zeigt sich, dass die bestehenden Regelungen zu den Qualitätsberichten nicht ausreichen, um die Öffentlichkeit angemessen über die stationäre Qualität und Leistungserbringung zu informieren. Mit dem Transparenzverzeichnis wird daher ermöglicht, über die etablierte Qualitätsberichterstattung hinaus weitere und aktuellere Datengrundlagen für die gezielte Information der Öffentlichkeit zu nutzen. Die Vorschriften über den Qualitätsbericht bleiben von dieser Neuregelung unberührt, damit das etablierte Verfahren weiterhin durchgeführt wird.“

II. Bewertung

Bereits heute existieren umfangreiche Berichtspflichten der Krankenhäuser. Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser dienen als Grundlage der Informationen, welche durch unabhängige Institutionen oder die einzelnen Kassenarten im Rahmen eigener Internetportale zur Verfügung gestellt werden. Die Daten fließen beispielsweise in sogenannte Kliniksuchmaschinen (Krankenhausnavigatoren) ein, die auf den Internetseiten von Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie Patientenorganisationen angeboten werden. Die Angaben lassen sich beispielsweise von Patientinnen und Patienten und einweisenden Ärztinnen und Ärzten nutzen, um Krankenhäuser zu vergleichen und auszuwählen.²⁵

III. Begründung der Bewertung

Qualität spielt in vielerlei Hinsicht eine Rolle. Es gibt die umfangreichen Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses in Form von Richtlinien, es gibt dabei die – momentan ausgesetzten – Mindestmengen, es gibt Vorgaben zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung mit dem „strukturierten Dialog“, es gibt Qualitätsanforderungen in den OPS, es gibt Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften und unterschiedliche Anforderungen diverser Zertifizierungsverfahren. Krankenhäuser müssen mittlerweile jährlich Qualitätsberichte veröffentlichen und dort zunehmend auch „harte“ Fakten veröffentlichen. Im strukturierten Dialog müssen Krankenhäuser sich rechtfertigen, wenn sie auffällige Ergebnisse haben.

²⁵ <https://qb-referenzdatenbank.g-ba.de/#/suche>

Mit dem am 1. Januar 2020 in Kraft getretenen MDK-Reformgesetz wurde zusätzlich das bisherige System der Krankenhausrechnungsprüfungen umfassend reformiert. Krankenhäuser haben die Einhaltung von Strukturmerkmalen durch den Medizinischen Dienst begutachten zu lassen, bevor sie bestimmte Leistungen abrechnen können. Die zu prüfenden Strukturmerkmale sind im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) nach § 301 Absatz 2 SGB V festgelegt, der jährlich vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) herausgegeben wird. Grundlage für die Begutachtung ist die Richtlinie „Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V“ (StrOPS-RL). Die Richtlinie wurde am 20. Mai 2021 vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt und am 27. Mai 2021 durch den MDS veröffentlicht.

1. Qualitätsberichte

Die Qualitätsdebatte im Gesundheitswesen ist nicht neu. Bereits 2012 analysierten Veit et. al.²⁶ umfassend im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums Optionen zur besseren Vergütung qualitativ hochwertiger Leistungen im Krankenhaus. Bereits zum Zeitpunkt der Erhebung konstatierten sie im Gutachten:

„Dieses Schlagwort ist verführerisch, weil es die Komplexität der Situation durch ein sehr einfaches, in der normalen Alltagswelt taugliches Bild ersetzt: Für bessere Qualität soll mehr gezahlt werden, für schlechtere weniger. Das klingt effizient und gerecht. Es steht als logische Konsequenz an der Spitze einer Entwicklung, auf dem sich die externe Qualitätssicherung in Deutschland in den letzten Jahren befand bzw. noch befindet. Aus einer als rein ärztlich angesehenen Maßnahme der Qualitätssicherung wurde ein Verfahren, das die Träger und Kostenträger einbezog, das politisch der Lenkung des Gemeinsamen Bundesausschusses unterstellt wurde, das die Patienten beteiligte, das Krankenhäuser zur Veröffentlichung der Qualitätsergebnisse verpflichtete und das schließlich die Türe zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung öffnete.“²⁷

Seit 2013 sind alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser verpflichtet, jährlich einen strukturierten Qualitätsbericht auf Standortbasis zu erstellen (§ 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V). Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wurde die Aufgabe übertragen, Inhalte, Umfang und Datenformat der Berichte zu definieren und den Prozess der Übermittlung und Annahme zu strukturieren. Eine entsprechende Arbeitsgruppe im G-BA, die sich aus Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Patientenorganisationen zusammensetzt, arbeitet kontinuierlich an der inhaltlichen und technischen Weiterentwicklung des Berichts. Unterstützt wird die Gruppe von weiteren Beteiligten (Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer und des Deutschen Pflegerats) sowie externen Dienstleistern.²⁸

²⁶ Ch. Veit, D. Hertle, S. Bungard, A. Trümner, V. Ganske, B. Meyer-Hofmann, Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung, Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 2012, Abruf unter: [Microsoft Word - Titelblatt.doc \(bqs.de\)](#)

²⁷ Dies. S. 14,

²⁸ Beispiele für Kliniknavigatoren: <https://www.weisse-liste.de/krankenhaus>²⁸; <https://www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de/app/suche>; Beispiele für Krankenhausnavigatoren der Krankenkassen: [BKK Klinikfinder](#) ; [vdek Kliniklotse](#); [AOK-](#)

Inhaltliche Basis für die Qualitätsberichte bilden die Struktur- und Leistungsdaten eines Krankenhauses (u.a. Personalstruktur, Art und Anzahl durchgeführter Leistungen) bzw. die Ergebnisse der datengestützten Qualitätssicherungsverfahren (Qualitätsindikatoren und Kennzahlen).

Der strukturierte Qualitätsbericht der Krankenhäuser gliedert sich in vier Teile:

- A) Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandortes
- B) Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen bzw. Organisationseinheiten
- C) Qualitätsdaten aus der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung.
- D) Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement.

2. Qualitätsreport des IQTIG

Im Qualitätsreport informiert das IQTIG jährlich über die bundesweiten Ergebnisse der externen Qualitätssicherung. Der Report enthält detaillierte Informationen zu den Qualitätssicherungsverfahren in verschiedenen Versorgungsbereichen wie z. B. Transplantationsmedizin, Gefäßchirurgie und Gynäkologie.

3. Bundesweit geltende Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung

2016 wurden Qualitätsergebnisse erstmals zu einem Kriterium der Krankenhausplanung. Der Gesetzgeber beauftragte den G-BA, den Bundesländern ein Instrument zur Verfügung zu stellen, mit dessen Hilfe sie bei ihren Planungsentscheidungen neben Aspekten der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit die Versorgungsqualität der Einrichtungen stärker berücksichtigen können.

Der G-BA erhielt den gesetzlichen Auftrag, Qualitätsindikatoren zu benennen, die für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung geeignet sind (§ 136c Abs. 1 und 2 SGB V). Zudem waren vom G-BA Bewertungskriterien und Maßstäbe festzulegen, mit deren Hilfe die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und Krankenkassen beurteilen können, ob ein Krankenhaus hinsichtlich einzelner Qualitätsindikatoren eine im Vergleich zureichende oder unzureichende Qualität aufweist.

Mit Beschluss vom Dezember 2016 hat der G-BA die Erstfassung der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) geregelt.²⁹ Sie regelt unter anderem die Datenerhebung und das Verfahren zur Übermittlung der Auswertungsergebnisse an die zuständigen Landesbehörden sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen.

Der G-BA veröffentlicht auf seinen Internetseiten jeweils im Oktober einen Bericht zum zurückliegenden Erfassungsjahr,³⁰ welcher die den Berechnungen zugrundeliegenden Daten sowie die Ergebnisse

[Gesundheitsnavigator/Krankenhaussuche ; BARMER Kliniksuche](#)

Generelle Abfragen ermöglicht die Referenzdatenbank des GBA. <https://qb-referenzdatenbank.g-ba.de/#/suche>

²⁹ Aktuell: [Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren: Anpassungen des Rumpfes für das Erfassungsjahr 2023, der endgültigen und prospektiven Rechenregeln sowie der Liste der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren - Gemeinsamer Bundesausschuss \(g-ba.de\)](#)

³⁰ [Ergebnisse - IQTIG](#)

der einzelnen Krankenhausstandorte nach der fachlichen Bewertung umfasst mit einer Schlussfolgerung, ob eine zureichende oder unzureichende Qualität vorliegt.

Seit dem 1. Januar 2017 läuft das Verfahren zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren im Regelbetrieb. Für die Erfassungsjahre 2019 und 2020 wurden aufgrund der COVID 19-Pandemie Teile der plan. QI-RL durch den G-BA ausgesetzt, sodass Datenvalidierung, Neuberechnungen, Stellungnahmeverfahren und Berichterstattung vom IQTIG nicht durchgeführt wurden. Auch die temporären Sonderveröffentlichungen, in denen die Ergebnisse der Jahre 2020 und 2021 für die Öffentlichkeit aufbereitet werden, wurden vom G-BA ausgesetzt.³¹

4. Strukturprüfungen des MD nach der StrOPS-RL

Strukturprüfungen beziehen sich auf Überprüfungen der strukturellen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. Diese Prüfungen werden vom Medizinischen Dienst (MD) durchgeführt.

Die Strukturprüfungen dienen dazu sicherzustellen, dass die medizinischen Einrichtungen die erforderlichen personellen, räumlichen und technischen Ressourcen besitzen, um eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Dabei werden verschiedene Aspekte überprüft, wie beispielsweise:

- Personalausstattung: Überprüfung der Anzahl und Qualifikation des medizinischen Personals, einschließlich Ärzten, Pflegekräften und therapeutischem Personal.
- Ausstattung der Einrichtung: Bewertung der technischen Ausstattung, wie zum Beispiel medizinische Geräte, Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten.
- Notfallversorgung: Prüfung, ob die Einrichtung über angemessene Vorkehrungen und Ressourcen für die Versorgung von Notfällen verfügt.
- Infrastruktur: Überprüfung der räumlichen Gegebenheiten, wie zum Beispiel der Patientenzimmer, Operationssäle, Hygienestandards usw.
- Kooperation und Vernetzung: Beurteilung der Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen und der Einbindung in regionale Versorgungsstrukturen.

³¹ [Tätigkeitsbericht 2021 \(iqtig.org\)](https://www.iqtig.org), S. 17.

H. Praktische Herausforderungen bei der Umsetzung

Im Rahmen der Prüfung der Umsetzbarkeit in der Praxis zeigen sich weitere Herausforderungen, die nachfolgend beschrieben werden.

I. Standortbezug beim gesamten Behandlungsfall

1. Regelungstext

„Eine Leistungsgruppe bezieht sich immer **auf den gesamten Behandlungsfall**. Ein Behandlungsfall kann gleichwohl **an verschiedenen Krankenhausstandorten** erbracht werden, sodass kein ausschließlicher Bezug einer Leistungsgruppe auf nur einen Krankenhausstandort hergestellt werden kann.“³²

2. Problemstellung I: Unbestimmter Rechtsbegriff

Beim Begriff „gesamter Behandlungsfall“ handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff:

Der Behandlungsfall eines Patienten entspricht im Kontext der Verwendung von Abrechnungsdaten, wie sie vorliegend mit der Verwendung der § 21 KHEntgG zur Qualitätsmessung vorgesehen sind, **grundsätzlich einem definierten Zeitraum**, innerhalb dessen Leistungen zur Behandlung eines Patienten stationären Rahmen erbracht werden. Daher ist für die Definition eines Behandlungsfalls maßgeblich, welche Abrechnungsbestimmungen (Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Diagnosis Related Groups (DRG)) zugrunde liegen.

Anders als in der ambulanten Versorgung existiert keine rechtliche Definition des Behandlungsfalls. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) definiert den Begriff in dem Dokument „G-DRG Begleitforschungsbrowser“ wie folgt: „Der Behandlungsfall bezeichnet einen Behandlungsaufenthalt im Krankenhaus im Entgeltbereich ‚DRG‘“. Angaben zum Behandlungszeitraum oder hinsichtlich der Ersterkrankung sowie weitere auftretende Erkrankungen werden nicht vorgenommen. Vielmehr verweist das InEK bezüglich der Fallzusammenführung vollstationärer Krankenhausaufenthalte im G-DRG System auf die Voraussetzungen der Fallpauschalenvereinbarung (FPV). Aus dieser ließen sich Anhaltspunkte zur Definition ableiten.

Gemäß § 2 Abs. 2 FPV ist eine Fallzusammenführung dann vorzunehmen, „wenn ein Patient oder eine Patientin innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten [...] Krankenhausaufenthaltes wieder aufgenommen wird und innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe (MDC) [...] einzugruppiert ist“. Verglichen mit der GOÄ-Definition wird auch an dieser Stelle ein Behandlungszeitraum von einem Monat angesetzt, innerhalb dessen die Krankenhausaufenthalte zu einem (Behandlungs-) Fall zusammengefasst werden müssen. Die Einschränkung auf die gleiche Hauptdiagnose-

³² KHTG S. 24

gruppe lässt vermuten, dass es sich bei der Fallzusammenführung auch um die gleiche Hauptdiagnose handeln muss, da diese erst die MDC (Major Diagnostic Category) ansteuert. Dieser Aspekt ähnelt sehr den GOÄ- und EBM-Definitionen, in welchen sich ein Behandlungsfall stets auf dieselbe (zuerst behandelte) Erkrankung bezieht.³³

Bei sektorenübergreifender Betrachtung von Qualitätsindikatoren umfasst der gesamte Behandlungsfall aus der Patientenperspektive sämtliche Leistungen unabhängig vom Kostenträger, die im Zusammenhang mit der Erkrankung stehen. Das bedeutet, dass auch Leistungen der niedergelassenen Ärzte (z.B. Hausarzt), ambulante und stationäre Pflege und Rehabilitationsleistungen vom Begriff umfasst sind. Zudem ist in dieser Definition der Begriff zeitraumunabhängig, etwa bei chronischen Erkrankungen.

3. Problemstellung II: Zuordnungsprinzip bei Behandlungsketten

Drei Fallkonstellationen weisen Streitpotential auf, da eine pauschale Zuordnung einer Qualitätsbewertung ohne Berücksichtigung des Verursacherprinzips in einer Behandlungskette juristisch bedenklich ist:

a. Verlegungen

Im Eckpunktepapier heißt es bei der Leistungsbeschreibung der Level I1-Kliniken:

„Die Ausgestaltung der Vergütung soll das Interesse der Patientinnen und Patienten an einer wohnortnahen Behandlung sowie die *Notwendigkeit der Schaffung von Verlegungsmöglichkeiten* unterstützen ...“³⁴

Nicht nur künftig sind Verlegungen etwa zur Kapazitätsentlastung angedacht. Bereits jetzt spielen Verlegungen eine nicht unerhebliche Rolle. Ausweislich des InEK-Datenbrowsers³⁵ wurden über 500.000 Fälle 2022 als Verlegung in ein anderes Krankenhaus registriert.

Insbesondere Verlegungen können die Qualitätsergebnisse eines Krankenhauses erheblich verfälschen.

b. Verbringungen

Im Routinedatensatz wird aufgrund der Abrechnungsregeln als Leistungserbringer mit der speziellen Leistungsgruppe das Ursprungs Krankenhaus dargestellt, obwohl es die Leistungsgruppe nicht erbracht hat.

Beispiel: Ein Patient stellt sich in der Notfallambulanz eines Krankenhauses vor. Bei der Untersuchung zeigt sich, dass eine Leistungsgruppe vorliegt, welche einem anderen Krankenhausstandort vorbehalten ist. Im Rahmen der bestehenden Kooperation erhält der Patient einen Eingriff der entsprechenden

³³ [Behandlungsfall - Definition für die EBM, GOÄ, DRG Abrechnung \(reimbursement.institute\)](#)

³⁴ S. 14.

³⁵ [InEK DatenBrowser](#), Unterjährige Datenlieferung Januar bis Dez. 2022, Entlassgrund 06 und 08

Leistungsgruppe im Kooperationskrankenhaus und wird anschließend binnen 24 h an das Ursprungs-krankenhaus zurückverlegt. Nach den Abrechnungsregeln für Verbringungen wird dem Ursprungs-krankenhaus der Prozedurencode und dementsprechend die gesteigerte Fallpauschale zugeordnet, während es die Verbringungsleistung an das kooperierende Krankenhaus vergütet. Das kooperierende Krankenhaus erscheint nicht in der Qualitätsbewertung.

c. Wiederaufnahme in die stationäre Behandlung außerhalb von 30 Behandlungstagen (Rezidive, Revisionen, Komplikationen)

Bei einer Gesamtbetrachtung der Behandlung eines Patienten mit einer Unterbrechung des Behandlungsverlaufs von mehr als 30 Tagen ist die Bewertung einer Fallkonstellation im Gesamtzusammenhang juristisch angreifbar, da Wiederaufnahmegründe bzw. Ursachen für Komplikationen sowohl in der Sphäre von Dritten (z.B. Pflege, ärztliche Nachversorgung) als auch beim Patienten selbst liegen können.

4. Empfehlung

Der Begriff des Behandlungsfalles im Transparenzbericht muss klar definiert werden. Limitationen der Anwendung von Qualitätsaussagen zu Krankenhausstandorten sind bei Verlegungen, Verbringungen und Wiederaufnahmen infolge von Komplikationen, Revisionen und Rezidiven ohne strukturierten Dialog im Sinne der bestehenden Qualitätssicherungsverfahren transparent darzustellen.

I. Doppelte Sanktionierung einer fehlerhaften Datenlieferung

§ 21 KHEntG sieht eine Sanktion für eine verschuldensunabhängige fehlerhafte Datenmeldung vor, welche neu um eine verschuldensabhängige zusätzliche Haftung der Krankenhausleitung ergänzt werden soll.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung wurde die unterjährige Datenübermittlungsverpflichtung im § 21 Abs. 3b KHEntG aufgenommen.

Gemäß § 5 Abs. 1 und 2 der Vereinbarung über die Übermittlung von Daten nach § 21 Abs. 4 und 5 KHEntG wird **für jede nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig übermittelte Datenlieferung ein Abschlag in Höhe von 10 Euro je Fall** fällig. Der Mindestbetrag der **Sanktion** beträgt gem. § 21 Abs. 5 KHEntG jedoch 20.000 Euro je Standort eines Krankenhauses, „soweit hierdurch für das Krankenhaus keine unbillige Härte entsteht“.

Gemäß §§ 43 GmbHG, 347 HGB haftet der Geschäftsführer die fehlerhaften Meldungen bereits dann persönlich, wenn er die Sorgfalt eines „ordentlichen Geschäftsmanns“ vorsätzlich oder fahrlässig verletzt.

In neu geschaffenen Absatz 7 des §21 Krankenhausentgeltgesetz wird Krankenhausgeschäftsführungen zusätzlich eine persönliche Haftung zugeschrieben, wenn sie die geforderten Daten „**vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht, nicht vollständig oder falsch**“ übermitteln. Die angedrohten finanziellen

Sanktionen reichen von 20.000 bis höchstens 500.000 Euro.

Dementsprechend liegt eine Doppelhaftung der Geschäftsführung aus dem gleichen Sachverhalt vor und verletzt implizit in der Anwendung den Grundsatz der Doppelbestrafung.

Der Grundsatz „ne bis in idem“ (lat.: „nicht zweimal in derselben Sache“) ist eine zentrale strafprozessuale Verfahrensgarantie des Art. 103 Abs. 3 GG und besagt, dass niemand wegen derselben Handlung zweimal bestraft werden darf. Daneben ist der Rechtsgrundsatz auch international in weiten Teilen anerkannt und findet sich in verschiedenen Vertragswerken des internationalen Rechts (z.B. Art. 4 des Protokolls Nr. 7 zur Europäischen Menschenrechtskonvention).

J. Entbürokratisierung: Harmonisierung von Meldefristen

In den Krankenhäusern bestehen bereits umfassende Meldepflichten und Datenlieferungen, welche zudem auf der Einzelarbeitsebene durch kleinteilige Regelungen wie der Prüfverfahrensvereinbarung zur Abrechnungsprüfung ergänzt werden.

Nachfolgende Übersicht zeigt die bestehenden Abgabefristen zu den dem Transparenzbericht zu Grunde liegenden Routinedaten und DeQS-Daten (vgl. auch orientierende Übersicht zu Meldepflichten der Krankenhäuser in Anlage A):

- §21-Daten (KHEntgG): 31.3. eines Jahres
- §21-Daten unterjährig (§24 Abs. 3b KHG / GVWG): 15.1., 15.6., 15.10. eines Jahres
- Abgabefristen QS-DeQS-Daten: QI: 15.5., QII: 15.8., QIII: 15.11., QIV: 28.2. (Gesamtjahr)
- PpUG (§ 137i Abs. 4 SGB V): 30.3., 30.6., 30.9., 31.12. eines jeden Jahres

Zur Entbürokratisierung sollten redundante Lieferungen eliminiert und wiederkehrende Liefertermine synchronisiert werden.

Anhang A: Übersicht bereits bestehender Meldefristen in Krankenhäusern (Auszug)

Bereich	Frist	Bezeichnung	Empfänger der Meldung	Rückmeldefristen/ Folgefristen	Intervall	Grundlage
PpUGV	15.01.	Quartalsmeldung PpUG und Meldung nicht erfüllter Schichten für 4. Quartal des Vorjahres	InEK / Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG	Übermittlung der durch InEK gekennzeichneten Daten innerhalb einer Woche an die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG		§ 3 Abs. 5 und 6 bzw. Abs.6 und 7 und § 4 Abs. 2 PpUG-Nachweis-Vereinbarung; § 7 Abs. 1 PpUGV
§ 21 KHEntgG	15.01.	Datenlieferung nach § 21 KHG (verkürzter Datensatz): Fälle mit Entlassung im Vorjahr	InEK	Datenannahme ab 20.12.		§ 21 Abs. 3b KHEntgG
Qualitäts-Richtlinien	15.01.	Strukturabfrage Perinatalzentren und perinatale Schwerpunkte (Level 1 bis 3)	IQTIG	Konformitätserklärung zur Richtigkeit der Angaben bis 01.03. / Korrektur bei Anforderung durch IQTIG bis 01.03. (ab 2023 jeweils zum 31.01)	jährlich	§ 10 QFR-RL
Psychiatrie	15.02.	Nachweis Einhaltung Mindestvorgaben PPP-RL; Quartalsmeldung für 4. Quartal des Vorjahres inkl. Erklärung über Richtigkeit der Daten	IQTIG (Nachweis Anlage 3 Teil A und B), Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen (nur Nachweis Anlage 3 Teil A), <u>nur bei Nicht-Einhaltung der Mindestvorgaben</u> auch	Korrektur bei Anforderung durch IQTIG bis 01.03.	jährlich bis einschl. 2024	§ 11 Abs. 1, 2, 8, 12 und 13 Nr. 1 bis 3 und 5 PPP-RL (für 2020 bis 2022 auch § 16 Abs. 5 PPP-RL)

Bereich	Frist	Bezeichnung	Empfänger der Meldung	Rückmeldefristen/ Folgefristen	Intervall	Grundlage
			an die zuständige Landesaufsichtsbehörde (nur Nachweis Anlage 3 Teil A)			
Qualitäts-Richtlinien	15.02.	Meldung 4. Quartal des Vorjahres für Verfahren gem. DEQS-RL	Datenannahmestelle	Korrekturfrist bis 22.02. für Gesamtjahr		Teil 2 DEQS-RL: i.d.R. § 16 der Regelungen je Verfahren
Zuschläge/Förderprogramm	28.02.	WP-Bestätigung zum Hebammen-Förderprogramm 2021-2023	Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG		jährlich, 2022 - 2024	§ 4 Abs. 10 KHEntgG
Sonstiges	28.02.	Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung der ICD-/OPS-Kataloge	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)		jährlich	
Transplantation und Transfusion	01.03.	Dokumentationsbericht für das abgelaufene Kalenderjahr (Berichtszeitraum 01.01. - 31.12.)	Paul-Ehrlich-Institut über die TPG-Onlinedatenbank https://regis-ter.pei.de/tpg/login		jährlich	§ 8d Abs. 3 Transplantationsgesetz
Transplantation und Transfusion	01.01. - 01.03.	Verbrauchs- und Verfallsmeldung von Blutprodukten (Berichtszeitraum 01.01. - 31.12.)	Paul-Ehrlich-Institut über die TPG-Onlinedatenbank https://www.tfg.pei.de/tfg/index.html		jährlich	§ 21 Abs. 1 Transfusionschutzgesetz

Bereich	Frist	Bezeichnung	Empfänger der Meldung	Rückmeldefristen/ Folgefristen	Intervall	Grundlage
Transplantation und Transfusion	15.03.	Freistellungsmeldung des Transplantationsbeauftragten	DSO		jährlich	§3 Abs. 5 TxB-Vereinbarung
Zuschläge/Förderprogramm	15.03.	Fallzahlmeldung für DRG-Systemzuschlag	InEK		jährlich	§ 2 Vereinbarung zur Umsetzung des DRG-Systemzuschlags
Zuschläge/Förderprogramm	15.03.	Fallzahlmeldung für Systemzuschlag G-BA, IQWiG, IQTiG	G-BA		jährlich	§§ 91 Absatz 3, 139a, 137a in Verbindung mit § 139c SGB V
§ 21 KHEntgG	31.03.	Datenlieferung nach § 21 KHEntgG	InEK	Beginn der Datenanahme: 01.03., Sanktionsfreie Erstlieferung bis 21.04. möglich, aber nicht empfohlen, Letzter Annahmetag für die Korrekturlieferung: 29.04 (4 Wochen nach dem Eingang des Fehlerprotokolls)		§ 21 Abs. 1 KHEntgG; Vereinbarung nach § 21 Abs. 4 und 5 KHEntgG
Psychiatrie	31.03.	Psych-Personal-Nachweis: Tatsächliche Stellenbesetzung und zweckentsprechende Mittelverwendung einschl. WP-Bestätigung	InEK und Vertragsparteien nach § 11 BPfIV (Anlage Psych-Personal-Nachweisvereinbarung)	Nachmeldefrist: 31.05.	jährlich	§ 18 Abs. 2 Sätze 3 bis 6 BPfIV; § 9 Abs. 1 und 2 Psych-Personal-Nachweisvereinbarung

Bereich	Frist	Bezeichnung	Empfänger der Meldung	Rückmeldefristen/ Folgefristen	Intervall	Grundlage
Psychiatrie		Psych-Personal-Nachweis: Umsetzungsgrad	InEK (Nachweis PPP-RL Anlage 3 Tab. A5.1 und A5.2)	Nachmeldefrist: 31.05.	jährlich	§ 18 Abs. 2 Sätze 3 bis 6 BpflV; § 8 und 9 Abs. 6 Psych-Personal-Nachweisvereinbarung
Psychiatrie	31.03.	Übermittlung von Struktur- und Leistungsberichten der Psychosomatischen Institutsambulanz (PsIA) gem. § 118 Abs. 3 SGB V	Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, Deutsches Krankenhaus Institut (Elektronische Dokumentenvorlage)		jährlich	§ 9 Abs. 1 der Anlage 2 der PIA-Vereinbarung
Psychiatrie	31.03.	Übermittlung personeller Kapazitäten in psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA)	Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, Landeskrankenhausesellschaften (Anlage 3 der PIA-Doku-Vereinbarung)		jährlich	§ 6 PIA Doku-Vereinbarung
Sonstiges	31.03.	Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des DRG/PEPP-Systems 2023	InEK		jährlich	
Krankenhausstatistik	01.04.	Meldung zur Krankenhausstatistik (außer "Kostendaten")	Landesstatistikämter		jährlich	§ 5 KHStatV
PpUGV	15.04.	Quartalsmeldung PpUG und Meldung nicht erfüllter Schichten für 1. Quartal	InEK / Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG	Übermittlung der durch InEK gekennzeichneten Daten innerhalb einer		§ 3 Abs. 5 und 6 bzw. Abs.6 und 7 und § 4 Abs. 2

Bereich	Frist	Bezeichnung	Empfänger der Meldung	Rückmeldefristen/ Folgefristen	Intervall	Grundlage
				Woche an die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG		PpUG-Nachweis-Vereinbarung; § 7 Abs. 1 PPUGV
Qualitäts-Richtlinien	15.04.	Meldung 1. Quartal für Verfahren gem. DEQS-RL	Datenannahmestelle	Korrekturfrist bis 22.02. für Gesamtjahr		Teil 2 DEQS-RL: i.d.R. § 16 der Regelungen je Verfahren
Psychiatrie	15.05.	Nachweis Einhaltung Mindestvorgaben PPP-RL; Quartalsmeldung für 1. Quartal inkl. Erklärung über Richtigkeit der Daten	IQTIG (Nachweis Anlage 3 Teil A und B), Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen (nur Nachweis Anlage 3 Teil A), <u>nur bei Nicht-Einhaltung der Mindestvorgaben</u> auch an die zuständige Landesaufsichtsbehörde (nur Nachweis Anlage 3 Teil A)	Korrektur bei Anforderung durch IQTIG bis 01.06.	jährlich bis einschl. 2024	§ 11 Abs. 1, 2, 8, 12 und 13 Nr. 1 bis 3 und 5 PPP-RL (für 2020 bis 2022 auch § 16 Abs. 5 PPP-RL)
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	30.04.	Anfrage NUB (DRG und PEPP) - ausschließlich für Anfragen die sich auf eine Methode beziehen, die die Abgabe von Arzneimitteln für neuartige Therapien im Sinne von § 4 Abs. 9 AMG (ATMP) enthalten	InEK	30.06. des laufenden Jahres: Bekanntgabe InEK	jährlich	Verfahrenseckpunkte der Vertragsparteien auf Bundesebene zu NUB

Bereich	Frist	Bezeichnung	Empfänger der Meldung	Rückmeldefristen/ Folgefristen	Intervall	Grundlage
Ausbildung nach § 33 PflBG	15.06.	Ausbildung nach PflBG: Jahresschätzmeldung durch Pflegeschulen und Träger der praktischen Ausbildung	zuständige Stelle (La-GeSo)		jährlich	§ 5 Abs. 1 PflAFinV
§ 21 KHEntgG	15.06.	Datenlieferung nach § 21 KHEntgG (verkürzter Datensatz): Fälle mit Entlassung 01.01.-31.05.	InEK	Datenannahme ab 28.05.		§ 21 Abs. 3b KHEntgG
Krankenhausstatistik	30.06.	Meldung "Kostendaten" der Krankenhausstatistik	Landesstatistikämter		jährlich	§ 5 KHStatV
Ausbildung nach § 33 PflBG	30.06.	Ausbildung nach PflBG: Abrechnung der Umlagebeträge (alle KH)	zuständige Stelle (La-GeSo)		jährlich	§ 17 Abs. 1 PflAFinV
Ausbildung nach § 33 PflBG	30.06.	Ausbildung nach PflBG: Abrechnung der Ausgleichszuweisungen (nur Träger der praktischen Ausbildung und Pflegeschulen)	zuständige Stelle (La-GeSo)		jährlich	§ 16 Abs. 1 PflAFinV
Tarifrate	30.06.	Bestätigung der zweckentsprechenden Mittelverwendung einer auf Bundesebene vereinbarten Tarifrate	Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG bzw. § 11 BPfIV		jährlich bei Vereinbarung einer Tarifrate	§ 4 Abs. 1 Tarifraten-Pflegepersonalkostennachweisvereinbarung (TPP-V)
Transplantation und	30.06.	Datenmeldung zu Todesfällen mit primärer und sekundärer Hirnschädigung	DSO		jährlich	§ 8 Abs. 2 TxB-Vereinbarung

Bereich	Frist	Bezeichnung	Empfänger der Meldung	Rückmeldefristen/ Folgefristen	Intervall	Grundlage
Transfusion						
STROPS-RL	30.06.	Prüfantrag OPS-Strukturmerkmale für bereits erbrachte OPS (turnusmäßige Prüfung)	MD	Prüfverfahren gem. STROPS-RL	i.d.R. alle 2 Jahre, in Ausnahmefällen: jährlich	RL des MDS nach § 283 Abs. 2 S.1 Nr. 3 SGB V (STROPS-RL)
PpUGV	30.06.	PpUG Jahresmeldung inkl. Bestätigung eines Wirtschaftsprüfers	InEK / Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG / Gesundheitssenatsverwaltung	Übermittlung der durch InEK gekennzeichneten Daten innerhalb einer Woche an die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG	jährlich	§ 5 Abs. 4 PPUGV
Transplantation und Transfusion	01.07.	Meldepflicht der behandelten Hämophiliepatient:innen (Berichtszeitraum 01.01. - 31.12.)	Deutsches Hämophileregister über das Online-Meldeportal des Paul Ehrlich-Instituts https://dhr2.pei.de/Default.aspx?ReturnUrl=%2fWeb%2fFaelle_Responsive.aspx		jährlich	§ 21 Abs. 1a Transfusionschutzgesetz
PpUGV	07.07.	PpUG Personalverlagerungen	Weiterleitung der Mitteilung des InEK zu Personalverlagerungen innerhalb einer Woche (VB 2020) an die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG		jährlich	§ 6 Abs. 3 bzw. Abs. 2 (VB 2020) PpUG-Nachweisvereinbarung

Bereich	Frist	Bezeichnung	Empfänger der Meldung	Rückmeldefristen/ Folgefristen	Intervall	Grundlage
PpUGV	15.07.	Quartalsmeldung PpUG und Meldung nicht erfüllter Schichten für 2. Quartal	InEK / Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG	Übermittlung der durch InEK gekennzeichneten Daten innerhalb einer Woche an die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG		§ 3 Abs. 5 und 6 bzw. Abs.6 und 7 und § 4 Abs. 2 PpUG-Nachweis-Vereinbarung ; § 7 Abs. 1 PpUGV
Qualitäts-Richtlinien	15.07.	Meldung 2. Quartal für Verfahren gem. DEQS-RL	Datenannahmestelle	Korrekturfrist bis 22.02. für Gesamtjahr		Teil 2 DEQS-RL: i.d.R. § 16 der Regelungen je Verfahren
Qualitäts-Richtlinien	07.08.	Mindestmengenprognose für Folgejahr	Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen	bis 07.10. Rückmeldung der Kassen; Abweichung bei erneuter oder erstmaliger Leistungserbringung	jährlich	§ 5 Abs. 1 und 5 Mm-R
Psychiatrie	15.08.	Nachweis Einhaltung Mindestvorgaben PPP-RL; Quartalsmeldung für 2. Quartal inkl. Erklärung über Richtigkeit der Daten	IQTIG (Nachweis Anlage 3 Teil A und B), Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen (nur Nachweis Anlage 3 Teil A), <u>nur bei Nicht-Einhaltung der Mindestvorgaben</u> auch an die zuständige Landesaufsichtsbehörde (nur Nachweis Anlage 3 Teil A)	Korrektur bei Anforderung durch IQTIG bis 01.09.	jährlich bis einschl. 2024	§ 11 Abs. 1, 2, 8, 12 und 13 Nr. 1 bis 3 und 5 PPP-RL (für 2020 bis 2022 auch § 16 Abs. 5 PPP-RL)

Bereich	Frist	Bezeichnung	Empfänger der Meldung	Rückmeldefristen/ Folgefristen	Intervall	Grundlage
Pflegebudget	30.09.	JAP-Nachweis Pflegebudget	InEK und Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG	für Budgetjahr 2020 sanktionsfreie Nachlieferung bis 15.02.2022 bzw. 4 Wochen nach Vereinbarung, sofern noch keine Vb. vorliegt	jährlich	§ 6a Abs. 3 Satz 3 KHEntgG; Vereinbarung InEK - GKV-SV
STROPS-RL	30.09.	Prüfantrag OPS-Strukturmerkmale für erstmalig oder erneut zu erbringende OPS (erstmalige Prüfung)	MD	Prüfverfahren gem. STROPS-RL	jährlich	RL des MDS nach § 283 Abs. 2 S.1 Nr. 3 SGB V (STROPS-RL)
Sonstiges	September/Oktober	Umfrage zum Landesbasisfallwert	BKG		jährlich	§ 10 KHEntgG
Investitionsfinanzierung	01.10.	Nachweis der verwendeten Fördermittel ist jeweils bis zum 1. Oktober des Folgejahres zu erbringen und mit einem Wirtschaftsprüferstat zu versehen	Landesebene		jährlich	§ 8 Absatz 5 Satz 2 LKG in Verbindung mit § 17 Absatz 1 KhföVO
Investitionsfinanzierung	01.10.	Jede Neubau-, Umbau- und Erweiterungsbaumaßnahme, für die Investitionskosten nach § 10 Absatz 1 Nummer 1 LKG entstehen, ist anzuzeigen (Prüfung bei > 5 Millionen Euro und über 50 % Investfinanzierung)	Landesebene		jährlich	§ 10 Abs. 2 LKG

Bereich	Frist	Bezeichnung	Empfänger der Meldung	Rückmeldefristen/ Folgefristen	Intervall	Grundlage
PpUGV	15.10.	Quartalsmeldung PpUG und Meldung nicht erfüllter Schichten für 3. Quartal	InEK / Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG	Übermittlung der durch InEK gekennzeichneten Daten innerhalb einer Woche an die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG		§ 3 Abs. 5 und 6 bzw. Abs.6 und 7 und § 4 Abs. 2 PpUG-Nachweis-Vereinbarung; § 7 Abs. 1 PpUGV
§ 21 KHEntgG	15.10.	Datenlieferung § 21 KHEntgG (verkürzter Datensatz): Fälle mit Entlassung 01.01.-30.09.	InEK	Datenannahme ab 28.09.		§ 21 Abs. 3b KHEntgG
Qualitäts-Richtlinien	15.10.-15.11.	Abgabe Qualitätsbericht (Teil A, B, C-2ff.)	Annahmestelle der GKV/PKV	Nach-, Ersatz- oder Korrekturlieferungen bis 15.12.	jährlich	§ 8 Abs. 3 Satz 1 Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	31.10.	Anfrage NUB (DRG und PEPP)	InEK	31.01. des Folgejahres: Bekanntgabe InEK	jährlich	Verfahrenseckpunkte der Vertragsparteien auf Bundesebene zu NUB
Sonstiges	01.11.	Meldung abgesenkte / abgestufte DRGs I68/D/E/F	InEK		jährlich	§ 1 Abs. 1 der Ergänzungsvereinbarung zur Vereinbarung gem. § 17b Abs. 1 Satz 5 zweiter HS KHG

Bereich	Frist	Bezeichnung	Empfänger der Meldung	Rückmeldefristen/ Folgefristen	Intervall	Grundlage
						i. V. m. § 9 Abs. 1c KHEntgG
Psychiatrie	15.11.	Nachweis Einhaltung Mindestvorgaben PPP-RL; Quartalsmeldung für 3. Quartal inkl. Erklärung über Richtigkeit der Daten	IQTIG (Nachweis Anlage 3 Teil A und B), Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen (nur Nachweis Anlage 3 Teil A), <u>nur bei Nicht-Einhaltung der Mindestvorgaben</u> auch an die zuständige Landesaufsichtsbehörde (nur Nachweis Anlage 3 Teil A)	Korrektur bei Anforderung durch IQTIG bis 01.12.	jährlich bis einschl. 2024	§ 11 Abs. 1, 2, 8, 12 und 13 Nr. 1 bis 3 und 5 PPP-RL (für 2020 bis 2022 auch § 16 Abs. 5 PPP-RL)
Qualitäts-Richtlinien	15.10.	Meldung 3. Quartal für Verfahren gem. DEQS-RL	Datenannahmestelle	Korrekturfrist bis 22.02. für Gesamtjahr		Teil 2 DEQS-RL: i.d.R. § 16 der Regelungen je Verfahren
PpUGV	30.11.	Einspruchsfrist PpUG (Ermittlung pflegesensitiver Bereiche durch InEK zum 15.11.)	InEK	Rückmeldung InEK bis 15.12.	jährlich	§ 5 Abs. 2 PpUGV
PpUGV	15.12.	Anzeige des Wegfalls pflegesensitiver Bereiche	InEK		jährlich	§ 5 Abs. 4 PpUGV
PpUGV	15.12.	Stationsmeldung PpUG	InEK, Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG		jährlich	§ 5 Abs. 3 PpUGV

Bereich	Frist	Bezeichnung	Empfänger der Meldung	Rückmeldefristen/ Folgefristen	Intervall	Grundlage
STROPS-RL	31.12.	Übersendung der Bescheinigungen über durchgeführte Strukturprüfungen	Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen		jährlich	§ 275d Abs. 3 S. 1 und 2 SGB V
Psychiatrie	kein fester Zeitpunkt/21 Tage nach vorliegender Genehmigung der BV	Psych-Krankenhausvergleich: Übermittlung der Vereinbarungsdaten	InEK		jährlich	§ 7 Abs. 1 Psych-Krankenhausvergleichsvereinbarung
Zuschläge/Förderprogramm	mind. 4 Wochen vor Budgetverhandlung	Anzeige der Verhandlung eines Zentrumszuschlages	InEK	innerhalb von 4 Wochen Mitteilung eines Vertragskennzeichens durch InEK	jährlich	§ 5 Abs. 1 und 2 Zentrumsvereinbarung
Zuschläge/Förderprogramm	kein fester Zeitpunkt/Budgetverhandlung	WP-Bestätigung zum Hygieneförderprogramm	Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG		jährlich	§ 4 Abs. 9 Satz 8 i.V. m. Abs. 8 Satz 9 KHEntgG

Bereich	Frist	Bezeichnung	Empfänger der Meldung	Rückmeldefristen/ Folgefristen	Intervall	Grundlage
Zuschläge/Förderprogramm	kein fester Zeitpunkt/Budgetverhandlung	WP-Bestätigung zum Förderprogramm Vereinbarkeit Pflege, Familie, Beruf	Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG		jährlich	§ 4 Abs. 8a KHEntgG
Qualitätsrichtlinien	Budgetverhandlung, zumindest 1x jährlich	Checklisten zu div. Qualitätsrichtlinien des G-BA	Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG		jährlich	
Ausbildung nach § 33 PflBG	zum 10. eines Monats	Entrichtung der Umlagebeiträge an den Pflegeausbildungsfonds	zuständige Stelle (LaGeSo)		monatlich	Infoschreiben des LaGeSo
Ausbildung nach § 17a KHG	zum 15. eines Monats	Zahlung des Ausbildungszuschlags an den Ausbildungs-Ausgleichsfonds	Berliner Krankenhausgesellschaft		monatlich	Rahmenvereinbarung nach § 17 a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 bis 3 KHG der BKG und GKV

Bereich	Frist	Bezeichnung	Empfänger der Meldung	Rückmeldefristen/ Folgefristen	Intervall	Grundlage
Ausbildung nach § 17a KHG	kein fester Zeitpunkt/ Budgetverhandlung	Eine vom JAP bestätigte Aufstellung für das abgelaufene Jahr über die Einnahmen aus dem Ausgleichsfonds und den in Rechnung gestellten Zuschlägen, über Erlösabweichungen zum vereinbarten Ausbildungsbudget und über die zweckgebundene Verwendung der Mittel	Budgetverhandlung		jährlich	§ 17a Abs. 7 KHG
Ausbildung nach § 33 PflBG	kontinuierlich	Mitteilung über Änderungen bei Auszubildenden	zuständige Stelle (La-GeSo)		unverzüglich bei Änderungen	§ 5 Abs. 3 PflAFinV
STROPS-RL	kontinuierlich	Mitteilung über die Nichteinhaltung eines oder mehrerer der nachgewiesenen Strukturmerkmale über einen Zeitraum von mehr als einem Monat	Landesverbände der Krankenkassen, der Ersatzkassen und dem zuständigen MD		unverzüglich bei Feststellung	§ 275d Abs. 3 S. 3 SGB V
Sonstiges	Jahresabschluss	WP-Bestätigung über die Erlöse gem. § 4 Abs. 3 S. 7 KHEntgG/ § 3 Abs. 7 S. 6 BPfIV	Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG	für 2022 inkl. Bestätigung der abgerechneten Zu- und Abschläge aus Corona-Ausgleichsvereinbarung 2021	jährlich	§ 4 Abs. 3 S. 7 KHEntgG/ § 3 Abs. 7 S. 6 BPfIV, § 7 Abs. 3 Corona-Ausgleichsvereinbarung 2021

Anhang B: Synopse widersprüchlicher Regelungsinhalte KHTG/Eckpunktepapier

	Entwurf KHTG	Eckpunktepapier Krankenhausreform
Definition der Leistungsgruppen	<p>„Dafür wird der Bund die Krankenhäuser Versorgungsstufen (Level) zuordnen sowie die Verteilung der Leistungsgruppen auf die einzelnen Standorte transparent darlegen.“³⁶</p> <p>„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ordnet die Krankenhausstandorte auf der Grundlage der von den Krankenhäusern [...] zu und übermittelt diese Zuordnung sowie die durch die Länder erfolgte Zuordnung zu Level F und Level 1i [...].“</p> <p>Jeder Behandlungsfall muss eindeutig einer Leistungsgruppe zugeordnet werden. Grundlage hierfür sind die Festlegungen des InEK nach Absatz 3c (neu).</p> <p>In Absatz 3c wird die Rechtsgrundlage geschaffen, nach welcher das InEK die für die Zwecke des Transparenzverzeichnisses nach § 135d SGB V erforderlichen Daten den Leistungsgruppen.</p>	<p>Die erstmalige Definition der Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien erfolgt auf der Grundlage der in NRW eingeführten Leistungsgruppen zuzüglich folgender fünf ergänzender, fachlich gebotener Leistungsgruppen: Infektiologie, Notfallmedizin, spezielle Traumatologie, spezielle Kinder- und Jugendmedizin und der speziellen Kinder- und Jugendchirurgie und wird durch eine zustimmungsbedürftige Rechtsverordnung festgeschrieben.</p> <p>Die Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen mit Qualitätskriterien sowie das Recht auf Ergänzungen und Streichung erfolgt in der ersten Stufe auf Initiative von Bund und Ländern; beide Seiten haben ein Initiativrecht.</p> <p>Die wissenschaftliche Vorarbeit erfolgt nach Beauftragung von Bund und Ländern in einer zweiten Stufe durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM).</p> <p>Auf dieser medizinisch wissenschaftlichen Grundlage wird in einer dritten Stufe ein gesetzlich festgeschriebener Krankenhaus-Leistungsgruppen-Ausschuss mit der Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen beauftragt.</p> <p>Der Ausschuss wird geleitet von Bund und Ländern und daneben</p>

³⁶ S. 1.

		paritätisch besetzt von Bundesärztekammer, Vertreterinnen und Vertreter der Pflege und Deutscher Krankenhausgesellschaft einerseits und dem GKV-Spitzenverband andererseits. Die Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen erfolgten in der vierten Stufe durch eine Rechtsverordnung des BMG mit Zustimmung des Bundesrates “
Zuständigkeiten	<p>Übergangsweise sieht Satz 4 eine befristete Ausnahme von der Darstellung im Transparenzverzeichnis vor für Krankenhäuser in den Ländern, in denen die Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans bereits auf der Grundlage von Leistungsgruppen erfolgt und denen bereits bis zum ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens] von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde Leistungsgruppen zugewiesen wurden.</p> <p>Um mittelfristig eine bundeseinheitliche Zuordnung von Leistungsgruppen zu erreichen, gilt die Regelung nur befristet bis zum 31. Dezember 2025.</p>	Unberührt davon bleiben Möglichkeiten für Länder, in der Fläche eine bedarfsnotwendige stationäre Versorgung sicherzustellen.
Qualitätsverbünde/ Kooperationen	Keine Erwähnung von Kooperationen und Verbänden; ausschließlich Standortbezug	<p>Die zuständige Landesbehörde weist den Krankenhäusern einzelne Leistungsgruppen per Bescheid zu.</p> <p>Bei der Einhaltung der Qualitätsanforderungen können vertraglich vereinbarte Kooperationen und Verbünde berücksichtigt werden, um etablierte und qualitativ hochwertige Netzwerkstrukturen zu fördern und auszubauen. Dafür wird ausschließlich auf medizinischer Grundlage bundeseinheitlich in der Definition der Leistungsgruppen festgelegt, welche Kooperationsmöglichkeiten bzw. Verbundlösungen möglich und sinnvoll sein können.</p>

K. Empfehlung

1. Überprüfung Zweck-Mittel-Relation

Ziel des Krankenhaustransparenzgesetzes ist es, Bürgerinnen und Bürgern verständlich über die Qualität eines Krankenhauses zu informieren. Dementsprechend steht die Art der Kommunikation bestehender Qualitätsdaten im Vordergrund, nicht eine zusätzliche Erfassung von personenbezogenen Leistungsdaten. Die Zweck-Mittel-Relation sollte dringend geprüft und unter Berücksichtigung der Fehlanreize überarbeitet werden.

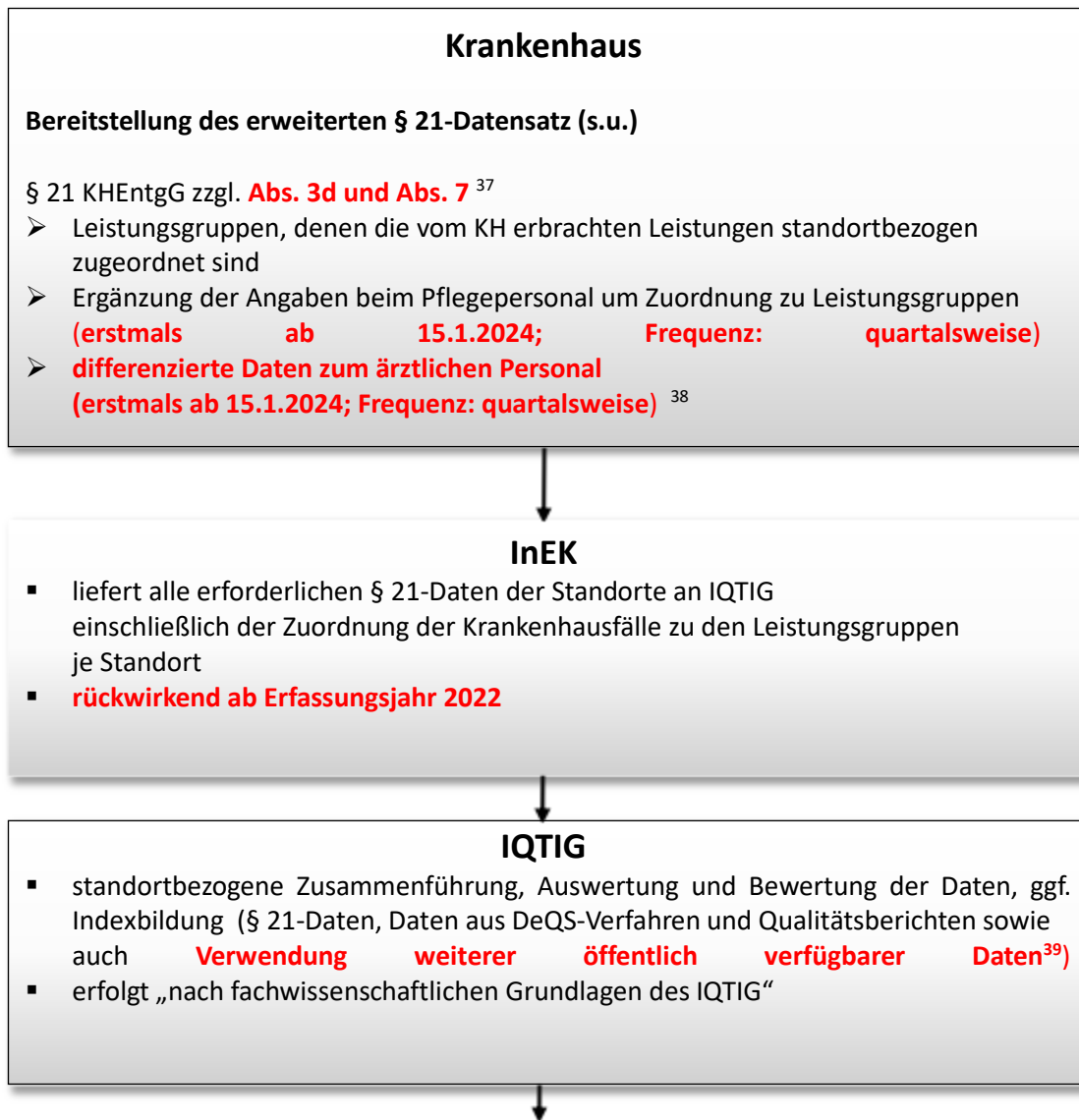
2. Vermeidung eines Kaltstarts und der Nebenwirkungen

Gerade weil Transparenzregister mit öffentlicher Beurteilung von Qualitätsangaben fair und justitiabel sein müssen, sind diese potentiellen Nebenwirkungen insbesondere bei der Konstruktion der Indikatoren, der Dokumentation und dem Controlling angemessen zu berücksichtigen. Ein Kaltstart gleichzeitig mit neuen, nur bei kooperativen Institutionen geprüften Indikatoren und mit neuen Anreizen birgt viel zu große Gefahren des Scheiterns.

Notwendig wären Maßnahmen gegen Nebenwirkungen des vorliegenden Gesetzentwurfs

- Wirksame Dokumentationskontrollen durch statistische Plausibilitätsprüfungen und Stichprobenverfahren gegen Fehlcodierung
- Präzise Indikationsindikatoren gegen unsachgemäße Leistungsausweitung wegen finanzieller Anreize;
- Prüfung von Qualitätsindikatoren auf ihr Potential, Fehlanreize zu setzen und ggf. Veranlassung von gegensteuernden Maßnahmen,
- Risikoadjustierung zur Minderung des Anreizes zum Therapieausschluss von Hochrisikopatienten
- Umfassendes Indikatorenset zum Ausschluss von Vernachlässigungen durch Fokussierung auf Qualitätskennzahlen

Anlage 2 – Schema zu weiteren Datenflüssen für das Transparenzverzeichnis



³⁷ Sind nicht veröffentlicht. Hier würde mit Verabschiedung bereits entgegen der Grundlagen der Legistik (Normkonkretisierung!) auf noch unbestimmte Rechtsgrundlagen verwiesen. Da die inhaltliche Ausgestaltung der zukünftigen § 21 Abs. 3d und 7 KHEntG zum Inkrafttreten nicht bekannt sind, ist das Gesetz in der vorgeschlagenen Form verfassungswidrig.

³⁸ Die angegebenen Fristen passen nicht zum Prozess der Zuweisung der Leistungsgruppen zu Krankenhäusern. 2026 soll bundeseinheitlich die Regelung des KHTG gelten: S. 20: „Um mittelfristig eine bundeseinheitliche Zuordnung von Leistungsgruppen zu Krankenhäusern zu erreichen, gilt die Regelung nur befristet bis zum 31. Dezember 2025.“ Für NRW gäbe es sonst den landeseigenen Weg und zusätzlich die bundeseinheitliche Meldung an das InEK.

³⁹ Öffentlich ist ein unbestimmter Rechtsbegriff. Verfügbar ist alles, was im Internet geschrieben oder in Printmedien gedruckt wurde. Als Mindestanforderung sind Kriterien zu benennen, welche Art von öffentlichen Daten genutzt werden sollen und welche qualitativen Anforderungen an die Seriosität der Datenquelle gestellt werden.

TRANSPARENZVERZEICHNIS

- wird durch eine vom BMG benannte Stelle geführt
- **erstmalige Veröffentlichung zum 1.4.2024⁴⁰**
- insbesondere mit folgenden standortbezogenen Informationen:
 - Versorgungsstufe (Level)
 - erbrachte Leistungen, differenziert nach Leistungsgruppen mit der jeweils erbrachten Fallzahl
 - **personelle Ausstattung je Leistungsgruppe im Verhältnis zum Leistungsumfang⁴¹**
 - patientenrelevante Ergebnisse aus den gesetzlich verpflichtenden, datengestützten QS-Verfahren

⁴⁰ **Objektive Unmöglichkeit der Leistungserbringung. Die Leistungsgruppen sind nicht bestimmt, Personaldaten müssten aber aufgrund der Auswertefrist im letzten Quartal 2023 erfasst werden.**

⁴¹ Die Zuordnung der personellen Ausstattung zu Leistungsgruppen ist aus Gründen der Krankenhausorganisation nur für wenige Leistungsgruppen möglich. Leistungsgruppen wie „allgemeine Innere Medizin“ oder „Allgemeine Chirurgie“ sind im Verständnis des Medizincontrollings „Resteklassen“, d.h. unbestimmt. Das bedeutet, dass alle Behandlungen, die nicht durch Herausnahme der OPS und Zuordnung zu einer anderen Leistungsgruppe gekennzeichnet sind, in der Basisleistungsgruppe verbleiben.