



VERBAND DER UNIVERSITÄTSKLINIKA DEUTSCHLANDS

STELLUNGNAHME

des Verbandes der
Universitätsklinika
Deutschlands (VUD)

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

September 2023

Inhalt

I. Generelle Anmerkungen	3
II. Zu den Regelungen im Einzelnen	5
III. Weiterer Handlungsbedarf	8

I. Generelle Anmerkungen

Die Universitätsklinik unterstützen grundsätzlich das Bestreben der Bundesregierung und des Gesetzgebers, die Transparenz über Leistungsbereiche in der Krankenhausversorgung zu erhöhen. Ein Krankenhaustransparenzgesetz kann daher einen Beitrag zu mehr Übersichtlichkeit über das Leistungsangebot der Krankenhäuser und somit einer verbesserten Informationslage für die Patienten leisten. Hierfür auch Versorgungsstufen zu Grunde zu legen, wie sie auch der Koalitionsvertrag als Merkmal einer gestuften Versorgung vorsieht, ist ein sachgerechter Ansatz. Mit der dezidierten Versorgungsstufe für Universitätsklinik (Level 3U) können Bürger erkennen, in welchen Einrichtungen neben einer umfassenden Maximalversorgung auch Forschung, Translation und innovative Medizin Hand in Hand gehen. Dies ist sehr zu begrüßen.

Mit dem Transparenzverzeichnis auch Informationen über die Qualität der Versorgung zur Verfügung zu stellen, ist nachvollziehbar und gleichzeitig auch ambitioniert. Entscheidend hierfür ist eine sorgsame, von der wissenschaftlichen Community getragene Umsetzung. Alle Ergebnisdarstellungen müssen auf einer fundierten, wissenschaftlich entwickelten risikoadjustierten Bewertung der Qualität beruhen. Eine Risikoadjustierung für medizinische Leistungen ist bekanntermaßen sehr anspruchsvoll. Die in Deutschland aktuell verwendeten Messinstrumente können die Risikoadjustierung noch nicht hinreichend abbilden. Insbesondere bestehen dann große Herausforderungen, wenn auf Routinedaten zurückgegriffen wird. Der Gesetzentwurf lässt offen, wie eine sachgerechte und möglichst verzerrungsfreie Qualitätsdarstellung erfolgen soll. Für eine angemessene Risikoadjustierung ist ein umfassender methodischer Ansatz notwendig, der allgemein wissenschaftlich akzeptiert ist und der insbesondere auch Fehlanreize, wie die Vermeidung von komplikations- und risikobehafteten Behandlungen, verhindert. Andernfalls wird die Versorgung in Universitätsklinik und anderen Einrichtungen, die sich solchen Behandlungen widmen, in ein falsches Licht gerückt. Daher muss gerade mit Blick auf diese Herausforderung für das Transparenzverzeichnis ein dezidiertes wissenschaftliches Expertenstab installiert werden, der dessen Umsetzung unterstützt.

Die im Gesetzentwurf stehenden 65 Leistungsgruppen auf Basis der Krankenhausplanung NRW sind allenfalls ein erster Schritt. Mit dem Gesetzentwurf werden noch keine Qualitätsanforderungen definiert. Es ist dringend sicherzustellen, dass bezogen auf die Qualitätsanforderungen und auf die Ausdifferenzierung der Leistungsgruppen eine Weiterentwicklung erfolgen muss.

Spätestens mit Umsetzung der Krankenhausreform muss dringend ein Weg gefunden werden, um zeitnah verbindlich die Weiterentwicklung und notwendige Qualitätsanforderungen, wie z.B. eine 24/7-Versorgung, zu gewährleisten.

Im Koalitionsvertrag ist auch ein Abbau von Bürokratie vereinbart. Nicht zuletzt gilt dies auch für das Gesundheitswesen und die Krankenhausreform. Es muss daher sichergestellt werden,

dass bei einer späteren Definition der Leistungsgruppen klar geregelt wird, dass u.a. G-BA-Richtlinien mit der Formulierung von Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen automatisch obsolet werden. Ein weiterer kurzfristiger Aufbau neuer bürokratischer Maßnahmen ist abzulehnen, wenn nicht gleichzeitig eine umfangreiche Reduktion von Nachweis- und Dokumentationspflichten erfolgt. Es muss dringend verhindert werden, dass angesichts des Fachkräftemangels noch mehr Personal durch administrative Aufgaben gebunden wird und damit nicht für die Patientenversorgung zur Verfügung steht.

II. Zu den Regelungen im Einzelnen

Zu Artikel 1 Nr. 1

Zu § 135d Abs. 2 SGB V - E

Sachverhalt:

Das IQTIG übernimmt die für das Transparenzverzeichnis erforderliche Datenaufbereitung. Dabei darf das IQTIG auch weitere Daten verwenden, zusammenführen und verarbeiten. Satz 2 berechtigt das IQTIG, u.a. Daten des InEK auszuwerten und eigene Auswertungen vorzunehmen, wenn die sachliche Richtigkeit sichergestellt ist.

Bewertung:

- Während in der Begründung zum Referentenentwurf noch vorgesehen war, dass eine angemessene Risikoadjustierung der Daten zu erfolgen hat, ist diese Regelung nun im Gesetzentwurf sowie in der Gesetzesbegründung entfallen. Für Universitätsklinika ist es nicht akzeptabel, dass ein Transparenzverzeichnis Qualitätskennzahlen ohne Risikoadjustierung enthalten kann.
- Eine wissenschaftlich fundierte Risikoadjustierung ist in einem Transparenzverzeichnis von enormer Bedeutung, insbesondere wenn das Transparenzverzeichnis mittelbar durch das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht wird. Hier besteht - auch durch internationale Beispiele bekannt - ein erhebliches Risiko einer Nichtbehandlung bei erhöhten Risikokonstellationen oder ein erhebliches Bias in der Ergebnisdarstellung durch Verlegungen bzw. durch Aufnahmeverpflichtungen. Die Gefahr einer nicht angemessenen Risikoadjustierung besteht insbesondere bei der Verwendung von Abrechnungsdaten, die deshalb besondere Sorgfaltspflichten erfordern. Die Abrechnungsdaten (§21-Daten) bilden bekanntermaßen nicht zwingend die „medizinische Realität“ ab, sondern folgen in erster Linie der Logik des deutschen DRG-Systems, der zugehörigen Kodierregeln und der MD-Prüfpraxis. Gleichzeitig sind wesentliche Kodierungen mit besonderem Informationsgehalt über Risiken bzw. Komplikationen aktuell nicht möglich (z.B. Kodierungen zur Krankheitsschwere, Kodierung, ob Patientenverfügungen mit Therapielimitationen bzw. Therapiebeendigungen vorliegen, present on admission (POA) bzw. present on discharge (POD), Fehlen von TNM-Klassifikationen und Grading bei onkologischen Erkrankungen, etc.).
- Aus dem Erfordernis zur besonderen Sorgfalt und aus der erforderlichen Limitation der Abrechnungsdaten und der QS-Daten muss entweder beim IQTIG oder beim Transparenzverzeichnis ein dezidierter wissenschaftlicher Expertenstab eingerichtet werden, um die wissenschaftliche Geeignetheit zur Veröffentlichung zu bewerten und zu validieren.
- Zudem ist eine Clearingstelle einzurichten, um Einwände der Krankenhäuser gegen die vom IQTIG zusammengestellten Ergebnisse zeitnah zu bearbeiten und zu

entscheiden. Da der Gesetzentwurf bislang nur den Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit zulässt, ist dies allein schon zur Verfahrensbeschleunigung und Entlastung der Gerichte erforderlich. Zudem sollte sich die Clearingstelle auch mit den Einwänden gegen die Ergebnisse der Qualitätssicherungsverfahren nach § 136 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V bzw. weiterer Auswertungen befassen (Fehler beim IQTIG, fehlende Korrektur beim IQTIG bzw. Einwände gegenüber den Bewertungen im strukturierten Dialog bei den Qualitätssicherungsverfahren).

- Wesentliche Erkenntnisse aus den Clearing-Verfahren sind dem wissenschaftlichen Expertenstab zur Kenntnis zu geben.

Zu § 135d Abs. 3 und 4 SGB V - E (wie auch in § 21 Abs. 2 und 3d KHEntgG-E):

Sachverhalt:

Im Transparenzverzeichnis sollen standortbezogen u.a. die zugeordneten Versorgungsstufen und die entsprechenden Fallzahlen zugeordnet werden.

Bewertung:

Das Ausweisen von Versorgungsstufen im Transparenzverzeichnis ist ein sachgerechter Ansatz, um die Hierarchisierung und die Komplexität der Leistungserbringung niedrigschwellig abzubilden. Damit wird auch der Koalitionsvertrag umgesetzt. Die dezidierte Versorgungsstufe für Universitätsklinika (Level 3U) ist sachgerecht. Damit können Bürger erkennen, in welchen Einrichtungen neben einer umfassenden Maximalversorgung auch Forschung, Translation und innovative Medizin Hand in Hand gehen. Dies unterstützt die Zielsetzung des Transparenzverzeichnisses.

Das Transparenzverzeichnis nimmt als Bezugspunkt den Standort gemäß der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner. Dabei ist zu berücksichtigen, dass insbesondere Universitätsklinika und Krankenhäuser der Maximalversorgung interdisziplinär an mehreren Behandlungsorten versorgen. Aufgrund der räumlichen Begrenzung im städtischen Umfeld sind große Krankenhäuser gezwungen, Versorgungsangebote auf unterschiedliche Standorte aufzuteilen.

Die Bürger werden nicht verstehen, warum gerade große Krankenhäuser mehrfach und ggf. mit Zuordnungen zu unterschiedlichen Versorgungsstufen im Transparenzverzeichnis ausgewiesen werden. Daher sollte geprüft werden, ob im Sinne einer besseren Nachvollziehbarkeit für die Bürger anstelle des Standortbezugs im Transparenzverzeichnis und bei der Zuordnung von Versorgungsstufen auf das Krankenhaus als Ganzes Bezug genommen werden soll.

Zu Artikel 1 Nr. 4

Zu § 299 Abs. 7 SGB V - E:

Sachverhalt:

Demnach ist das IQTIG befugt, personenbezogene Daten der Versicherten zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis zusammenzuführen und zu verarbeiten.

Bewertung:

Es ist zwingend datenschutzrechtlich zu prüfen, ob das IQTIG hier tatsächlich personenbezogene Daten der Versicherten zusammenführen darf oder ob dies nicht über eine Vertrauensstelle zu erfolgen hat.

Zu Artikel 1 Nr. 7

Zur Anlage 2 zu § 135d SGB V - E:

Generelle Anmerkungen:

Die aktuell vorhandenen Leistungsgruppen (LG) sind eine wichtige Grundlage, die aber nach erstmaliger Veröffentlichung einer zeitnahen Überarbeitung bedarf, um sie homogener auszugestalten und gleichzeitig, um weitere wichtige Leistungen zu ergänzen. Folgende Beispiele sollen dies verdeutlichen:

- Mit der LG 58 (Darmtransplantation) gehen, bezogen auf das Jahr 2022, in Deutschland 2 Darmtransplantationen¹ einher, also eine sehr geringe Fallzahl. Für die LG 63 (Pankreastransplantation) liegen 44 Pankreastransplantationen (v.a. kombiniert) vor. Wenn aber der noch ausstehende Gruppierungsalgorithmus für die Zuordnung von Behandlungsfällen zu LG weitere Transplantationsleistungen des Behandlungsfalls (z.B. Lebertransplantation, Nierentransplantation) in der LG-Zuordnung priorisiert, verbleiben in der LG 63 allenfalls minimal wenige isolierte Pankreastransplantationen.
- Die LG 8 (Stammzelltransplantation) und LG 9 (Leukämie und Lymphome) bzw. LG 48 und 49 in der Kinder- und Jugendhämatologie und -Onkologie weisen erhebliche Schnittmengen auf.

Diese Beispiele machen deutlich, dass die Leistungsgruppen den Versorgungsbedarf und die entsprechenden Behandlungsverfahren in Deutschland zukünftig besser abbilden müssen und daher Weiterentwicklungsbedarf besteht. Spätestens mit Umsetzung der Krankenhausreform muss dringend ein Weg gefunden werden, um zeitnah verbindlich die Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und die Definition von Qualitätsanforderungen, wie z.B. eine 24/7-Versorgung, zu gewährleisten.

¹ DSO Jahresbericht 2022: <https://www.dso.de/SiteCollectionDocuments/DSO-Jahresbericht%202022.pdf>

III. Weiterer Handlungsbedarf

Von enormer Bedeutung ist, dass mit der Krankenhausreform auch entbürokratisierende Maßnahmen beschlossen werden.

Im Kontext des Krankenhaustransparenzgesetzes bedeutet dies z.B., dass die Nachrangigkeit von G-BA-Richtlinien bei bestehenden Leistungsgruppen besteht. Somit müssen - sobald gesetzliche Regelungen zu Qualitätsvorgaben² für Leistungsgruppen bestehen, u.a. G-BA-Richtlinien oder andere untergesetzliche Normen außer Kraft treten, wenn diese Teile von oder sogar die gesamte Leistungsgruppe betreffen; z.B.:

Leistungsgruppe (LG)	Untergesetzliche Norm
LG 13 - Minimalinvasive Herzklappenintervention	G-BA: Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen
LG 18 - Bauchaortenaneurysma	G-BA: Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma
LG 22 - Herzchirurgie Kinder und Jugendliche	G-BA: Richtlinie zur Kinderherzchirurgie
LG 44 und 45: Perinatalzentrum Level 1 oder Level 2	G-BA: Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene

Alleine unter Aspekten zum Bürokratieabbau, aber auch der Verpflichtung zur Wirtschaftlichkeit im SGB V ist es nicht akzeptabel, wenn mehrfach ähnliche Sachverhalte dokumentiert, nachgewiesen und vom Medizinischen Dienst überprüft werden. Prüfungen bzw. Kontrollen zu ähnlichen gesetzlichen bzw. untergesetzlichen Vorgaben dürfen nicht parallel bestehen und mehrfach durchgeführt werden. Zudem ergeben sich für die Krankenhäuser dabei erhebliche Mehraufwände, da die zu überprüfenden Zeiträume, Fristen und Grundgesamtheiten in der Regel nicht identisch sind. In der Regel müssen bislang für MD-Prüfungen bzw. Qualitätskontrollen mehrere Hunderte von Dokumenten für jede Überprüfung extra erstellt werden. Daher hat der Gesetzgeber sämtliche Rechtsgrundlagen für diese doppelten untergesetzlichen Normen zu streichen.

Gesetzlich vorzugebene Kriterien, wie Qualitätsanforderungen für Leistungsgruppen festzulegen sind:

- Sämtliche Qualitätsanforderungen müssen fachlich begründet, verhältnismäßig und realisierbar sein.
- Es kann und darf nicht sein, dass gleiche oder ähnliche Inhalte von Qualitätskriterien/Qualitätsvorgaben/Strukturmerkmalen durch unterschiedliche Normen unterschiedlichen Rechtsfolgen und unterschiedlichen Prüfverfahren unterliegen. Daher sind sämtliche Doppel- und Mehrfachregelungen sowie

² Oft werden hierfür auch folgende weitere Begriffe verwendet: Strukturmerkmale, Strukturvorgaben, Mindestanforderungen, Qualitätsvorgaben, Qualitätsanforderungen, Mindestvorgaben o.ä.

unbegründete Anforderungen zu streichen. Es gilt die Subsidiarität von untergesetzlichen Regelungen gegenüber Gesetzen oder Verordnungen.

- Nomenklaturen, Legaldefinitionen, Prozesse und Fristen für den Nachweis der Erfüllung der Qualitätskriterien sind zu standardisieren. Dabei sind vergleichbare Qualitätskriterien über alle Leistungsgruppen hinweg einheitlich zu benennen. Redundanzen oder Widersprüche zwischen verschiedenen normativen Vorgaben sind zu beseitigen.
- Vereinbarung geeigneter Dokumente, die für den Nachweis von Qualitätskriterien erforderlich sind, müssen zwischen den Institutionen der Selbstverwaltung unter Beachtung gesetzlicher Grundlagen (Verwaltungsrecht, Arbeitsrecht, Datenschutz) etabliert werden.
- Vereinheitlichung der in den Normen verpflichtend zu verwendenden Instrumente für die Überwachung spezieller Qualitätskriterien (z.B. Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen) sowie deren aufwandsarme Gestaltung sind vorzunehmen.