



Deutscher  
Caritasverband e.V



**kkvd**

Katholischer Krankenhausverband Deutschland e.V.

# Stellungnahme

## zur Formulierungshilfe

### **Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz**

(Krankenhaustransparenzgesetz)

Mit dem vorliegenden Entwurf zum sogenannten Krankenhaustransparenzgesetz soll mehr Transparenz für Patientinnen und Patienten geschaffen werden. Dieses Ziel begrüßen und unterstützen die katholischen Krankenhäuser, für die kkvd und DCV als Fach- und Spitzenverbände diese Stellungnahme abgeben.

Transparenz in der Gesundheitsversorgung ist essenziell für informierte Entscheidungen, verbesserte Behandlungsergebnisse und eine effektive Zusammenarbeit zwischen Expertinnen und Experten sowie Betroffenen. Transparenz schafft Vertrauen; Vertrauen schafft die Grundlage für den Behandlungserfolg. Der vorliegende Entwurf schafft allerdings keine Vertrauensbasis, sondern ist geprägt von tiefem Misstrauen. Die im beabsichtigten Transparenzverzeichnis abrufbaren Daten sind nicht geeignet, den Patientinnen und Patienten Informationen zur Qualität der Leistungen zu vermitteln (1.) Zudem sieht das Gesetz erhebliche Einschnitte der bisherigen wissenschaftlich gestützten Qualitätsentwicklung und -veröffentlichung vor. (2.) Der mit dem Transparenzverzeichnis verbundene Aufwand steht außer Verhältnis zu den erreichbaren Zielen (3).

#### 1. Augenwischerei durch Versorgungsstufen (Level)

Ein neuer § 135d Abs. 4 SGB V sieht die Einteilung von Krankenhäusern in Versorgungsstufen (Level) vor. Entscheidend für die Zuordnung zu einem Level soll die willkürlich festgelegte Anzahl der vorgehaltenen Leistungsgruppen sein. Ausweislich der Begründung sollen Patientinnen und Patienten so niedrigschwellig das Leistungsspektrum bewerten und einordnen können, ob „eher komplexe Eingriffe oder eine Grund- und Regelversorgung erbracht werden“. Die Breite des Leistungsangebots sagt jedoch nichts über das Niveau der jeweils erbrachten Leistung





aus. Tatsächlich bringen kleine und mittlere Krankenhausstandorte mit hoher Spezialisierung auch hohe Expertise und Erfahrung in die Behandlung von Patientinnen und Patienten ein. Zahlreiche mittlere und auch einige kleine Krankenhäuser sind regionale Leuchttürme in bestimmten Fachrichtungen und für eine Versorgung auf Spitzenniveau. Sie verfügen über hohe Expertise und Erfahrung, eine nachgewiesene Behandlungsqualität und entsprechende Fallzahlen. In diesen Leuchttürmen soll durch den vorliegenden Entwurf das Licht ausgemacht werden. Das schafft für die Patientinnen und Patienten keine höhere Behandlungsqualität, sondern vor allem längere Wege und Wartelisten. Spitzenmedizin ist keine Breitenmedizin.

Die geplante Level-Einteilung führt die Patientinnen und Patienten in die Irre, wenn behauptet wird, dass sich gute Behandlungsqualität an der Größe einer Klinik ablesen lässt. Die Idee, Krankenhäuser in Level einzuteilen, mag nach einer klaren und verständlichen Methode zur Unterscheidung von Versorgungskapazität und -qualität aussehen. Dadurch werden Patientinnen und Patienten allerdings in einer falschen Sicherheit gewogen. Es ist bedenklich, wenn Maximalversorger aufgrund ihrer Größe und Vielfalt an medizinischen Fachgebieten ein vermeintlich höheres Qualitätsniveau versprechen, das in der Praxis und insbesondere im Vergleich mit anderen Krankenhäusern nicht immer eingehalten werden kann. Die Einteilung von Krankenhäusern in Level ist eine Vereinfachung, die zu unrealistischen Erwartungen führt, worunter am Ende die Vertrauensbasis zwischen medizinischen Einrichtungen und Patientinnen und Patienten leidet. Mit dem Krankenhaustransparenzgesetz ignoriert das Bundesgesundheitsministerium die im Reformprozess immer wieder seitens der Bundesländer formulierte Kritik an den Leveln, die der Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz nur eine Woche vor Abschluss des Eckpunktepapiers von Bund und Ländern zur Krankenhausreform vom 10. Juli 2023 noch so kommentiert hatte: *“Wir müssen noch einmal klar machen, dass die Vorstellung von Leveln nichts mit Qualität zu tun hat.”* Zudem haben Bund und Länder vereinbart, nicht Level, sondern Leistungsgruppen als Grundlage für die Krankenhausplanung der Länder heranzuziehen. Mit der beabsichtigten Veröffentlichung von Leveln wird diese Absprache konterkariert.





## 2. Überbetonung der Strukturqualität

Der Entwurf sieht eine erhebliche Ausweitung der Personal-Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG vor. Eine hohe Behandlungsqualität geht mit einer angemessenen Personalausstattung einher. Die Personalausstattung eines Krankenhauses wird jedoch bereits unter unterschiedlichen Gesichtspunkten erhoben, geprüft oder veröffentlicht. Mit ihrer Zuarbeit zu den Qualitätsberichten des Gemeinsamen Bundesausschusses, zur Pflegepersonaluntergrenzenverordnung, zur Pflegepersonal-kostenabgrenzungsvereinbarung, den Personalstrukturdaten sowie den OPS-Strukturprüfungen sorgen die Kliniken jedes Jahr für ein hohes Maß an Transparenz über wichtige Merkmale der Strukturqualität. Darin enthalten sind unter anderem Daten zur personellen und apparativen Ausstattung, zur Spezialisierung, zur Fallzahl je Diagnose oder Prozedur sowie zur Personalstruktur.

Neben der Struktur- ist jedoch auch die Prozessqualität ein entscheidender Faktor für gute Behandlungsergebnisse. Für Patientinnen und Patienten maßgeblich sind valide Informationen zur Ergebnisqualität. Wir kritisieren, dass mit dem Entwurf erneut einseitig auf Daten zur Strukturqualität gesetzt wird und regen an, stattdessen die Entwicklung risikoadjustierter Ergebnisindikatoren entschieden voranzutreiben. Vor dem Hintergrund nicht mehr zeitgemäßer sektorenbezogener Versorgung und dem Bedarf an sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten ist die vorgesehene Streichung des gesetzlichen Auftrags zur sektorenübergreifenden Veröffentlichung von Qualitätsdaten (§ 136a Abs. 6 SGB V) nicht verständlich und läuft -genau wie die Priorisierung der Aufgaben des IQTIG- dem Anliegen des Gesetzes, Transparenz für die Patientinnen und Patienten zu schaffen, zuwider.

## 3. Keine Verhältnismäßigkeit: Bürokratie ab- statt aufbauen!

Die Ampel-Koalition hat sich in ihrem Koalitionsvertrag (2021) selbst dazu verpflichtet, im Gesundheitswesen die überbordende Bürokratie und verursachende Dokumentationspflichten abzubauen. Das Bundesgesundheitsministerium muss bis Ende September Empfehlungen zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen erarbeiten. Statt bereits bestehende Erhebungs- und Übermittlungspflichten zu reduzieren, baut der Entwurf neue Dokumentationspflichten auf.





Bereits jetzt erheben und verschicken Krankenhäuser eine Fülle an Daten, die sich bei einem mittelgroßen Krankenhaus im städtischen Setting auf rund 150 Meldungspflichten im Jahr summieren – und damit drei Meldungen in der Woche ausmachen. Neben den Daten zur Qualitätsberichtserstattung nach § 136b SGB V übermitteln Krankenhäuser beispielsweise nach der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (§ 137i Abs. 1 SGB V) die durchschnittliche Pflegepersonalausstattung mit Differenzierung nach Pflegefach- und Pflegehilfspersonal, die durchschnittliche Personalausstattung an Hebammen, die durchschnittliche Patientenbelegung zur Tages- und Nachtzeit, die Anzahl an Patienten, die durchschnittliche Anzahl an aufgestellten Betten, die Anzahl an Belegungstagen und die Anzahl der Schichten, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen nicht eingehalten werden konnte. Entsprechend der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung (§ 6a Abs. 3 KHEntgG) übermitteln Krankenhäuser zusätzlich die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte insgesamt sowie gegliedert nach Berufsbezeichnungen, die gesamten Pflegepersonalkosten, die Überprüfung einer Aufstellung der Summe der Erlöse des Krankenhauses aus den tagesbezogenen Pflegeentgelten und die Überprüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel im Sinne des Krankenhausentgeltgesetzes. Hinzu kommen die Personalstrukturdaten, die Krankenhäuser an die Datenstelle des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermitteln: die Anzahl des insgesamt beschäftigten Pflegepersonals, die Anzahl des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Pflegepersonals – jeweils aufgeteilt nach Berufsbezeichnungen, umgerechnet auf Vollkräfte, gegliedert nach dem Kennzeichen und den Fachabteilungen des Standortes. In den festgelegten pflegesensitiven Bereichen sind zusätzlich die Anzahl des insgesamt beschäftigten Pflegepersonals und die Anzahl des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Pflegepersonals zu übermitteln (§ 21 Abs. 2 Nr. 1 e KHEntgG).

Der Entwurf sieht die Ausweitung der zu übermittelnden Personaldaten auf den ärztlichen Dienst gegliedert nach Aus- und Weiterbildungsstand sowie eine Vierfachung der Meldefrequenz (§ 21 Abs. 2 Nr. 1 f) vor. Zusätzlich soll die





Personaldatenübermittlung eine Referenz auf die zu schaffenden Leistungsgruppen haben. „Leistungsgruppen“ sind jedoch eine abstrakte Größe und ein Instrument der Krankenhausplanung und stellen keine für die Organisation der Versorgung vor Ort relevanten Versorgungseinheiten dar. Die vorgesehene Übermittlung würde eine minutiöse patientenbezogene Dokumentation ärztlicher Tätigkeiten erfordern, die außer Verhältnis steht.

Der Beitrag, den dieses Übermaß an Dokumentation für eine informierte Krankenhauswahl durch die Patientinnen und Patienten hat, steht in keinem Verhältnis zu dem dafür notwendigen Einsatz der Mitarbeitenden im Krankenhaus. Wir befürchten weitere Datenfriedhöfe.

Einen Mehrwert zur Qualitätsbeurteilung eines Hauses leisten diese Daten auch nicht. Unterschiede bei der personellen Ausstattung können zum einen in verschiedenen Versorgungs- und Personalkonzepten begründet sein, die nicht über die reine Personalanzahl abgebildet und vergleichbar gemacht werden können. Der Einsatz von akademisiertem Pflegepersonal, die Anwendung eines Grade-Skill-Mix oder die Umsetzung moderner Pflegekonzepte kann die Personalstruktur an die Patientenbedarfe anpassen und Personalbedarfe verringern oder erhöhen.

Zum anderen ist die Erhebung von Informationen zu den für eine Leistungsgruppe notwendigen Strukturvoraussetzungen redundant. Die Leistungsgruppen enthalten Mindeststrukturmerkmale, die Krankenhäuser erfüllen müssen, um zugeordnet werden zu können. Sämtliche Daten, die für das entsprechende Leistungsangebot berechnen- liegen den entsprechenden Stellen in den Bundesländern also bereits vor. Bereits der Umstand einer zugewiesenen Leistungsgruppe informiert über das Vorhandensein der dafür erforderlichen Qualitätskriterien. Sollte dennoch ein Transparenzverzeichnis mit Leistungsgruppenbezug über die Kriterien im Einzelnen für notwendig erachtet werden, könnte dies aufwandsarm hergestellt werden, indem die auf der Landesebene vorhandenen Daten in einem bundesweiten Transparenzverzeichnis zusammengeführt werden. Die katholischen Krankenhäuser schlagen für diesen Fall als milderer Mittel ein bundesweites Krankenhausverzeichnis vor, das von den zuständigen Landesbehörden mit den Daten beliefert





Deutscher  
Caritasverband e.V.

Seite 6 von 6



**kkvd**

Katholischer Krankenhausverband Deutschland e.V.

wird, die Krankenhäuser bereits im Rahmen der Leistungsgruppenzuordnung zur Verfügung gestellt haben.

So kann erreicht werden, dass die Zeit und die Ressourcen der Mitarbeitenden in den Krankenhäusern nicht in redundanten Datenerhebungen verbrannt, sondern in der unmittelbaren Patientenversorgung zur Erhöhung der Versorgungsqualität bzw. der Gestaltung des Transformationsprozess gestalten können, der von der Krankenhausreform ausgehen soll, investiert werden.

Berlin, 28. August 2023

Bernadette Rümmelin  
Geschäftsführerin

Dr. Elisabeth Fix  
Referatsleiterin Kontaktstelle  
Politik (Tandemleitung)

Katholischer Krankenhausverband  
Deutschland e.V.

Deutscher Caritasverband e.V.

## Kontakte

Bernadette Rümmelin, Katholischer Krankenhausverband Deutschland e.V. (kkvd), Große Hamburger Straße 5, 10115 Berlin, Tel. 030 240 83 68 -10

[bernadette.ruemmelin@caritas.de](mailto:bernadette.ruemmelin@caritas.de)

Dr. Elisabeth Fix, Referatsleiterin Kontaktstelle Politik (Tandemleitung),

Deutscher Caritasverband/Berliner Büro, Tel. 030 284447 46 oder 0151 16759875 [Elisabeth.Fix@caritas.de](mailto:Elisabeth.Fix@caritas.de)

Der Katholische Krankenhausverband Deutschland (kkvd) vertritt bundesweit 273 Krankenhäuser an 352 Standorten sowie 54 Reha-Einrichtungen in katholischer Trägerschaft. Die katholischen Krankenhäuser in Deutschland haben 207.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Jedes Jahr versorgen sie stationär mehr als 3 Millionen Patientinnen und Patienten.

