
Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie e. V.

zum Entwurf einer Formulierungshilfe der Bundesregierung

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

28. August 2023

Neben der Interessenwahrnehmung als politischer Verband sieht der Bundesverband Geriatrie e.V. (BV Geriatrie) seine besondere Aufgabe darin, Versorgungsqualität zu sichern und weiterzuentwickeln. Vor diesem Hintergrund begrüßt der BV Geriatrie das mit dem Krankenhaus-transparenzgesetz verfolgte Ziel, das Leistungsangebot und die damit verbundenen Qualitätsaspekte der stationären Versorgung in übersichtlicher Form und allgemeinverständlicher Sprache in einem bundesweiten Transparenzverzeichnis zu veröffentlichen.

Für eine bürokratiearme Umsetzung des Transparenzverzeichnisses, ist es richtig, auf die bereits vorliegenden Qualitätssicherungsdaten, Daten aus den strukturierten Qualitätsberichten und die gemäß § 21 Absatz 3d und Absatz 7 KHEntgG übermittelten Daten zurückzugreifen. Damit eine Einschätzung der Qualität seitens der Patientinnen und Patienten erfolgen kann, benötigt es jedoch eine verständliche, interpretationsfreie, zudem aber auch übersetzte Darstellung und Einordnung dieser Informationen. Die bisher geplante Ausgestaltung des Transparenzverzeichnisses durch die Einführung von Krankenhaus-Level, Leistungsgruppen und die rein quantitative Aufzählung von Fall- und Personenzahlen erlaubt keine fundierten Rückschlüsse auf die klinikindividuelle Behandlungsqualität. Der geplante Vergleich von reinen Strukturdaten ohne Berücksichtigung der determinierenden Umgebungsbedingungen sowie einen Bezug zum Patientenmix erlaubt keinen Qualitätsvergleich und würde in der Praxis zu Fehlinterpretationen sowie Verunsicherungen seitens der Patientinnen und Patienten führen.

Auch darf das Transparenzverzeichnis nicht den Anschein erwecken, dass das Leistungsangebot in größeren Krankenhäusern mit einem höheren Versorgungslevel qualitativ besser sei. Dies würde in der Praxis dazu führen, dass Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung – welche angesichts der demografischen Entwicklung zu einem großen Teil von betagten und hochbetagten Personen genutzt werden –, aufgrund falscher Annahmen gemieden werden. In der Folge würden Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, welche für eine bedarfsgerechte und wohnortnahe geriatrische Versorgung essentiell sind und gute Qualität erbringen, nicht mehr wirtschaftlich arbeiten können und zwangsläufig aus dem Markt ausscheiden.

Um das mit dem vorliegenden Gesetzentwurf adressierte Ziel zu erreichen, sieht der BV Geriatrie daher Anpassungsbedarf und nimmt zu ausgewählten Inhalten wie folgt Stellung:

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 1: § 135d Absatz 3 S. 1

Verknüpfung der personellen Ausstattung mit einem Bedarfsbemessungsinstrument

Der neue § 135d sieht vor, dass das Bundesministerium für Gesundheit ein Verzeichnis veröffentlicht, um Transparenz über die Krankenhausbehandlung herzustellen. In Absatz 3 werden die Informationen, die Eingang in die Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis finden und die sich aus der Datenverarbeitung nach § 299 Absatz 7 ergeben, festgelegt und deren sachliche Richtigkeit und Aktualität vorgegeben. Die Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis soll die Angabe der Krankenhaus-Level sowie der am Standort erbrachten Leistungen, differenziert nach 65 Leistungsgruppen und unter Angabe der jeweiligen Fallzahl umfassen. Gegenstand der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis soll zudem die personelle Ausstattung für eine Leistungsgruppe am jeweiligen Krankenhausstandort, jeweils im Verhältnis zu dem dort erbrachten Leistungsumfang bzw. zur erbrachten Fallzahl sein. Dies soll sowohl das pflegerische als auch das ärztliche Personal umfassen. Der Gesetzesbegründung ist zu entnehmen, dass durch Angabe von Perzentilen, Vergleiche zur tatsächlichen Personalauslastung je Leistungsgruppe zwischen einzelnen Krankenhausstandorten ermöglicht werden sollen.

Grundsätzlich ist in diesem Zusammenhang anzumerken, dass Perzentilenkurven lediglich die Streuung einer statistischen Verteilung anzeigen und insbesondere zur Beurteilung eines normalen oder abweichenden Körperwachstums verwendet werden. Im Transparenzverzeichnis soll mittels Perzentilenkurven nun das Verhältnis von Ärztinnen und Ärzten bzw. Pflegekräften zur erbrachten Fallzahl in Bezug zu den entsprechenden Werten der Vergleichskrankenhausstandorte dargelegt werden. Die geplante Darstellung durch Angabe von Perzentilen ist aus Sicht des BV Geriatrie nicht geeignet, die Personalausstattung qualitativ darzustellen. Diese rein quantitative Betrachtungsweise stellt keinen logischen Zusammenhang zwischen medizinischen Leistungsgruppen und dem krankenhausesindividuellem Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten dar. Ein personeller Qualitätsvergleich ist nur unter Beachtung der krankenhausesindividuellen Umgebungsbedingungen sowie des versorgten Patientenkontingents (CMI) möglich. Der Personalbedarf des ärztlichen Dienstes ist dabei u.a. abhängig von einrichtungsspezifischen Gegebenheiten (zum Beispiel Umfang Konsiliarleistungen, Funktionsdiagnostik, Umsetzung Arbeitszeitgesetz). In der Praxis hat sich gezeigt, dass der Personalbedarf daher einer relativ hohen Schwankungsbreite unterliegen kann. Im Gegensatz dazu ist der Einsatz beruflich Pflegenden abhängig von den patientenindividuellen Pflegebedarfen, deren Intensität mit Blick auf unterschiedliche Fachbereiche bzw. Leistungsgruppen teilweise stark variieren. Auch ist anzumerken, dass der pflegerische Versorgungsbedarf nicht äquivalent zum medizinischen Versorgungsbedarf gesehen werden kann. Im Bereich der pflegerischen Versorgung gelten zudem für eine nicht unerhebliche Zahl an Fachgebieten – wie der Geriatrie – gesetzliche Mindestpersonalbesetzungen durch die Pflegepersonaluntergrenzen. Die gegenwärtig festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen stellen jedoch lediglich eine normativ festgelegte rote Linie dar und erlauben keine Rückschlüsse auf die Qualität.

Aus Sicht des BV Geriatrie kann eine qualitative Darstellung der Personalausstattung daher nur auf der Grundlage von Personalbedarfsbemessungsinstrumenten erfolgen, welche die Indika-

toren für die zentralen aufwandstreibenden Größen für den Pflege-, Unterstützungs- bzw. Behandlungsbedarf auf der Grundlage des aktuellen Gesundheitszustandes der Patientinnen und Patienten sowie der Umgebungsbedingungen abbilden.

Zur qualitativen Darstellung der Ausstattung mit pflegerischem Personal spricht sich der BV Geriatrie daher ausdrücklich für den Einsatz der PPR 2.0 aus. Für den ärztlichen Dienst ist in Analogie ein entsprechendes Personalbedarfsbemessungsinstrument zu entwickeln. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass das von der Bundesärztekammer vorgeschlagene Tool hinsichtlich der Validität bisher (noch) nicht ausreichend getestet wurde, als extrem zeitaufwändig einzuschätzen ist und daher (noch) nicht für eine kurzfristige, bundesweite Einführung geeignet ist.

Änderungsvorschlag zu Nummer 1: § 135d Absatz 3 S. 1

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

1. die erbrachten Leistungen, differenziert nach den in Anlage 2 genannten Leistungsgruppen mit der Angabe der jeweils erbrachten Fallzahl,
2. die Versorgungsstufe nach Absatz 4,
3. die Ausstattung mit ärztlichem Personal je Leistungsgruppe anhand des Erfüllungsgrades der Soll-Personalbesetzung entsprechend eines Personalbemessungsinstrumentes
4. die Ausstattung mit pflegerischem Personal je Leistungsgruppe anhand des Erfüllungsgrades der Soll-Personalbesetzung entsprechend des Personalbemessungsinstrumentes gemäß § 137k sowie der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 137i,
5. die patientenrelevanten Ergebnisse aus Qualitätssicherungsverfahren nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1.

Zu Nummer 1: § 135d Absatz 3 S. 2

Quartalsweise Datenaktualisierung

In § 135d Absatz 3 S. 2 ist festgelegt, dass die Informationen sachlich richtig sein müssen und zudem regelmäßig aktualisiert werden sollen. Da die veröffentlichten Daten erhebliche Auswirkungen auf die Belegungssituation in den Krankenhäusern haben kann, ist eine kontinuierliche Aktualisierung der Daten elementar. Analog zur Datenlieferung gemäß des geplanten § 21 Absatz 7 KHEntgG hat aus Sicht des BV Geriatrie mindestens eine quartalsweise Aktualisierung zu erfolgen.

Änderungsvorschlag zu Nummer 1: § 137d Absatz 3 S. 2

Die Informationen müssen sachlich richtig sein und quartalsweise aktualisiert werden.

Zu Nummer 1: § 135d Absatz 3 S. 3 (neu)

Kein leistungsgruppenübergreifender Personalvergleich

Stellungnahme zum Entwurf einer Formulierungshilfe der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz
Bundesverband Geriatrie e. V.
Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin

Wie bereits angemerkt, gelten für eine nicht unerhebliche Zahl an Fachabteilungen durch die Pflegepersonaluntergrenzen gesetzliche Vorgaben zur pflegerischen Personalausstattung, welche indikationsspezifisch zum Teil sehr unterschiedlich sind. Hierbei handelt es sich um administrative, starre Pflegeeinsatzvorgaben, welche auf der Basis eines Quartils willkürlich festgesetzt werden. Die Pflegepersonaluntergrenzen beschreiben daher eine Minimalbesetzung und stehen nicht im Zusammenhang mit dem individuellem Pflege- und Personalbedarf. Zudem ist anzumerken, dass die Pflegepersonaluntergrenzen klinikintern häufig nur durch Personalverschiebungen zu Lasten anderer Fachbereiche eingehalten werden, da durch Untergrenzen keine Pflegekräfte geschaffen werden können, die am Arbeitsmarkt real nicht verfügbar sind. Dabei zeichnet sich deutlich der Trend ab, dass diese „Umverteilung von Pflegefachkräften“ in den einzelnen Krankenhäusern vermehrt ausschließlich nach wirtschaftlichen Erwägungen erfolgt. D. h. Leistungsbereiche mit einem hohen wirtschaftlichen Benefit erhalten Pflegepersonal zu Lasten von Versorgungsbereichen, die wirtschaftlich keine vergleichbaren Erlöse erbringen. Vor diesem Hintergrund ist aus Sicht des BVGeriatric ein Vergleich der Personalbesetzung über unterschiedliche Leistungsgruppen hinweg nicht sachgerecht. Hierdurch könnte der Eindruck entstehen, in Leistungsbereichen mit niedrigeren bzw. besseren Pflegepersonaluntergrenzen würde eine qualitativere Versorgung stattfinden. Gleiches gilt entsprechend für den ärztlichen Dienst.

Bei der Interpretation der Zahlen ist daher grundsätzlich zu beachten, dass für die differenzierten Leistungsgruppen aufgrund verschiedener Behandlungsinhalte- und -konzepte, Qualifikationsmischen und Aufgabenprofilen der Berufsgruppen sowie unterschiedlichen Arbeitsteilungen zwischen den Berufsgruppen keine einheitlichen Qualitätsstandards vorliegen. Ein leistungsgruppenübergreifender Personalvergleich ist daher abzulehnen.

Änderungsvorschlag zu Nummer 1: § 137d Absatz 3 S. 3 (neu)

Die Informationen müssen sachlich richtig sein und quartalsweise aktualisiert werden. [Ein leistungsgruppenübergreifender Personalvergleich ist unzulässig.](#)

Zu Nummer 1: § 135d Absatz 4 Nr. 3

Leistungsgruppe Geriatrie in Level 1n-Krankenhäuser

Der neue § 135d Absatz 4 definiert bundeseinheitliche Versorgungsstufen von Krankenhäusern als Level mit ihren jeweiligen Voraussetzungen. Dabei richtet sich die Definition insbesondere nach der Anzahl und der Art der mindestens vorzuhaltenden Leistungsgruppen. Level 1n-Krankenhäuser leisten dabei die Basisversorgung von Patientinnen und Patienten, inklusive der Notfallmedizin.

Die Altersstruktur der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus verändert sich durch den demografischen Wandel stetig. Insbesondere durch den Eintritt der Babyboomer in die hochaltrige Lebensphase wird es in den kommenden Jahren eine beschleunigte Veränderung in diesem Bereich geben. In der Folge steigt kurz- und mittelfristig der Bedarf an altersmedizinischer Kompetenz deutlich an. Daher bedarf es eines regelhaften und flächendeckenden Angebots von stationären geriatricspezifischen Versorgungsstrukturen an Krankenhäusern. Die Geriatrie gehört damit zur Grund- und Regelversorgung und muss mindestens in den Einrichtungen des Levels-1n verpflichtend als eigenständige Leistungsgruppe vorgehalten werden.

Änderungsvorschlag zu Nummer 1: § 135d Absatz 4 Nr. 3

3. Level 1n-Krankenhäuser: An diesen Standorten werden mindestens die Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin, **die Leistungsgruppe Geriatrie**, die Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie, die Leistungsgruppe Intensivmedizin sowie die Leistungsgruppe Notfallmedizin erbracht.

Zu Nummer 1: § 135d Absatz 4 Nr. 4

Behandlung spezifischer Patientengruppen durch Fachkliniken

Gemäß der aktuellen Formulierung sind Fachkliniken Krankenhäuser, die sich auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung oder Krankheitsgruppe spezialisiert und einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich leisten.

In Ergänzung zu dieser Definition behandeln Fachkliniken jedoch (auch) schwere, komplexe oder chronische Krankheitsbilder des Fachgebietes. Es können auch Krankenhäuser Fachkliniken sein, die spezifische Patientengruppen mit besonderen Bedarfen bzgl. der fachmedizinischen und pflegerischen Versorgung behandeln, z. B. Kinder und Jugendliche, ältere Menschen oder Menschen mit Behinderungen.

Aus Sicht des BV Geriatrie ist die bisherige Formulierung mit dem Fokus auf bestimmte Erkrankungen oder Krankheitsgruppen daher nicht ausreichend, um das breite Spektrum der Fachkliniken abzubilden. Vor diesem Hintergrund spricht sich der BV Geriatrie für eine Angleichung an den Formulierungsvorschlag im Eckpunktepapier vom 10. Juli 2023 aus.

Änderungsvorschlag zu Nummer 1: § 135d Absatz 4 Nr. 4

4. Level F-Krankenhäuser sind Fachkrankenhäuser, die sich auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung oder Krankheitsgruppe spezialisiert haben und einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich leisten. **Es können auch solche Krankenhäuser Fachkliniken sein, die spezifische Patientengruppen mit besonderen Bedarfen bzgl. der fachmedizinischen und pflegerischen Versorgung behandeln, beispielsweise Kinder und Jugendliche, ältere Menschen oder Menschen mit Behinderungen.** Die Zuordnung von Krankenhausstandorten zu Level F erfolgt in Abstimmung mit den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden.

Artikel 2 - Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Nummer 1 aa): § 21 Absatz 2 Nr. 1e

Ergänzung des § 21-Datensatzes um den Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung

Wie bereits dargelegt, ist es unabdingbar, den ärztlichen und pflegerischen Personaleinsatz unter Berücksichtigung der determinierenden Umgebungsbedingungen im Transparenzverzeichnis darzustellen. Daher muss die ärztliche und pflegerische Versorgung bettenführender Bereiche anhand des erforderlichen Personalbedarfs durch Einsatz eines Personalbedarfsermittlungsinstruments ausgewiesen werden. Die zuvor dargelegte notwendige Ergänzung des

§ 153d Absatz 3 SGB V um den Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung, erfordert eine Folgeanpassung des § 21 Absatz 2 Nr. 1e KHEntgG.

Änderungsvorschlag zu Nummer 1 aa): § 21 Absatz 2 Nr. 1e KHEntgG

e) die Anzahl des insgesamt beschäftigten Pflegepersonals und die Anzahl des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Pflegepersonals, jeweils aufgeteilt nach Berufsbezeichnungen, umgerechnet auf Vollkräfte, gegliedert nach dem Kennzeichen des Standorts nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach den Fachabteilungen des Standorts und nach den Leistungsgruppen nach Anlage 2 zu § 135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie der Erfüllungsgrad der ärztlichen und pflegerischen Soll-Personalbesetzung; für die in einer Vereinbarung nach § 137i Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder in einer Rechtsverordnung nach § 137i Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten pflegesensitiven Bereiche sind die Anzahl des insgesamt beschäftigten Pflegepersonals und die Anzahl des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Pflegepersonals zusätzlich gegliedert nach den jeweiligen pflegesensitiven Bereichen zu übermitteln;

Zu Nummer 1 bb): § 21 Absatz 2 Nr. 1f

Kein flächendeckender Facharzt für Geriatrie

Der Strukturdatensatz wird mit Buchstabe f um Daten zum ärztlichen Personal erweitert. 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 (MWBO) der Bundesärztekammer zu differenzieren. Darüber hinaus ist in Bezug auf die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung das Weiterbildungsgebiet im Sinne der Musterweiterbildungsordnung anzugeben.

Entgegen der bundeseinheitlichen Approbation wird die Weiterbildung durch die Landesärztekammern in den einzelnen Bundesländern geregelt. Durch diesen Prozess ist es möglich, die MWBO landesspezifisch zu modifizieren oder zu verändern. Dies führte in den letzten Jahren dazu, dass es in allen Landesärztekammern eine Zusatz-Weiterbildung Geriatrie mit einer Weiterbildungszeit von 18 Monaten für Fachärzte gibt; in den Landesärztekammern Berlin, Brandenburg und Sachsen-Anhalt jedoch zusätzlich ein Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie mit einer fachspezifischen Weiterbildungszeit von 36 Monaten etabliert wurde. Außerdem existiert in Rheinland-Pfalz ein Schwerpunkt Geriatrie, der von Fachärzten für Innere Medizin oder Neurologie in 24 Monaten sowie eine Fachkunde Geriatrie, welche in 12 Monaten zu erwerben ist.

Eine Differenzierung der Facharztbezeichnungen im Sinne der MWBO der Bundesärztekammer ist in der Geriatrie sachlich nicht möglich. Da es in Deutschland keinen flächendeckenden Facharzt für Geriatrie gibt, muss die Darstellung des ärztlichen Personals für die Leistungsgruppe der Geriatrie modifiziert werden. Ansonsten würde der Bereich der Geriatrie unterfasst bleiben.

Stellungnahme zum Entwurf einer Formulierungshilfe der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz
Bundesverband Geriatrie e. V.
Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin

Es ist sicherzustellen, dass für die Leistungsgruppe Geriatrie die Zusatz- bzw. Schwerpunktbezeichnung Geriatrie sachgerecht im Transparenzverzeichnis dargestellt wird. Auch ist sicherzustellen, dass es aufgrund der landesweiten Heterogenität zu keinen Fehlinterpretationen seitens der Bürgerinnen und Bürger kommt. Die in der Weiterbildungsordnung in Rheinland-Pfalz ausgewiesene Fachkunde Geriatrie sowie in Hessen ausgewiesene Zusatzbezeichnung Ambulante Geriatrie sind qualitativ nicht mit Fachärztinnen und Fachärzten mit Zusatz- oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Geriatrie bzw. einen Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie gleichzusetzen.

Vor diesem Hintergrund sind eine separate Förderung und eine entsprechende Ausbildungsoffensive erforderlich. Zudem ist die Einführung eines Facharztes sinnvoll, um der gewachsenen Bedeutung der Geriatrie gerecht zu werden.

Änderungsvorschlag zu Nummer 1 bb): § 21 Absatz 2 Nr. 1f

f) die Anzahl des insgesamt beschäftigten ärztlichen Personals und die Anzahl des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten ärztlichen Personals, jeweils einschließlich der Facharztbezeichnung und bei ärztlichem Personal in Weiterbildung jeweils unter Angabe des Weiterbildungsgebietes, umgerechnet auf Vollkräfte, gegliedert nach dem Kennzeichen des Standorts nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, nach den Fachabteilungen des Standorts und nach den Leistungsgruppen nach Anlage 2 zu § 135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch des Standorts. Zu beachten ist, dass für die Leistungsgruppe Geriatrie in der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer nur eine Zusatz-Weiterbildung Geriatrie existiert.

Zu Nummer 3: § 21 Absatz 3c

Sachgerechte Abbildung altersmedizinischer Leistungen im Leistungsbereich Geriatrie

In Absatz 3c wird die Rechtsgrundlage geschaffen, nach welcher das InEK die für die Zwecke des Transparenzverzeichnisses erforderlichen Daten den Leistungsgruppen zuordnet.

In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass der Behandlungsbedarf der Patientinnen und Patienten nicht selten durch verschiedene Fachabteilungen erfüllt wird und damit zukünftig mehrere Leistungsgruppen angesprochen werden (z. B. Patientin/ Patient der Geriatrie mit kardiologischem Eingriff wurde auch intensivmedizinisch und/oder als Notfall versorgt). Gleichzeitig kommt es in diesen Fällen häufig zu externen Verlegungen zwischen den Krankenhäusern. Planerisch lassen sich derartige Behandlungsfälle sicherlich einer Leistungsgruppe zuordnen, da die eindeutige Zuordnung von Fällen zu Leistungsgruppen bei der reinen Planung weniger relevant ist. Perspektivisch soll die Leistungsgruppenzuordnung jedoch Grundlage für die Einführung einer Vorhaltevergütung sein. Bei der Vergütung spielt daher nicht nur die Definition der Leistungsgruppe, sondern auch ihre Sortierung/Abfragelogik eine entscheidende Rolle. Würde z. B. die Leistungsgruppe Kardiologie vor der Leistungsgruppe Geriatrie abgefragt, beinhalten die Vorhaltekosten der kardiologischen Eingriffe auch Anteile der Geriatrie. Um Streitigkeiten zu vermeiden ist dieser Umstand in der weiteren Umsetzung und bedarfsgerechten Fallzuordnung der Fälle hinreichen zu würdigen.

Bezug einer Leistungsgruppe auf nur einen Krankenhausstandort

Stellungnahme zum Entwurf einer Formulierungshilfe der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz
Bundesverband Geriatrie e. V.
Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin

In Absatz 3c wird zudem geregelt, dass die Zuordnung zu den Leistungsgruppen auf Ebene des jeweiligen Krankenhausstandorts erfolgen soll. 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. Im Hinblick auf die Zuordnung trifft das InEK Festlegungen, um die Ausweisung und Transparenz im Transparenzverzeichnis nach § 135d SGB V zu gewährleisten. Perspektivisch wird die Zuordnung von Fällen zu Leistungsgruppen Grundlage für die Einführung einer Vorhaltevergütung entsprechend dem zwischen Bund und Ländern beschlossenen Eckpunktepapier zur Krankenhausreform vom 10. Juli 2023 sein.

In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass entgegen der Gesetzesbegründung ein Behandlungsfall nicht an verschiedenen Krankenhausstandorten erbracht werden kann, da sich dieser im DRG-System explizit auf einen Krankenhausstandort bezieht. Da das bisherige Fallpauschalensystem die Grundlage für die Vorhaltevergütung darstellt, muss ein Bezug einer Leistungsgruppe auf nur einen Krankenhausstandort hergestellt werden. Andernfalls kann keine logische Ausgliederung und Zuordnung der Vorhaltekostenanteile aus den DRGs erfolgen. Auch heute werden bei externen Verlegungen zwei separate DRGs abgerechnet. Andernfalls müsste zukünftig eine Verrechnung unter den Krankenhäusern bzw. Aufspaltung der Vorhaltevergütungsanteile erfolgen, welche aus den bisherigen Reformeckpunkten nicht hervorgeht.

Änderungsvorschlag zur Anpassung der Gesetzesbegründung zu Nummer 3: § 21 Absatz 3c

In Absatz 3c wird die Rechtsgrundlage geschaffen, nach welcher das InEK die für die Zwecke des Transparenzverzeichnisses erforderlichen Daten den Leistungsgruppen zuordnet. Die Zuordnung zu den Leistungsgruppen soll auf Ebene des jeweiligen Krankenhausstandorts erfolgen. 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.~~ Im Hinblick auf die Zuordnung trifft das InEK Festlegungen, um die Ausweisung und Transparenz im Transparenzregister nach § 135d SGB V zu gewährleisten. Perspektivisch wird die Zuordnung von Fällen zu Leistungsgruppen Grundlage für die Einführung einer Vorhaltevergütung entsprechend dem zwischen Bund und Ländern beschlossenen Eckpunktepapier zur Krankenhausreform vom 10. Juli 2023 sein.