

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„5. Streitigkeiten betreffend die Veröffentlichung des Transparenzverzeichnisses nach § 135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“	
Artikel 4	Artikel 4
Inkrafttreten	Inkrafttreten
Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.	Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt

Bericht der Abgeordneten Dr. Christos Pantazis, Stephan Pilsinger, Dr. Armin Grau, Dr. Andrew Ullmann, Dr. Christina Baum und Ates Gürpinar

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Das Plenum des Deutschen Bundestages hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 20/8408** in seiner 122. Sitzung am 21. September 2023 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Ernährung und Landwirtschaft überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlage

Um ein hohes Qualitätsniveau der stationären Versorgung in Deutschland zu sichern, bedarf es laut Gesetzentwurf einer Erhöhung der Transparenz des Leistungsgeschehens. Eine konsequente Qualitätsorientierung der Krankenhäuser bedeute nicht nur, Qualitätsanforderungen auf Basis fachlich unabhängiger wissenschaftlicher Erkenntnisse festzulegen und zu messen, sondern auch, diese Ergebnisse in übersichtlicher Form und einfacher und verständlicher Sprache zu veröffentlichen. Patientinnen und Patienten sowie einweisende Ärztinnen und Ärzte sollten informiert werden, welches Krankenhaus welche Leistungen in welcher Qualität anbiete. Die bereits bestehende Berichterstattung über die Qualität der stationären Leistungserbringung müsse deshalb weiterentwickelt und ergänzt werden. Am 10. Juli 2023 hätten sich Bund und Länder auf gemeinsame Eckpunkte für eine Krankenhausreform verständigt und vereinbart, dass der Bund zur Information und Aufklärung von Patientinnen und Patienten Daten über das Leistungsangebot und Qualitätsaspekte des stationären Versorgungsgeschehens in Deutschland im Internet als „Transparenzverzeichnis“ veröffentliche. Vereinbart worden sei, dieses Vorhaben in einem eigenen Gesetz umzusetzen und die bestehende Datenbasis zu verbessern.

Dafür sollen die Krankenhäuser Versorgungsstufen (Level) zugeordnet und die Verteilung von Leistungsgruppen auf die einzelnen Standorte der Krankenhäuser transparent dargelegt werden. So erhielten Bürgerinnen und Bürger die Möglichkeit, sich über das Leistungsgeschehen des jeweiligen Standorts des Krankenhauses angemessen zu informieren und könnten eine selbstbestimmte und qualitätsorientierte Auswahlentscheidung für die jeweilige Behandlung treffen.

Die Veröffentlichung des Transparenzverzeichnisses habe keine Auswirkungen auf die Krankenhausplanung der Länder und auf die Krankenhausvergütung. Die Leistungsgruppen würden ausschließlich zur Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis benannt. Die Auflistung der Leistungsgruppen entspreche den in den Eckpunkten für eine Krankenhausreform genannten Leistungsgruppen, die im Rahmen einer Krankenhausreform mit jeweiligen Qualitätskriterien festgelegt werden sollten. Diese Festlegung und Ausgestaltung von Leistungsgruppen bleibe einer künftigen Krankenhausreform vorbehalten und werde nicht vorweggenommen. An dem in den Eckpunkten für eine Krankenhausreform vorgesehenen Verfahren zur erstmaligen Definition und Weiterentwicklung von Leistungsgruppen werde ausdrücklich festgehalten.

III. Stellungnahme des mitberatenden Ausschusses

Der Ausschuss für **Ernährung und Landwirtschaft** hat in seiner 46. Sitzung am 18. Oktober 2023 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE. beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/8408 in der vom Ausschuss geänderten Fassung zu empfehlen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 79. Sitzung am 20. September 2023 beschlossen, vorbehaltlich der Überweisung durch das Plenum eine öffentliche Anhörung zum Gesetzentwurf auf Drucksache 20/8408 durchzuführen.

Seine Beratungen zu dem Gesetzentwurf hat er in seiner 80. Sitzung am 27. September 2023 aufgenommen.

Die öffentliche Anhörung fand in der 82. Sitzung am 27. September 2023 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS), Allianz-Kommunaler Großkrankenhäuser e. V. (AKG), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesärztekammer (BÄK), Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK), Bundesverband Gesundheits-IT e. V. (bvitg) (keine Teilnahme), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche Stiftung Patientenschutz, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK), Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. (DEKV), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) (keine Teilnahme), Deutscher Hebammenverband e. V. (DHV), Deutscher Pflegerat e. V. (DPR) (keine Teilnahme), Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V. (Diakonie) (keine Teilnahme), Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), GKV-Spitzenverband, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK), Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR (KBV), Katholischer Krankenhausverband Deutschland e. V. (kkvd), Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V. Bundesverband, Medizinischer Dienst Bund KöR, Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK), Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verband der Universitätsklinika e. V. (VUD), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di), Weisse Liste gGmbH, Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO). Als namentlich benannter Sachverständiger war eingeladen: Prof. Dr. Christian Karagiannidis (Universität Witten/Herdecke). Auf das Protokoll der Anhörung und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen wird verwiesen (Ausschussdrucksachen 20(14)139(1-28).

Der Ausschuss hat in seiner 84. Sitzung am 18. Oktober 2023 seine Beratungen fortgesetzt und abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt der Ausschuss für Gesundheit mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE. die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/8408 in der vom Ausschuss geänderten Fassung.

Änderungsanträge

Dem Ausschuss für Gesundheit haben Änderungsanträge der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP auf Ausschussdrucksache 20(14)149.1 vorgelegen, die mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU und AfD bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen wurden.

Fraktionsmeinungen

Die **Fraktion der SPD** erklärte, mit dem vorliegenden Gesetzentwurf habe man einen ersten wichtigen Baustein für die tiefgreifende und längst überfällige Krankenhausreform gesetzt. Durch das Krankenhaustransparenzgesetz würden künftig das Leistungsangebot und Qualitätsaspekte der stationären Versorgung in einem Transparenzverzeichnis veröffentlicht. Patientinnen und Patienten erhielten so niedrigschwellig eine barrierefreie Übersicht der Qualität der verschiedenen Krankenhausbehandlungen. Dadurch werde die Patientensicherheit gestärkt und die Patientinnen und Patienten könnten evidenzbasierte Auswahlentscheidungen bei elektiven Behandlungen treffen. Außerdem habe man hinsichtlich der Liquidität der Krankenhäuser wesentliche Verbesserungen erreicht. Neben der zügigen Berücksichtigung von Tariflohnsteigerungen im Pflegebudget würden Mindererlöse, die vor allen Dingen durch den anhaltenden Fallzahlrückgang entstanden seien, schneller ausgeglichen. Zudem werde der Pflegeentgeltwert um 8 Prozent auf 250 Euro erhöht. Ferner habe sich die Koalition dafür eingesetzt, dass die 5-Tagesfrist zur Begleichung von Krankenhausrechnungen über den 31. Dezember hinaus verlängert werde. Diese

Maßnahmen unterstützten die Krankenhäuser, bis die eigentliche Krankenhausreform in Kraft trete. Dadurch würden zusätzliche Mittel in Milliardenhöhe fließen. Es sei befremdlich, wenn die Opposition diese Leistungen klein zu reden versuche und noch mehr Liquiditätshilfen fordere. Wichtig sei auch, dass durch die Maßnahmen den Versicherten keine Beitragserhöhungen drohten, da die erforderlichen Mittel bereits an die Kassen geflossen seien.

Die **Fraktion der CDU/CSU** kritisierte, die durch das Krankenhaustransparenzgesetz eingeführten Level für Krankenhäuser dienten nur vordergründig der Transparenz. Es werde vielmehr versucht, diese durch die Hintertür als Teil der geplanten Krankenhausreform einzuführen, obwohl sich die Länder klar dagegen ausgesprochen hätten, da ihnen die damit zusammenhängende Krankenhausplanung obliege. Die Verknüpfung von Leistungsgruppen an Level sei verfassungswidrig, dazu gebe es einschlägige Gutachten. Insgesamt müsse es darum gehen, über eine Brückenfinanzierung eine kalte Strukturbereinigung der Krankenhauslandschaft zu verhindern und dann eine kluge Krankenhausstrukturreform anzugehen. Dann könnten die Patienten die bestmögliche Transparenz über die Angebote der Kliniken erhalten. Das Gesetz sei im Übrigen keine Transparenz-, sondern eine Bürokratieoffensive, da ärztliches und pflegerisches Personal einen erhöhten Dokumentationsaufwand habe. Bereits heute würden die Kliniken viele Daten und umfangreiche Qualitätsberichte veröffentlichen. Diese Informationen seien im Krankenhausverzeichnis und in der Weißen Liste anwenderfreundlich aufbereitet und einsehbar. Es erschließe sich nicht, warum ein neues Transparenzverzeichnis erforderlich sei, zumal dieses nicht zwangsläufig mehr Transparenz bedeute. Es würden nur Daten aneinandergereiht, die keine Aussage über die tatsächliche Ergebnisqualität eines Krankenhauses zuließen. Durch das Transparenzregister würden Kosten verursacht, Doppelstrukturen geschaffen und letztendlich kleinere Krankenhäuser gefährdet. Alles in allem sei der Gesetzentwurf nicht zielführend und werde daher abgelehnt.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** widersprach, denn mit dem Krankenhaustransparenzgesetz gehe man einen wichtigen Schritt. Die Patientinnen und Patienten, aber auch die eine Krankenhausbehandlung verordnenden Ärztinnen und Ärzte könnten sich nun umfänglich über die Qualität eines Krankenhauses informieren. Es werde ein digitaler Krankenhausatlas geschaffen, der einfach und verständlich sei und dessen Daten zudem entgeltfrei über eine digitale Schnittstelle zur Verfügung gestellt werden. In den mit den Ländern geeinten Eckpunkten sei das Transparenzgesetz vereinbart worden, in die Krankenhausplanung der Länder werde nicht eingegriffen. Die Ausweisung von Leistungsstufen und Leistungsgruppen habe rein informativen Charakter. Das Verzeichnis nutze ganz überwiegend im Krankenhauswesen bereits vorhandene Daten. Zusätzlicher bürokratischer Aufwand entstehe daher nicht. Wichtig sei, dass künftig auch die Hebammen einbezogen seien und die Einhaltung von Mindestmengen und Personaluntergrenzen sowie das Vorhandensein von Qualitätszertifikaten im Verzeichnis veröffentlicht würden. Zudem werde mit dem Gesetz die Liquidität der Krankenhäuser kurzfristig verbessert. Das sei ein wichtiger Punkt.

Die **Fraktion der FDP** wies darauf hin, dass das Gesundheitswesen eine der wichtigsten Säulen der Gesellschaft sei. Es müsse eine qualitativ hochwertige Versorgung der Bürgerinnen und Bürger sichergestellt werden. Das werde Krankenhaustransparenzgesetz einen relevanten Beitrag dazu leisten. Es entspreche der in dem Eckpunktetpapier der Länder und des Bundes festgelegte Vorgehensweise. Das gelte auch für die Versorgungsstufen. Die Planungshoheit der Krankenhäuser liege bei den Ländern. Transparenz sei von entscheidender Bedeutung, um ein funktionierendes Gesundheitssystem zu gewährleisten, indem Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzten einen Zugang zu hochwertigen und aktuellen Informationen erhielten. So werde die Freiheit der Entscheidung und die Effizienz des Gesundheitswesens gefördert. In einer freien Gesellschaft sollten die Bürgerinnen und Bürger die Möglichkeit haben, ihre Gesundheitsentscheidungen auf der Grundlage der Informationen zu treffen. Das Krankenhaustransparenzgesetz stelle sicher. Zusammengefasst sei das Gesetz ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu mehr Transparenz und Qualitäten im Gesundheitssystem.

Die **Fraktion der AfD** erklärte, den Gesetzentwurf abzulehnen. Zwar sei Transparenz für die Qualitätssteigerung sinnvoll, aber es sei in dem Gesetzentwurf kein Mehrwert zu erkennen. Statt die geplante Krankenhausreform zu flankieren, nehme das Gesetz wesentliche Teile der geplanten Krankenhausreform, nämlich die Zuordnung in Level, bereits vorweg. Das sei die falsche Reihenfolge. Außerdem bezweifle die Fraktion, dass die künftig zu erhebenden Daten die Patienten oder die einweisenden Ärzte in die Lage versetzten, die Qualität eines Krankenhauses beurteilen und die richtige Wahl treffen zu können. Das Vorhaben werde nicht für Qualität, sondern für Verwirrung sorgen. Es sei auch darauf verwiesen, dass die Datenübermittlung nach § 13 Absatz 5 IfSG bis heute nicht stattfindet, was die Frage aufwirft, welche Bedeutung die Bundesregierung der Datenübermittlung überhaupt beimisst. Hinzu komme, dass bereits etablierte Qualitätskriterien nicht berücksichtigt würden. Das Deutsche

Krankenhausverzeichnis sei schon längst in Betrieb und werde auch sehr gut genutzt. Leider sei nun die finanzielle Unterstützung entzogen worden. Die Fraktion kritisierte zudem, die Möglichkeit, Vergütungsabschläge einzubehalten, wenn die Krankenhäuser nicht rechtzeitig ihre Daten lieferten. In dem Gesetz werde in der Hauptsache nur Strukturqualität und keine Ergebnisqualität abgebildet. Die Fraktion lehne den Gesetzentwurf ab.

Die **Fraktion DIE LINKE.** begrüßte aus Patientensicht grundsätzlich sehr, wenn Krankenhausleistungen und ihre Qualität transparent seien und die Patientinnen und Patienten das geeignetste Krankenhaus auswählen könnten. Dadurch, dass allerdings nach dem Gesetzentwurf vor allem wettbewerbliche, ökonomische Anreize gesetzt werden sollen, werde dieses Ziel verfehlt. Dies könne zu einer Selektion bei den Patientinnen und Patienten führen. Die Krankenhäuser würden, um ihre Qualität auf dem Papier zu verbessern, möglichst nur Patientinnen und Patienten aufnehmen, die wenig Vorerkrankungen hätten oder möglichst jung und normalgewichtig seien oder die Patientinnen und Patienten würden auf dem Papier bei der Aufnahme kränker gemacht, als sie seien. Wenn Qualitätsprobleme vertuscht oder nicht offen angesprochen würden, erreiche das Transparenzgesetz genau das Gegenteil dessen, was erreicht werden solle, nämlich maximale Intransparenz. Denn wenn die Ergebnisqualität wirtschaftliche Folgen habe, seien für die Kliniken nur die formale Erreichung der diesbezüglich relevanten Kennzahlen wichtig, alle anderen würden vernachlässigt. Kritisiert werde auch, dass die Qualität der Krankenhäuser, die Notfälle behandelten, keine Rolle spiele. Es gebe keine Ansätze deren Qualität zu verbessern. Statt des Regierungsvorhabens müsse zunächst definiert werden, wo welche Krankenhäuser mit welchen Abteilungen und Leistungen in welcher Größe benötigt würden. Dann müsse dafür gesorgt werden, dass in einer offenen Fehlerkultur in Krankenhäusern sowohl für elektive Leistungen als auch für Notfälle die bestmögliche Qualität erbracht werde. Das erreiche man nicht, indem man den Krankenhäusern Mittel entziehe. Aus den genannten Gründen werde die Fraktion den Gesetzentwurf ablehnen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksache 20/8408 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Zu Artikel 1

Zu Nummer 1

Zu § 135d Absatz 1 Satz 1

Mit der Änderung wird der erstmalige Veröffentlichungszeitpunkt des Transparenzverzeichnisses verschoben, um die notwendigen Vorarbeiten zur Veröffentlichung und insbesondere auch die erforderlichen Datenaufbereitungen zu ermöglichen.

Zu § 135d Absatz 1 Satz 2

Mit der Ergänzung wird sichergestellt, dass die regelmäßige Änderung des Transparenzverzeichnisses auf Grundlage der aktuellsten Daten und Mitteilungen erfolgt, und dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Nutzung des Transparenzverzeichnisses durch die Öffentlichkeit evaluieren wird. Das BMG wird die Ergebnisse der Untersuchung der Nutzung des Transparenzverzeichnisses jährlich veröffentlichen.

Zu § 135d Absatz 1 Satz 5

Die im Transparenzverzeichnis veröffentlichten und die dem zugrunde liegenden Daten, die die vom BMG nach Satz 3 benannte Stelle vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) und vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erhalten hat, werden im Sinne der „Open Data“-Strategie der Bundesregierung der Öffentlichkeit entgeltfrei zur Verfügung gestellt. Es handelt sich nicht um personenbezogene Daten. Diese Daten sollen perspektivisch durch eine geeignete technische Schnittstelle auf Grundlage geeigneter internationaler Standards bei der benannten Stelle zum Abruf zur Verfügung gestellt werden. Die technische Schnittstelle soll zum 1. Januar 2026 eingerichtet werden.

Zu § 135d Absatz 2

Durch die Änderungen in den Sätzen 1 und 2 wird klargestellt, dass das IQTIG bei ihm bereits vorhandene sowie vom InEK gelieferte Daten, die für eine Veröffentlichung und Aktualisierung des Transparenzverzeichnisses erforderlich sind, aufbereitet. Ziel der Datenaufbereitung ist, die in Absatz 3 genannten Informationen zu erzeugen. Dabei hat das IQTIG kontinuierlich die aktuellsten Datenbestände zu nutzen. Die Daten, welche das IQTIG zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis neben öffentlich zugänglichen Daten verarbeiten darf, ergeben sich aus § 299 Absatz 7. Weiterhin wird klargestellt, dass das IQTIG zur patientengerechten Aufbereitung der Informationen auch qualitative Auswertungen, d. h. Bewertungen zu geeigneten Informationen, vornehmen kann. Entsprechende Bewertungen können Einstufungen in Bewertungskategorien ebenso wie laienverständliche Beschreibungen beinhalten.

Satz 3 wird um den Begriff Bewertungen ergänzt. Damit wird klargestellt, dass das IQTIG die Möglichkeit hat, Informationen sowohl in quantitativer als auch qualitativer Hinsicht zu bewerten. Die Ergänzung in Satz 4 stellt sicher, dass das IQTIG fortlaufend die ihm zur Verfügung stehenden aktuellsten Daten und Meldungen verarbeitet und unverzüglich für die Aktualisierung des Transparenzverzeichnisses zur Verfügung stellen muss.

Die im bisherigen Satz 6 vorgesehene gesetzliche Vorrangregelung zur Priorisierung der Aufgaben des IQTIG im Zusammenhang mit dem Transparenzverzeichnis entfällt.

Satz 7 regelt, dass das IQTIG immer dann externe wissenschaftliche Expertinnen und Experten in seine Arbeit einbeziehen kann, wenn aus seiner Sicht eine Beratung durch wissenschaftlichen Sachverstand, der nicht ausreichend im IQTIG vertreten ist, notwendig ist. Ziel dieser Arbeitsweise ist eine möglichst hochwertige Informationsgrundlage unter Berücksichtigung aller wichtigen Wissensbestände zu erreichen. All diese Anforderungen tragen zu aussagekräftigen Informationen über die Qualität der Krankenhausbehandlung bei. Das Nähere zum Verfahren der Beratung durch externe Expertinnen und Experten ist in den methodischen Grundlagen des Instituts

geregelt, öffentlich verfügbar unter: https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27_barrierefrei.pdf. Dabei wird die Möglichkeit eines Zugriffs auf personenbezogene Daten durch externe Expertinnen und Experten ausgeschlossen.

Die Trägerin des IQTIG, die Stiftung für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, wird verpflichtet, eine termingerechte Umsetzung der Aufgaben, die für das IQTIG durch die Errichtung und den Betrieb des Transparenzverzeichnisses entstehen, sicherzustellen. Damit wird die Selbstverwaltung angehalten, dem IQTIG die Umsetzung seiner gesetzlichen Aufgaben zu ermöglichen und für die Vorhaltung der dafür erforderlichen Ressourcen beim IQTIG zu sorgen.

Zu § 135d Absatz 3

Durch die Ergänzung in Satz 1 wird klargestellt, dass im Transparenzverzeichnis zur patientengerechten Informationsaufbereitung auch qualitative Auswertungen bzw. Bewertungen zu geeigneten Informationen veröffentlicht werden können. Diese Bewertungen können verständliche Beschreibungen oder Einstufungen in Bewertungskategorien beinhalten, auch können Vergleiche zwischen einzelnen Krankenhausstandorten vorgenommen werden. Beispielsweise soll im Transparenzverzeichnis in geeigneter Form dargestellt werden, welcher Krankenhausstandort ein auffälliges Verhältnis von Personal zu Patientinnen und Patienten vorhält. Grundlage für diese Information sind Vorarbeiten des InEK. Dieses hat nach § 21 Absatz 3d des Krankenhausentgeltgesetzes die von den Krankenhäusern übermittelten Informationen (u. a. zum Krankenhauspersonal) in geeigneter Form auszuwerten.

Mit der Einfügung in Satz 1 Nummer 1 wird dem Anliegen der Länder Rechnung getragen, erst dann im Transparenzverzeichnis Leistungsgruppen auszuweisen, wenn die Landesplanungsbehörden eine im Rahmen der geplanten Krankenhausreform vorgesehene Zuweisung von Leistungsgruppen vornehmen konnten. Daher sieht die Regelung vor, dass in einem Übergangszeitraum bis zum 30. September 2024 die Fallzahlen differenziert nach Fachabteilungen dargestellt werden sollen. Die ab 1. Oktober 2024 vorgesehene Ausweisung von Fallzahlen zu den in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen bezieht sich auf die erbrachten und abgerechneten Leistungen. Es geht ausschließlich um die Darstellung des aktuellen tatsächlichen Leistungsangebots am jeweiligen Krankenhausstandort. Diese bloße Darstellung des „status quo“ hat keinen Einfluss auf und keine präjudizielle Wirkung für die künftige Leistungserbringung an dem jeweiligen Krankenhausstandort. Durch die Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis wird weder die Krankenhausplanung durch die Länder noch die Vergütung der Leistungen berührt.

Mit der Anfügung in Satz 1 Nummer 1 wird darüber hinaus sichergestellt, dass Fallzahlen auch bezogen auf wesentliche erbrachte Leistungen ausgewiesen werden. Für Patientinnen und Patienten sowie auch für einweisende Ärztinnen und Ärzte ist es eine sinnvolle zusätzliche Information, wenn neben der Fallzahl der erbrachten Leistungen einer Fachabteilung bzw. einer Leistungsgruppe auch die jeweilige Fallzahl für eine konkret erbrachte Leistung abgebildet wird. Denkbar ist dies insbesondere für solche Leistungen, die besonders relevant für Patientinnen und Patienten sind und zu Leistungsgruppen gehören, die eine Vielzahl von Leistungen beinhalten, die dadurch keine aussagekräftige Abbildung von Leistungen mit einer eher kleinen Fallzahl zulassen. Um welche Leistungen es sich dabei sinnvollerweise im Einzelnen handelt, bestimmt das InEK vorab im Einvernehmen mit dem IQTIG.

Die Veröffentlichung leicht verständlicher Informationen über die stationäre Versorgung in einem Transparenzverzeichnis ist geeignet und erforderlich, um mehr Transparenz und weitere Qualitätsverbesserungen in der stationären Versorgung zu erzielen. In § 135d Absatz 3 werden die Informationen festgelegt, die insbesondere Eingang in die Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis finden. Das IQTIG soll dabei den Fokus auf wesentliche, für Patientinnen und Patienten relevante Endpunkte wie Komplikationen und Mortalität legen. Dort, wo es fachlich sinnvoll und vom Aufwand her angemessen ist, sind neben den genannten medizinischen Ergebnissen auch patientenrelevante Prozesse und Strukturen abzubilden. Die Aufbereitung und Darstellung der Informationen im Transparenzverzeichnis soll entsprechend den fachwissenschaftlichen Grundlagen des IQTIG erfolgen und quantitative sowie qualitative Bewertungen der vorhandenen Daten umfassen. Mit der Ergänzung von Nummer 4 wird klargestellt, dass das IQTIG zur besseren Verständlichkeit der Informationen auch eine Zusammenfassung (Aggregation) beziehungsweise Indexbildung (d. h. quantitative Bewertungen) sowie aufgrund der Ergänzung von § 135d Absatz 3 Satz 1 eine Bewertung von Erkenntnissen aus Qualitätssicherungsverfahren nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 (d. h. qualitative Bewertungen) vorzunehmen hat. Bei diesen Maßnahmen zur Erhöhung der Verständlichkeit für Laien wird das IQTIG in Abwägung mit der von ihm sicherzustellenden sachlichen Richtigkeit zu gewährleisten haben, Fehlinterpretationen zu vermeiden. So hat etwa eine Bewertung ausschließlich auf

Grundlage aktueller und belastbarer Daten zu erfolgen, eine bloße Unter- oder Überschreitung eines Referenzbereichs genügt hierzu nicht. Zudem ist eine angemessene Risikoadjustierung der Daten sicherzustellen sowie die Einbeziehung der Perspektiven Dritter (Wissenschaft, Versorgung und Patientinnen und Patienten) durch sog. Beratung durch externe Expertinnen und Experten bei der (Weiter-)Entwicklung von Maßnahmen vorzusehen. Dieses Vorgehen entspricht den fachwissenschaftlichen Grundlagen des Instituts; öffentlich verfügbar unter: https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27_barrierefrei.pdf.

Die Erklärung des IQTIG zur Richtigkeit und Sachlichkeit der Daten bezieht sich nicht auf die vom InEK gelieferten Daten, da deren Erhebung außerhalb des Zuständigkeitsbereichs und damit der Verantwortung des IQTIG liegt. Die sogenannten InEK-Daten werden vor der Übermittlung an das IQTIG bereits einer Plausibilitätsprüfung durch die vom InEK eingerichtete Datenstelle unterzogen, vgl. § 21 Absatz 3 Krankenhausentgeltgesetz. Die Daten aus der datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung, die sich für die Darstellung im Transparenzverzeichnis eignen, wurden ebenfalls bereits validiert und haben bereits ein Prüfverfahren, das sogenannte Stellungnahmeverfahren durchlaufen, vgl. § 17 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur datengestützten, einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). Eine solche Kontrollschleife ist notwendig, um Meinungsverschiedenheiten zwischen IQTIG und einem Krankenhaus im Hinblick auf zu veröffentlichende Vergleichsdaten im Vorfeld auszuräumen. Ein erneutes weiteres Prüfverfahren vor Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis würde eine Doppelung der Kontrolle bedeuten und einer möglichst bürokratiearmen Gestaltung des Betriebs des Transparenzverzeichnisses widersprechen.

Mit der Einfügung der Nummern 5 bis 7 werden weitere Informationen festgelegt, die im Transparenzverzeichnis veröffentlicht werden sollen. BMG wird zudem regelmäßig prüfen, ob neue Erkenntnisse zu patientenrelevanten Informationen über die Qualität der Krankenhausbehandlung vorliegen und im Transparenzverzeichnis aufgenommen werden sollten. Ebenfalls geprüft wird, ob perspektivisch neben der Information über die personelle Ausstattung des pflegerischen und ärztlichen Personals am jeweiligen Krankenhausstandort auch Angaben zur Personalausstattung und -auslastung weiterer Berufsgruppen veröffentlicht werden sollen und ob weitere Datenübermittlungspflichten der Krankenhäuser zu ihrer Personalausstattung vorgegeben werden sollen, sofern ein Aussagegehalt zur Behandlungsqualität besteht. Perspektivisch soll weiterhin die Patientenperspektive berücksichtigt werden, indem insbesondere Ergebnisse aus Patientenbefragungen als zusätzliche Erkenntnisgrundlage bei der Darstellung der Versorgungsqualität ergänzt werden. Das BMG kann hierbei externen Sachverstand heranziehen.

Zu § 135d Absatz 3 Nummer 5

Da Zertifikate eine hohe Aussagekraft über die Qualität der Behandlung in dem jeweiligen Krankenhaus haben können und insofern für Patientinnen und Patienten bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung relevant sind, soll im Transparenzverzeichnis über jeden Krankenhausstandort informiert werden, ob und wenn ja, welche geeigneten, aussagekräftigen Zertifikate und Qualitätssiegel über die stationäre Versorgung dieser vorhält. Welche Zertifikate und Qualitätssiegel für eine Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis geeignet sind, bestimmt das IQTIG. Dabei kann das IQTIG Erkenntnisse nutzen, die es im Rahmen einer Beauftragung nach § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 7 gewonnen hat. Dabei sind nur solche Zertifikate und Qualitätssiegel zu veröffentlichen, deren Vorliegen ein Krankenhausträger für den jeweiligen Standort gegenüber dem IQTIG in geeigneter Form nachgewiesen hat. Der Nachweis kann in der Regel mittels elektronischer Vorlage einer Bescheinigung (z. B. Zertifikatsurkunde) und unter Angabe der Gültigkeitsdauer erfolgen. Zertifikate und Qualitätssiegel sind vom IQTIG nur für den Zeitraum ihrer Gültigkeit auszuweisen. Das IQTIG kann Informationen zur Gültigkeit des Vorliegens eines Zertifikats oder eines Qualitätssiegels beim Krankenhausträger (bspw. Anforderung eines aktuellen Nachweises) oder beim Aussteller des Zertifikats/Qualitätssiegels einholen.

Zu § 135d Absatz 3 Nummer 6

Für jeden Krankenhausstandort ist anzugeben, ob und wenn ja, welche mindestmengenrelevanten Leistungen dort erbracht werden. Weiterhin ist darzustellen, ob der Krankenhausstandort zur Erbringung dieser Leistungen auch berechtigt ist. Hierbei sind auch geeignete Informationen, die im Rahmen der Prognoseübermittlung nach § 136b Absatz 5 verarbeitet wurden, zu verwenden. Weiterhin ist darzustellen, sofern ein Krankenhausstandort aufgrund einer Genehmigung nach § 136b Absatz 5a übergangsweise tätig werden darf.

Zu § 135d Absatz 3 Nummer 7

Weiterhin ist anzugeben, ob ein Krankenhaus an dem gestuften System von Notfallstrukturen teilnimmt, bzw. welcher Stufe der Notfallversorgung jedes Krankenhaus zugeordnet ist. Maßgeblich sind hierbei die Festlegungen der Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4.

Mit dem neu angefügten Satz 8 werden weitere Datenübermittlungspflichten normiert. Mit Nummer 1 werden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen berechtigt und verpflichtet, bestimmte ihnen vorliegende aktuelle Informationen an das IQTIG zu übermitteln. Die Übermittlungsbefugnis betrifft relevante Informationen über die Einhaltung bzw. Nichteinhaltung der vom G-BA festgelegten Mindestmengen einschließlich der Leistungsberechtigung aufgrund einer Ausnahmegenehmigung nach § 136b Absatz 5a. Die konkreten für die Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis erforderlichen Informationen sind mit dem IQTIG abzusprechen. Zudem wird mit Nummer 2 die unverzügliche Übermittlung der aktuellen Notfallstufe durch die Krankenhäuser vorgesehen. Diese Übermittlung erfolgt erstmals nach Inkrafttreten des Gesetzes und danach jeweils bei Änderungen der Zuordnung. Die Übermittlungsverpflichtung stellt sicher, dass im Transparenzverzeichnis aktuelle Informationen über die Einhaltung von Mindestmengen sowie die Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA veröffentlicht werden können. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben die Übermittlungen gemeinsam und einheitlich vorzunehmen, entsprechend soll sichergestellt werden, dass das IQTIG von den Krankenkassen und Ersatzkassen abgestimmt einheitlich informiert wird. Zudem wird eine Übermittlung vom IQTIG an InEK vorgesehen, sofern dies zur Auswertung von Daten durch das InEK erforderlich ist.

Zu § 135d Absatz 4

Es wird normiert, dass die Erbringung von nur sehr wenigen Leistungen aus einer Leistungsgruppe im Einzelfall nicht zu einer Berücksichtigung der Leistungsgruppe im Rahmen der Zuordnung der Standorte der Krankenhäuser zu Versorgungsstufen nach § 135d Absatz 4 führt. Hierfür bestimmt das BMG auf Vorschlag des InEK, welche Leistungserbringer als Krankenhausstandort mit sehr geringem Leistungsumfang für eine oder mehrere Leistungsgruppen gelten. Die Bestimmung stellt eine vorbereitende Maßnahme für das Informationshandeln dar und dient der sachlich richtigen Veröffentlichung der Informationen im Transparenzverzeichnis. Für solche Krankenhausstandorte, an denen nur sehr wenige Behandlungsfälle einer Leistungsgruppe gemäß der Bestimmung erbracht werden, ist diese Leistungsgruppe im Rahmen der Levelzuordnung nicht zu berücksichtigen. Insbesondere die bloße Gelegenheitsversorgung in einer Leistungsgruppe soll durch das InEK untersucht und nicht bei der Zuordnung zu den Levels berücksichtigt werden. Dies soll die Aussagekraft der Levelzuordnung sicherstellen. Bezugspunkt für die Einordnung als Krankenhausstandort mit sehr geringem Leistungsumfang sind die bundesweit erbrachten Behandlungsfälle einer Leistungsgruppe.

Die Nichtberücksichtigung bei der Level-Zuordnung hat keine vergütungsrechtliche oder krankenhauserplanerische Wirkung.

Zu § 135d Absatz 6

Das IQTIG wird gesetzlich beauftragt, zu prüfen, inwieweit bestimmte zusätzliche Informationen zur personellen Ausstattung eines Krankenhauses Rückschlüsse auf die Qualität der Leistungserbringung ermöglichen. Bei der Prüfung, ob Informationen zur Ausstattung mit weiteren Berufsgruppen relevante Rückschlüsse auf die Behandlungsqualität zulassen, ist nach den konkreten Berufsbildern zu differenzieren. Die Prüfung, inwieweit eine Auswertung von arztbezogenen Angaben bei Operationen und Prozeduren Rückschlüsse auf die Behandlungsqualität zulassen, scheint mangels entsprechender Datengrundlage in Deutschland derzeit kaum möglich. Daher soll IQTIG prüfen, welche Daten konkret erforderlich sind, um entsprechende Erkenntnisse zu ermöglichen und wie diese Daten aufwandsarm gewonnen werden könnten und zu welchen Leistungen dies sinnvoll ist.

Das IQTIG berichtet schriftlich bis Ende 2024 über die Ergebnisse dieser Prüfungen. Das BMG wird auf dieser Basis prüfen, ob weitere Inhalte des Transparenzverzeichnisses und zusätzliche Datenübermittlungspflichten gesetzlich vorgesehen werden sollten.

Zu Nummer 3a

Zu § 137j Absatz 1 Satz 9 SGB V

In § 137j Absatz 1 Satz 9 wird die Frist zur Veröffentlichung von Pflegepersonalquotienten durch das InEK angepasst. Ursprünglich war das Berechnungssystem zur Ermittlung des Pflegepersonalquotienten darauf ausgelegt, die Daten des vorletzten Jahres zu benutzen. Seit einiger Zeit ist es dank einer Anpassung der Datenübermittlungssysteme möglich, die Daten des letzten Jahres zugrunde zu legen. Da es aufgrund des Zeitpunktes der Datenlieferung nicht möglich ist, die Datenauswertung abzuschließen und die Veröffentlichung bis zum 31. August vorzunehmen, wird die Frist bis zum 31. Oktober erweitert. Mit dieser geringfügigen Verschiebung lassen sich dank Nutzung aktuellerer Daten aussagekräftigere Ergebnisse erzielen.

Zu Nummer 3b

Zu § 137k Absatz 4 SGB V

Bisher beinhaltete die Vorschrift des § 137k nur die Möglichkeit, Vergütungsabschläge durch Rechtsverordnung zu bestimmen, wenn Krankenhäuser die Ist-Personalbesetzung nicht an die festgelegte Soll-Personalbesetzung anpassen oder diese Anpassung nicht nachweisen. Dies ist erst in einer späteren Phase des Verfahrens relevant, in der eine Verordnung nach § 137k Absatz 5 vorliegt. Für den Fall, dass die Krankenhäuser die in einer Verordnung nach § 137k Absatz 4 SGB V festzulegenden Datenerfassungs- und Datenübermittlungspflichten nicht erfüllen, waren bis jetzt keine Vergütungsabschläge als Sanktionen vorgesehen. In der nach § 137k Absatz 2 durchgeführten wissenschaftlichen Erprobung der Pflegepersonalregelung 2.0 wurde jedoch deutlich, dass es einer Sanktionierungsmöglichkeit bei Nichtübermittlung von Daten an das InEK bedarf. Trotz der gesetzlich vorgesehenen Verpflichtung zu Teilnahme an der Erprobung haben lediglich 44 Prozent der von dem Auftragnehmer in die Stichprobe aufgenommenen Krankenhäuser Daten geliefert. Die Einführung des Pflegepersonalbemessungsinstrumentes soll stufenweise erfolgen. Zunächst wird durch eine Verordnung nach § 137k Absatz 4 eine Verpflichtung zur Anwendung des Pflegepersonalbemessungsinstrumentes und zur Übermittlung der entsprechenden Daten an das InEK aufgestellt. Auf dieser Grundlage sollen später die einzuhaltenden Werte der Personalausstattung bestimmt werden. Hierfür ist es unerlässlich, dass die Datenlieferung möglichst vollständig erfolgt. Aus diesem Grund wird eine fehlende, unvollständige oder nicht rechtzeitige Datenübermittlung mit Sanktionen in Form von Vergütungsabschlägen bewehrt. Diese Sanktionen sind durch die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG zu vereinbaren. Zu diesem Zweck haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung eine Vereinbarung zur Höhe und näheren Ausgestaltung dieser Vergütungsabschläge zu treffen. Diese Vereinbarung ist innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Verordnung nach § 137k Absatz 4 abzuschließen. Bei Nichteinigung hat die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes innerhalb von sechs Wochen die ausstehenden Entscheidungen zu treffen. Das beinhaltet Festlegung von ausstehenden Inhalten der Vereinbarung und alle anderen Schritte, die zur Fertigstellung der Sanktionsvereinbarung notwendig sind. So wird sichergestellt, dass eine Sanktionsvereinbarung zustande kommt.

Zu Nummer 3c

Zu § 137l Absatz 4 Satz 2 SGB V

§ 137l regelt die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Personalbemessung im Krankenhaus. Es ist vorgesehen, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene im Sinne des § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes verpflichtet sind, hierfür bis zum 30. September 2023 einen Auftragnehmer zu beauftragen. In § 137l Absatz 4 Satz 2 ist eine Ersatzvornahme und Beauftragung eines Auftragnehmers durch das Bundesministerium für Gesundheit nur für den Fall vorgesehen, dass sich die Vertragsparteien nicht über den Inhalt der Beauftragung geeinigt haben. Durch die vorliegende Änderung soll sichergestellt werden, dass eine Beauftragung durch das Bundesministerium für Gesundheit auf Kosten der Vertragsparteien auch dann erfolgen kann, wenn sich die Vertragsparteien zwar auf den Inhalt der Beauftragung einigen konnten, jedoch das Vergabeverfahren nicht innerhalb der vorgesehenen Frist nach § 137l Absatz 3 Satz 2 zum erfolgreichen Abschluss gebracht wurde. Da das Vergabeverfahren noch nicht zum Abschluss gebracht wurde, erscheint es notwendig, die Möglichkeit einer Beauftragung durch das Bundesministerium für Gesundheit zu schaffen, damit die Weiterentwicklung des Personalbemessungsinstrumentes wie geplant stattfinden kann. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund angezeigt, dass die gem. § 137k Absatz

2 durchgeführte Erprobung des Pflegepersonalbemessungsinstrumentes einige Mängel, insbesondere im Hinblick auf eine standardisierte und bürokratiearme Anwendung, aufgezeigt hat. Daher erscheint es wichtig, dass bereits parallel zur Einführung des Pflegepersonalbemessungsinstrumentes durch eine Verordnung nach § 137k Absatz 4 die notwendige Weiterentwicklung erfolgt, um die Qualität der Daten kontinuierlich zu steigern und gleichzeitig die bürokratische Belastung des Personals abzubauen. Die Regelung stellt die Durchführung der Beauftragung ins Ermessen des Bundesministeriums für Gesundheit, um insbesondere unter Berücksichtigung der bereits durch die Vertragsparteien geleisteten Vorarbeiten eine möglichst effiziente Lösung für die Sicherstellung der wissenschaftlichen Weiterentwicklung nach § 137l finden zu können.

Zu Artikel 2

Einleitungssatz

Der Einleitungssatz wird aufgrund weiterer Änderungen im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) redaktionell angepasst.

Zu den Nummern 1 bis 3

Die Neufassung der Nummern 1 bis 3 ist erforderlich, da hiermit im Vergleich zur Kabinettfassung des Gesetzesentwurfs weitere Änderungen im KHEntgG vorgenommen werden, die in der Abfolge des KHEntgG vor § 21 angesiedelt sind.

Zu Nummer 1

Zu § 6a Absatz 4 Krankenhausentgeltgesetz

Mit der Regelung wird eine frühzeitige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen beim Pflegepersonal durch eine unterjährige Erhöhung des krankhausindividuellen Pflegeentgeltwerts eingeführt. Hierdurch wird die Liquidität der Krankenhäuser gestärkt.

Sobald die Vertragsparteien auf Bundesebene eine Erhöhungsrage für Tarifierhöhungen vereinbaren, wenden Krankenhäuser für den Rest des Jahres anstelle des Pflegeentgeltwerts nach Satz 3 einen erhöhten Pflegeentgeltwert für die Abrechnung der mit Bewertungsrelationen bewerteten tagesbezogenen Pflegeentgelte an (Satz 1). Dafür wird der Pflegeentgeltwert um die Tarifierhöhung im Bereich des Pflegepersonals ohne Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen erhöht. Diese Tarifierhöhung ist daher von den Vertragsparteien auf Bundesebene im Rahmen der Vereinbarung einer Erhöhungsrage für Tarifierhöhungen separat auszuweisen (siehe Änderung in § 9 Absatz 1 Nummer 7). Die Tarifierhöhung im Bereich des Pflegepersonals ohne Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen spiegelt die Tarifierhöhungen für das im Pflegebudget erfasste Pflegepersonal am besten wider, ohne zusätzlichen Erfüllungsaufwand zu verursachen, da der Wert im Zuge der Vereinbarung einer Erhöhungsrage ohnehin von den Vertragsparteien auf Bundesebene ermittelt werden muss. Die Tarifierhöhung im Bereich des Pflegepersonals ohne Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen ist insbesondere besser geeignet als die Tarifrage, die auch von Tarifabschlüssen für das übrige nichtärztliche Personal und für Ärztinnen und Ärzte geprägt ist. Die Erhöhung des Pflegeentgeltwerts ist zudem abhängig vom Zeitpunkt, ab dem der erhöhte Pflegeentgeltwert abgerechnet wird. Je später im Jahr der erhöhte Pflegeentgeltwert zur Abrechnung kommt, desto höher muss die Erhöhung des ursprünglich für das Jahr geltenden Pflegeentgeltwerts ausfallen (Satz 2). Der so erhöhte Pflegeentgeltwert wird vom Krankenhaus für die Abrechnung der mit Bewertungsrelationen bewerteten tagesbezogenen Pflegeentgelte angewendet. Zugunsten einer kurzfristigen und unterjährigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen erfolgt die Umsetzung in einem einfachen Verfahren, so dass eine Vereinbarung mit den übrigen Vertragsparteien auf Ortsebene und eine erneute Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde nicht erforderlich ist. Mehr- oder Mindererlöse, die durch die Anwendung des erhöhten Pflegeentgeltwerts entstehen, werden im Rahmen der bestehenden Erlösausgleiche ausgeglichen.

Zu Nummer 2

Zu § 9 Absatz 1 Nummer 7 Krankenhausentgeltgesetz

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt

Es handelt sich um eine Änderung im Zusammenhang mit der Einführung einer frühzeitigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen beim Pflegepersonal durch eine unterjährige Erhöhung des krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwerts (siehe Änderung in § 6a Absatz 4). Damit Krankenhäuser unterjährig den abzurechnenden Pflegeentgeltwert erhöhen können, benötigen sie eine Information über den Umfang der Tarifierhöhung beim Pflegepersonal. Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden daher verpflichtet, im Rahmen der Vereinbarung der Erhöhungsrates die prozentuale Tarifierhöhung für den Bereich nach § 10 Absatz 5 Satz 3 Nummer 1 separat auszuweisen. Ein messbarer zusätzlicher Aufwand für die Vertragsparteien auf Bundesebene entsteht durch die zusätzliche Ausweisung der Tarifierhöhung für den Bereich nach § 10 Absatz 5 Satz 3 Nummer 1 nicht, da die Ermittlung dieses Wertes bereits nach geltender Rechtslage für die Vereinbarung der Erhöhungsrates erforderlich ist.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Zu § 15 Absatz 2a Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz

Für eine nicht unerhebliche Zahl von Krankenhäusern liegt bisher für das Jahr 2020 noch keine genehmigte Vereinbarung zum Pflegebudget vor. Diese Krankenhäuser legen den vorläufigen Pflegeentgeltwert für die Berechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten zugrunde. Vor diesem Hintergrund wird ab dem Inkrafttreten des Gesetzes der in Fachkreisen als vorläufiger Pflegeentgeltwert bezeichnete Geldwert nach Absatz 2a Satz 1 von 230 Euro auf 250 Euro erhöht. Liquiditätsprobleme, die daraus entstehen können, dass der bisher gesetzlich festgelegte vorläufige Pflegeentgeltwert die Pflegepersonalkosten dieser Krankenhäuser nicht deckt, sollen dadurch vermieden werden. Zugleich geht der Gesetzgeber davon aus, dass zeitnah die Vereinbarungen der Pflegebudgets durch die Vertragsparteien vor Ort getroffen werden. Die neue Höhe des vorläufigen Pflegeentgeltwerts basiert auf der vom InEK ermittelten Bezugsgröße des Pflegeerlöskatalogs für das Jahr 2024, die auf Daten aus dem Jahr 2022 beruht. Für die Jahre 2023 und 2024 wurde dieser Wert hochgerechnet. Die Hochrechnung ergibt sich aus Erkenntnissen, die im Zusammenhang mit der Ermittlung der Teilkostenorientierungswerte für Personalkosten des Statistischen Bundesamtes gewonnen wurden.

Zu Buchstabe b

Zu § 15 Absatz 3 Krankenhausentgeltgesetz

Für eine nicht unerhebliche Zahl von Krankenhäusern liegt bisher für das Jahr 2020 noch keine genehmigte Vereinbarung zum Pflegebudget vor. Diese Krankenhäuser legen den vorläufigen Pflegeentgeltwert für die Berechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten zugrunde. Sofern retrospektiv der vereinbarte krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert für das Jahr 2020 höher ist als der vorläufig abgerechnete Pflegeentgeltwert, entstehen Mindererlöse, die nach § 6a Absatz 5 Satz 3 über einen erhöhten Pflegeentgeltwert des Jahres 2020 ausgeglichen werden. Für die Folgejahre kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass ein Pflegeentgeltwert mindestens in der Höhe des Jahres 2020 vereinbart wird. Um zu verhindern, dass durch ausstehende Vereinbarungen in den auf das Jahr 2020 folgenden Jahren Mindererlöse durch die Anwendung eines im Vergleich zu dem krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert für das Jahr 2020 geringeren vorläufigen Pflegeentgeltwerts entstehen, wird mit der Regelung die Möglichkeit geschaffen, diese Mindererlöse vorläufig zu berechnen und diese damit deutlich früher als bisher auszugleichen. Als Basis für die Berechnung des vorläufigen Mindererlösausgleiches für die Folgejahre ist der vereinbarte krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert des Jahres 2020 im Vergleich zu den vorläufig abgerechneten Pflegeentgeltwerten anzusetzen. Der vorläufige Mindererlösausgleich sollte unmittelbar in der Verhandlung für das Jahr 2020 ermittelt und vereinbart werden. Der endgültige Erlösausgleich erfolgt dann mit dem später vereinbarten Pflegeentgeltwert des jeweiligen Vereinbarungsjahres.

Auch für den Fall, dass ein Krankenhaus schon eine Vereinbarung über einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert geschlossen hat, die folgende Vereinbarung dann retrospektiv geschlossen wird und dabei ein höherer krankenhausindividueller Pflegeentgeltwert vereinbart wird, entstehen dem Krankenhaus Mindererlöse durch die Weitererhebung des (zu geringen) krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwerts des Vorjahres in den Folgejahren. Auch für diesen Fall können Mindererlösausgleiches für die Folgejahre (bis einschließlich zum Jahr des Inkrafttretens der aktuellen Vereinbarung) berechnet und über den krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert der aktuellen Vereinbarung finanziert werden. Basis für die Berechnung des Mindererlösausgleiches ist dann der aktuell vereinbarte Pflegeentgeltwert im Vergleich zum vereinbarten Pflegeentgeltwert des Vorjahres, der bis zum Inkrafttreten der neuen Vereinbarung weiter erhoben wurde.

Mit dieser Vorgabe soll sichergestellt werden, dass die Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser bei retrospektiven Vereinbarungen des Pflegebudgets bis zum Inkrafttreten der Vereinbarung für den laufenden Vereinbarungszeitraum gedeckt sind und Liquiditätsprobleme aufgrund der Weitererhebung von nicht kostendeckenden Pflegeentgeltwerten vermieden werden. Zugleich geht der Gesetzgeber davon aus, dass zeitnah die Vereinbarungen der noch ausstehenden Pflegebudgets durch die Vertragsparteien vor Ort getroffen werden. Vor diesem Hintergrund und angesichts der gesetzlichen Vorgaben des § 11 Absatz 6 ist die Anwendung der Regelung für das einzelne Krankenhaus bis zu dem Jahr begrenzt, in dem das Pflegebudget für das Jahr 2025 vereinbart wurde.

Zu Nummer 4

Zu § 21 Krankenhausentgeltgesetz

Zu Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e

Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) wurden Hebammen als Personen mit einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 5 Absatz 1 des Hebammengesetzes in die eindeutige bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten nach § 17b Absatz 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aufgenommen. Demzufolge ist es erforderlich, dass auch die Datenmeldung der Krankenhäuser an das InEK gemäß § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes die entsprechenden Informationen in der notwendigen Differenzierung der insgesamt beschäftigten Hebammen sowie der in Kreißsälen und auf bettenführenden Stationen beschäftigten Hebammen enthält.

Im Rahmen der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung ist es möglich, die Tätigkeit der Hebammen im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe bei der Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen zu berücksichtigen. Die Angaben darüber, inwiefern diese Anrechnung stattfindet, werden durch die Krankenhäuser im Rahmen ihrer Datenübermittlungspflichten nach § 137i SGB V dem InEK übermittelt. Die Aufnahme der Anzahl der Hebammen und ihrer verschiedenen Beschäftigungsorte im Krankenhaus gegliedert nach pflegesensitiven Bereichen, welche den Anknüpfungspunkt im Anwendungsbereich der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung bilden, hat das Ziel, dem InEK eine bessere Plausibilisierung der erhaltenen Daten zum Umfang der Hebammentätigkeit zu ermöglichen.

Zu Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe f

Die Regelung zur Übermittlung der Ärztedaten wird um die Verpflichtung zur Übermittlung der Schwerpunktbezeichnungen ergänzt. Dabei handelt es sich um Schwerpunkte im Sinne des § 2 Absatz 3 der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer. Die Veröffentlichung dieser detaillierten Informationen trägt dazu bei, dass sich die Bürgerinnen und Bürger einen umfassenden Überblick über die Fachkompetenzen der in einem Krankenhaus beschäftigten Ärztinnen und Ärzte verschaffen können.

Zu Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe g sowie Nummer 2 Buchstabe i

In den Ländern, in denen die Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans bereits auf der Grundlage von Leistungsgruppen erfolgt, werden solche Krankenhäuser, denen die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde Leistungsgruppen bereits bis zum Inkrafttreten des Krankenhaustransparenzgesetzes zugewiesen hat, verpflichtet, übergangsweise die Datenübermittlungen nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe g und Nummer 2 Buchstabe i für die ihnen mittels Feststellungsbescheid zugewiesenen Leistungsgruppen vorzunehmen.

Zu Absatz 3c

Durch die Ergänzung wird geregelt, dass die Arbeiten zur Zertifizierung des Leistungsgruppen-Groupers bis zum 30. September 2024 abzuschließen sind.

Zu Absatz 3d

Die Regelung sieht eine Ergänzung derjenigen Daten vor, die das InEK in Abstimmung mit dem IQTIG zum Zwecke des Transparenzverzeichnisses standort-, fachabteilungs- und leistungsgruppenbezogen auszuwerten und diesem anschließend zu übermitteln hat. Teil der auszuwertenden Daten sollen auch die nach Absatz 3b durch die Krankenhäuser an die Datenstelle beim InEK unterjährig dreimal zu übermittelnden Daten gemäß Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 2 sein. Ziel der Regelung ist es, dem InEK die Befugnis zur Auswertung einer breiteren und aktuelleren Datenbasis zu ermöglichen. Letzteres gilt insbesondere hinsichtlich der durch die Kran-

kenhäuser zu übermittelnden Leistungsdaten, sodass auch diese Daten jeweils zeitnah Eingang in das Transparenzverzeichnis nach § 135d SGB V finden können. Da die Daten nach Absatz 3b Satz 1 Nummer 3 im Jahresverlauf erstmals bis zum 15. Januar jeden Jahres für Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember des vorangegangenen Kalenderjahres nach voll- oder teilstationärer Behandlung aus dem Krankenhaus entlassen worden sind, zu übermitteln sind, kann das InEK die von den Krankenhäusern bis zum 15. Januar 2024 zu übermittelnden Daten für das gesamte vorherige Datenjahr 2023 bereits im Rahmen seiner Auswertungen berücksichtigen.

Durch Ergänzungen wird zudem klargestellt, dass das InEK fortlaufend die ihm zur Verfügung stehenden aktuellsten, auch unterjährig von den Krankenhäusern übermittelten Daten verarbeiten und unverzüglich für die Aktualisierung des Transparenzverzeichnisses zur Verfügung stellen muss.

Die Ergänzung des Verweises auf die Vorschriften des § 137i Absatz 4 Satz 1 bis 3, 6 und 7 SGB V dient der Klarstellung, dass zu den durch das InEK für das Transparenzverzeichnis auszuwertenden Daten auch die Erkenntnisse über den Grad der Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen durch die einzelnen Krankenhäuser gehören. Dazu gehören alle Daten, die im Zusammenhang mit der Prüfung der Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen erhoben werden, insbesondere die auf der Grundlage der gemäß § 137i Absatz 4 Satz 2 durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen getroffenen Nachweisvereinbarung (aktuelle Fassung unter folgendem Link abrufbar: <https://www.g-drg.de/pflegepersonaluntergrenzen-2023/ppug-nachweis-vereinbarung-fuer-das-jahr-2023>) erhobenen Daten. Diese Daten sind ohnehin in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser zu veröffentlichen (§ 137i Absatz 4 Satz 4 SGB V). Durch die vorliegende Ergänzung soll lediglich sichergestellt werden, dass das InEK ohne eine zeitliche Verzögerung die ihm vorliegenden Daten zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen durch die Krankenhäuser für die Zwecke des Transparenzverzeichnisses laufend auswerten kann.

Das InEK stellt die Auswertungen in einer geeigneten Darstellung zur Verfügung, die eine Bewertung eines Krankenhausstandortes im Vergleich zu anderen Krankenhausstandorten, zum Beispiel durch Nutzung von Perzentilen, vornimmt.

Berlin, den 18. Oktober 2023

Dr. Christos Pantazis
Berichterstatter

Stephan Pilsinger
Berichterstatter

Dr. Armin Grau
Berichterstatter

Dr. Andrew Ullmann
Berichterstatter

Dr. Christina Baum
Berichterstatterin

Ates Gürpinar
Berichterstatter

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt