

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 20/11722 –

Aussagekraft und Verlässlichkeit des Bundes-Klinik-Atlas

Vorbemerkung der Fragesteller

Seit dem 17. Mai 2024 ist der Bundes-Klinik-Atlas auf der Homepage www.bundes-klinik-atlas.de abrufbar. Der Bundesminister für Gesundheit, Dr. Karl Lauterbach, hat diesen bei der Vorstellung als „übersichtlichen Weg durch den Krankenhaus-Dschungel in Deutschland“ beschrieben. Der Bundes-Klinik-Atlas wird vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG), welches das Institut für Qualität im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt hat, die Qualität der stationären Versorgung durch einen solchen Atlas zu fördern, betrieben und verantwortet. Das IQTIG und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) liefern Qualitätsdaten zu.

Offenbar scheinen aber die Darstellungen im Bundes-Klinik-Atlas häufig nicht mit den tatsächlichen Verhältnissen übereinzustimmen. Bereits kurz nach dem Start haben eine Vielzahl von Kliniken deutschlandweit Fehlinformationen wegen veralteter oder falscher Daten gemeldet. Derartige Meldungen kamen unter anderem aus Schleswig-Holstein (www.shz.de/lokales/eckernfoerde/artikel/klinik-atlas-was-er-zur-schoen-klinik-eckernfoerde-sagt-47065481), Nordrhein-Westfalen (www.waz.de/politik/article242423714/Bundes-Klinik-Atlas-Krankenhaeuser-in-NRW-laufen-Sturm.html), Sachsen (www.lvz.de/mitteldeutschland/krankenhausgesellschaft-sachsen-kritisiert-klinik-atlas-von-lauterbach-HU2QP55Q75BYFEX5DQBLYA242M.html) oder aus Bayern (www.augsburger-allgemeine.de/politik/lauterbachs-bundes-klinik-atlas-enthalt-falsche-angaben-id70794091.html).

Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach hat daraufhin eingeräumt, dass der Klinik-Atlas ein Update brauche, und den Ersatz von veralteten Daten sowie die Optimierung von Suchfunktionen angekündigt (<https://background.tagesspiegel.de/gesundheit/fehler-im-transparenzregister>). Bestehende Verzeichnisse, wie das von 6 Millionen Nutzerinnen und Nutzern besuchte Deutsche Krankenhausverzeichnis, werden seit dem vergangenen Jahr vom BMG nicht mehr gefördert (www.aerzteblatt.de/nachrichten/144603/Deutsches-Krankenhaus-Verzeichnis-Finanzielle-Foerderung-gestrichen).

Mittlerweile wird vom niedersächsischen Gesundheitsminister die Forderung erhoben, den Bundes-Klinik-Atlas aufgrund von Desinformationsgefahr vom Netz zu nehmen, da die Erfahrungen der letzten Wochen zeigen würden, dass es sich bei dem Atlas um einen politischen Schnellschuss handele (<https://background.tagesspiegel.de/gesundheit/massive-kritik-am-klinik-atlas>). Auch die

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (www.aerzteblatt.de/nachrichten/151809/Bundesklinikatlas-Ad-hoc-Kommission-der-AWMF-fordert-Ausweisung-als-Testversion) und der Vorsitzende des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands, Jens Scholz, (www.spiegel.de/politik/deutschland/klinikatlas-uniklinik-chef-jens-scholz-fordert-nachbesserung-wegen-zahlreicher-fehler-a-8f75b106-aeaa-4dbf-a145-b2473f7b99dc) kritisieren die Qualität des Registers massiv.

Angesichts der Verantwortung, die mit der Bereitstellung von Daten einhergeht, die von staatlicher Seite für eine Vielzahl von Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestellt werden, ist eine objektive und fehlerfreie Informationsmöglichkeit nach Auffassung der Fragesteller unerlässlich. Veraltete, falsche oder irreführende Daten tragen dazu bei, das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger in die Verlässlichkeit staatlichen Handelns zu untergraben, und können auch haftungsrechtliche Ansprüche begründen.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Der Bundes-Klinik-Atlas basiert auf den auf gesetzlicher Grundlage verfügbaren Daten. Dabei werden Daten aus unterschiedlichen Grundlagen genutzt, da es in Deutschland keinen Datensatz gibt, der alle Kriterien der bestmöglichen Validierung und Aktualität vereint.

Grundlage der ersten Version für die Ermittlung der Behandlungsfälle auf Standortebene im Bundes-Klinik-Atlas sind die von den Krankenhäusern gemäß § 21 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermittelten Daten des Datenjahres 2022. Die angegebenen Betten sind ebenfalls die von den Krankenhäusern direkt an das InEK zu übermittelnden Betten für den Entgeltbereich „DRG“. Diese Daten sind systematisch validiert und bieten die aktuellste Grundlage zur Abbildung des Leistungsspektrums in den Krankenhausstandorten.

Angaben zu den Notfallstufen und den Mindestmengen basieren auf Selbstauskünften der Krankenhäuser in den strukturierten Qualitätsberichten. Diese Datenquelle hat sich seit der Veröffentlichung des Bundes-Klinik-Atlas in Teilen als unzureichend herausgestellt. Zudem führt die bisherige Systematik, dass wesentliche Daten über Krankenhäuser ausschließlich durch die strukturierten Qualitätsberichte veröffentlicht werden, dazu, dass die Daten mit einem Verzug von zwei Jahren zur Verfügung stehen. Durch das Krankenhaustransparenzgesetz vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nummer 105) wurde die dringend notwendige gesetzliche Grundlage geschaffen, dass wesentliche Daten der Krankenhäuser zukünftig deutlich früher erhoben und validiert werden.

Hinweise der Krankenhäuser, dass die aus den strukturierten Qualitätsberichten stammenden Daten fehlerhaft oder nicht mehr aktuell sind, werden kurzfristig aufgegriffen. Zudem wurden gezielt Krankenhäuser um Korrektur bzw. Präzisierung ihrer Angaben gebeten.

Die Datengrundlage des Bundes-Klinik-Atlas ist im Internet ebenso umfassend erläutert (<https://bundes-klinik-atlas.de/datengrundlage/>), wie die Methodik (<https://bundes-klinik-atlas.de/methodik/>) und wichtige Benutzerhinweise (<https://bundes-klinik-atlas.de/benutzerhinweise/>). Auf dieser Grundlage lassen sich die bisherigen Fragen und Kritikpunkte mehrheitlich beantworten.

Am 20. Juni 2024 wurde der Bundes-Klinik-Atlas einem umfassenden Update unterzogen, um die Suchfunktion für Nutzerinnen und Nutzer sehr viel leichter verständlich zu machen. Auch wenn die validierte Datenbasis korrekt war, wird die Komplexität mit über 40 000 zugrundeliegenden Codes für Laien nun deutlich reduziert. Nun werden Versorgungsanlässe bzw. Eingriffe in Gruppen zusammengefasst, um den Einstieg zu erleichtern. Für zunächst 20 wichtige Ein-

griffe wird somit die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser transparent dargestellt. Durch die Auswahl der 20 Versorgungsanlässe werden rund 2,5 Millionen Krankenhausfälle abgebildet, was über 15 Prozent der Gesamtfälle ausmacht. Es ist Ziel, den Bundes-Klinik-Atlas laufend um weitere Versorgungsanlässe zu erweitern und dabei die besonders relevanten und häufig auftretenden Krankheiten in den Blick zu nehmen.

1. Wie viele Meldungen über unrichtige Angaben im Bundes-Klinik-Atlas sind bis heute (Stand: 5. Juni 2024) beispielsweise schriftlich, per Mail und über das Kontaktformular im Bundes-Klinik-Atlas beim Bundesministerium für Gesundheit eingegangen (bitte nach Bundesland, Krankenhaus und gruppiert nach Fehlern aufschlüsseln)?
2. Wie viele Meldungen über unrichtige Angaben im Bundes-Klinik-Atlas sind nach Kenntnis der Bundesregierung bis heute (Stand: 5. Juni 2024) beim IQTIG eingegangen (bitte nach Bundesland, Krankenhaus und gruppiert nach Fehlern aufschlüsseln)?
3. Wie viele Krankenhäuser haben bis heute (Stand: 5. Juni 2024) Fehler bzw. unvollständige Angaben an das BMG gemeldet?
4. Wie viele Krankenhäuser haben bis heute (Stand: 5. Juni 2024) Fehler bzw. unvollständige Angaben an das IQTIG gemeldet?
5. Wie viele Krankenhäuser haben bis heute (Stand: 5. Juni 2024) Fehler bzw. unvollständige Angaben sowohl an das BMG als auch an das IQTIG gemeldet?

Die Fragen 1 bis 5 werden gemeinsam beantwortet.

Beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sind bis zum 5. Juni 2024 16 schriftliche Eingänge vermerkt worden. An den Helpdesk des Bundes-Klinik-Atlas gingen bis zu diesem Stichtag 884 Anfragen ein. Neben zahlreichen allgemeinen Anfragen gab es 24 Anfragen zu Kontaktinformationen zum Standort, 25 zu ausgewiesenen Zertifikaten, 33 zu Standortschließungen und 346 zu vermeintlich fehlerhaften Informationen bzw. Datenaktualisierungen. Rund 69 Prozent der Anfragen gingen von Krankenhäusern bzw. Krankenhausmitarbeitenden oder -verantwortlichen ein. Eine Aufschlüsselung nach Land und Krankenhaus ist nicht möglich.

Die meisten Fragen lassen sich durch die Erläuterungen zur Datengrundlage klären, die im Internet aufrufbar ist (<https://bundes-klinik-atlas.de/datengrundlage/>).

6. Auf welcher Grundlage werden die gemeldeten Fehler durch das BMG bzw. das IQTIG geprüft, und wie wird sichergestellt, dass die gemeldeten Daten auch wirklich valide sind?

Hinweise auf Fehler werden mit den Daten des Bundes-Klinik-Atlas abgeglichen und ggf. validiert. Bei unklaren Fehlermeldungen erfolgt eine standardisierte Abfrage zusätzlicher Informationen, zwecks Validierung und Verifizierung. Der Bundes-Klinik-Atlas bildet Daten aus dem Standortverzeichnis, den strukturierten Qualitätsberichten und von den Krankenhäusern direkt an das InEK gemeldete Daten ab. Diese Daten sind korrekt. Fehler sind fast ausschließlich auf fehlerhafte Angaben in den strukturierten Qualitätsberichten zurückzuführen.

7. Gibt es ein standardisiertes Meldeverfahren für die betroffenen Krankenhäuser und, und wenn nein, warum nicht?

Die Kontaktaufnahme zu dargestellten Informationen und Daten kann über das Kontaktformular im Bundes-Klinik-Atlas gemäß vorgefertigter Kategorien, z. B. „Datenaktualisierungen und/oder Meldung von fehlerhaften Informationen“, erfolgen.

8. In welchem Umfang wurden vor dem Launch des Bundes-Klinik-Atlas die Angaben und die Qualität der Suche geprüft, und sind dabei offensichtliche Falschmeldungen korrigiert worden?

Grundlage der Ergebnisse der Suchfunktion auf Standortebene im Bundes-Klinik-Atlas sind die von den Krankenhäusern gemäß § 21 Absatz 1 KHEntgG an das InEK übermittelten Daten des Datenjahres 2022. Fehlerhafte Daten konnten bisher nicht festgestellt werden.

9. Zu welchen Datenüberprüfungen wurden die Krankenhäuser vorab vom BMG bzw. vom IQTIG konkret aufgefordert, und zu welchem Zeitpunkt erfolgte diese Aufforderung?

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Landeskrankenhausgesellschaften und die Datenannahmestellen erhielten am 15. April 2024 vom Institut für Qualität im Gesundheitswesen (IQTIG) einen Aufruf zur Datenüberprüfung und Aktualisierung im bundesweiten Standortverzeichnis durch die Krankenhäuser, mit Information zur bevorstehenden Veröffentlichung des Bundes-Klinik-Atlas. Frist für die Datenüberprüfung und Aktualisierung war der 30. April 2024. Bis dahin nahmen 13 Krankenhäuser Aktualisierungen vor.

10. Hätte nach Einschätzung der Bundesregierung ein Probetrieb des Bundes-Klinik-Atlas die öffentlich kommunizierten Falschmeldungen vermeiden können?

Es wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

11. Zieht die Bundesregierung in Erwägung, die Website www.bundes-klinik-atlas.de mit einem Warnhinweis zu versehen oder als so genannte Beta-version zu kennzeichnen, bis die aufgetretenen Fehler beseitigt wurden?

Neben der ausführlichen Begleitdokumentation, die verschiedene Benutzerhinweise enthält, wurden auf der Startseite Hinweise aufgenommen. Weitere Maßnahmen sind nicht beabsichtigt.

12. Zieht die Bundesregierung in Erwägung, die Website www.bundes-klinik-atlas.de vom Netz zu nehmen, bis ein fehlerfreier Betrieb gewährleistet ist?

Die Bundesregierung plant nicht, die Internetseite des Bundes-Klinik-Atlas (www.bundes-klinik-atlas.de) vom Netz zu nehmen.

13. In welchem Umfang und insbesondere bei welchen technischen Funktionen und Daten wurde das Update des Bundes-Klinik-Atlas durchgeführt, und wie wird eine Transparenz der Änderungen sichergestellt?

Die Aktualisierung vom 24. Mai 2024 beinhaltet eine Anpassung der Suchfunktion. Hierbei wurde die Systematik insbesondere der möglichen Behandlungen in ihrer Komplexität aggregiert und für die Nutzenden einfacher zugänglich gemacht. Zudem wurden die Angaben zu den Notfallstufen und die Fachabteilungen präzisiert. Diese Anpassungen sind auf der Startseite transparent erläutert. Darüber hinaus wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

14. Wie viele Updates wurden bis heute (Stand: 5. Juni 2024) am Bundes-Klinik-Atlas vorgenommen?

Bis zum Stichtag wurde neben kleineren Anpassungen eine Aktualisierung durchgeführt.

15. Werden nach Kenntnis der Bundesregierung im Anschluss weitere Updates notwendig sein und wenn ja, in welchem Umfang?

Um die Datengrundlage des Bundes-Klinik-Atlas auf aktuellem Stand zu halten und die Nutzungsoptionen weiterzuentwickeln, werden laufend Aktualisierungen notwendig sein. Aktualisierungen sind Wesensmerkmale von Digitalprojekten wie dem Bundes-Klinik-Atlas.

16. Welche haftungsrechtlichen Folgen ergeben sich aus Sicht der Bundesregierung infolge fehlerhafter Informationen im Bundes-Klinik-Atlas für das BMG?
17. Welche haftungsrechtlichen Folgen ergeben sich aus Sicht der Bundesregierung infolge fehlerhafter Informationen für das IQTIG?

Die Fragen 16 und 17 werden gemeinsam beantwortet.

Sofern ein Krankenhaus gegen die Veröffentlichung gerichtlich vorgehen möchte, ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben (§ 135d Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V). Erstinstanzlich zuständig ist das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen.

18. Teilt die Bundesregierung die Auffassung der Fragesteller, dass fehlerhafte Angaben im Bundes-Klinik-Atlas die Sicherheit von Patientinnen und Patienten, die auf der Suche nach dem besten Krankenhaus darauf vertrauen, gefährden können?

Auf der Startseite des Bundes-Klinik-Atlas befindet sich ein Hinweis darüber, dass der Bundes-Klinik-Atlas kontinuierlich weiterentwickelt wird und es sich um ein lernendes System handelt. In Notfällen sollen sich Patientinnen und Patienten direkt an ein Krankenhaus oder an die Notrufnummern 112 bzw. 116117 wenden. Darüber hinaus wird auch darauf verwiesen, dass die Informationen der Orientierung dienen und einen Arztbesuch oder eine persönliche Beratung durch andere Fachkräfte im Gesundheitswesen nicht ersetzen können oder sollen.

19. Wie bewertet die Bundesregierung vor dem Hintergrund einer transparenten und leicht zugänglichen Krankenhaussuche den Umstand, dass die Suchfunktion des Bundes-Klinik-Atlases im Gegensatz zu anderen Klinikvergleichsportalen der Krankenkassen oder der Deutschen Krankenhausgesellschaft nur nach ICD-10- oder OPS-Codes sortiert ist, die den Patientinnen und Patienten in der Regel weder bekannt noch geläufig sind, und wie stellt die Bundesregierung sicher, dass trotz dieser kleinteiligen Suchparameter, die jeweils passenden Angaben im Bundes-Klinik-Atlas angezeigt werden?

Die Suchfunktion ist ausführlich in der Methodik des Bundes-Klinik-Atlas erläutert, die im Internet abrufbar ist (<https://bundes-klinik-atlas.de/methodik/>).

20. Wie können nach Auffassung der Bundesregierung Patientinnen und Patienten mithilfe des Bundes-Klinik-Atlas im Vergleich zu alternativen Klinikverzeichnissen aktuell zu einer umfassenden Qualitätsbewertung der Krankenhäuser kommen, wenn gegenwärtig lediglich Fallzahl, Pflegepersonalquotient, Notfallstufe und Mindestmenge im Bundes-Klinik-Atlas aufgeführt sind?

Neben Angaben zu Fallzahlen, Pflegepersonalquotient, Notfallstufe und Mindestmengenregelungen weist der Bundes-Klinik-Atlas ebenfalls ausgewählte Zertifikate aus. Ein wesentlicher Unterschied zu bestehenden Angeboten ist die benutzerfreundliche Vergleichbarkeit dieser Angaben und die individuelle Priorisierung von Angaben durch eine vielseitige Filterfunktion. Der Bundes-Klinik-Atlas wird in weiteren Ausbaustufen vom IQTIG aufbereitete Daten zur Qualität sowie Zahlen zu beschäftigten Ärztinnen und Ärzten ausweisen, um Nutzerinnen und Nutzern weitere relevante Informationen zur Verfügung zu stellen.

21. Wie erklärt die Bundesregierung die große Bandbreite der Stufen zur Bewertung der Behandlungsfälle (Barometer) im Bundes-Klinik-Atlas, etwa am Beispiel des OPS Codes 1-432 in Schleswig-Holstein: Stufe „sehr viel“ (Anzahl Behandlungsfälle 261 bis 36), Stufe „mittel“ (Anzahl Behandlungsfälle ab 6), Stufe „wenig“ (Anzahl Behandlungsfälle 5 und weniger)?
22. Wie bewertet die Bundesregierung vor diesem Hintergrund den angewendeten Perzentilansatz als geeignete Berechnungsgrundlage, um eine validierte Einschätzung des Krankenhauses durch die Patientinnen und Patienten sicherzustellen?

Die Fragen 21 und 22 werden gemeinsam beantwortet.

Der rein mathematische und leicht verständliche Ansatz der Tacho-Systematik ermöglicht für verschiedene Angaben einen bundesweiten Vergleich zwischen Krankenhäusern und ist aus Sicht der Bundesregierung geeignet, um Nutzerinnen und Nutzern eine verständliche und nachvollziehbare Informationsgrundlage zu bieten.

Im konkret erfragten Fall ist neben der Anzahl der erbrachten Leistungen entsprechend dieses OPS-Kodes die Zahl der Krankenhäuser eine entscheidende Größe, die diese Prozedur durchgeführt hat. Entsprechend dieser Logik wird deutlich, dass 60 Prozent der Krankenhausstandorte in Deutschland entsprechend ihrer Kodierung im Jahr 2022 diese Prozedur 35 Mal oder weniger durchgeführt haben.

Diese Methodik ist ausführlich auf dem Bundes-Klinik-Atlas erläutert und im Internet abrufbar (<https://bundes-klinik-atlas.de/methodik/>).

23. Wie bewertet die Bundesregierung die Tatsache, dass im Bundes-Klinik-Atlas eine Suche nach psychiatrischen Krankheiten am Beispiel Schizophrenie mit Ortsangabe Andernach oder Erlangen möglich ist und Krankenhäuser mit sehr niedriger Fallzahl angezeigt werden, ist das Suchergebnis in diesen Beispielen für Patienten, Angehörige und niedergelassene Arztpraxen aus Sicht der Bundesregierung nutzbar, und ist aus Sicht der Bundesregierung bei der gleichen Sucheingabe im Deutschen Krankenhausverzeichnis das Suchergebnis nutzbar?

Psychische Erkrankungen und damit verwandte Informationen zu Psychiatrien, Psychosomatik und Psychotherapie werden im Bundes-Klinik-Atlas nicht abgebildet. Für die Behandlung psychischer Erkrankungen, etwa Depressionen, Schizophrenie etc., ist der Bundes-Klinik-Atlas keine aussagekräftige Quelle. Dies ist sowohl auf der Startseite als auch in den Benutzerhinweisen transparent dargelegt.

Seit dem Jahr 2018 sind psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) verpflichtet, ein kontinuierliches, leistungsorientiertes und pauschaliertes Vergütungssystem anzuwenden. Dieses System stellt bisher keine Datengrundlage für den Bundes-Klinik-Atlas dar. Perspektivisch sollen jedoch auch psychiatrische Leistungen im Bundes-Klinik-Atlas ausgewiesen werden.

Andere Angebote werden von der Bundesregierung in ihrer Aussagekraft nicht bewertet.

24. Auf welcher Datenbasis erfolgt die Einstufung zum Pflegepersonalquotienten, und sind die Daten zwischen den Kliniken zweifelsfrei belastbar vergleichbar?

Der Pflegepersonalquotient wurde mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) eingeführt, das zum 1. Januar 2019 in Kraft getreten ist. Durch das Gesetz wurde das InEK beauftragt, jährlich für jedes zugelassene Krankenhaus einen standortbezogenen Pflegepersonalquotienten zu berechnen und zu veröffentlichen. Der Quotient berechnet das Verhältnis zwischen den Pflegekräften zu dem in dem jeweiligen Krankenhaus anfallenden Pflegeaufwand. Für die Ermittlung des Pflegeaufwands hat das InEK einen Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands erstellt, der jährlich aktualisiert wird. Mit dem Katalog sind für die DRG tagesbezogen die durchschnittlichen pflegerischen Leistungen abbildbar. Die Veröffentlichung und damit verbundene Hinweise sind im Internet zu finden (<https://www.g-dr.de/pflegepersonaluntergrenzen-2023/pflegepersonalquotienten>). Diese Informationen sind ebenfalls ausführlich in der Beschreibung der Methodik auf dem Bundes-Klinik-Atlas im Internet abrufbar (<https://bundes-klinik-atlas.de/methodik/>).

25. Ist nach Kenntnis der Bundesregierung vorher geprüft worden, ob ein Krankenhaus im roten Bereich dargestellt wird, obwohl die Pflegepersonaluntergrenzen vollumfänglich erfüllt sind, und welche Ableitungen trifft die Bundesregierung in dem Fall, dass ein Krankenhaus im Bundes-Klinik-Atlas beim Pflegepersonalquotienten im roten Bereich eingeordnet wird, welches die Pflegepersonaluntergrenzen einhält?

Die Pflegepersonaluntergrenzen haben einen gänzlich anderen Ansatz als der Pflegepersonalquotient, da sie für spezifische pflegesensitive Bereiche Personalvorgaben machen, die bei Unterschreitung sanktionsbewährt sind. Die Systematik des Pflegepersonalquotienten ist in der Antwort zu Frage 24 dargelegt.

26. Auf welcher Datenbasis erfolgt die Zuordnung der Kliniken zu den jeweiligen Notfallstufen, sind diese Daten validiert bzw. wurden diese vor Veröffentlichung auf Plausibilität hin überprüft, und auf welcher Datengrundlage erfolgten die Änderungen bei den Updates?

Gemäß § 135d Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 SGB V soll im Bundes-Klinik-Atlas angegeben werden, 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 Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V. Die Ausweisung auf dem Bundes-Klinik-Atlas erfolgt zunächst auf Basis der strukturierten Qualitätsberichte. Es handelt sich um Selbstauskünfte der Krankenhäuser. Validierte Hinweise der Krankenhäuser, dass die Ausweisung nicht mehr korrekt sei, werden aufgegriffen.

Das Krankenhaustransparenzgesetz sieht vor, dass die Krankenhäuser dem IQTIG die aktuellen Informationen über die Notfallstufe erstmals nach Inkrafttreten des Gesetzes zu übermitteln haben und danach jeweils bei Änderungen der Zuordnung (vgl. § 135d Absatz 3 Satz 8 SGB V). Zudem ist eine Übermittlung vom IQTIG an das InEK vorgesehen, sofern dies zur Auswertung von Daten durch das InEK erforderlich ist.

27. Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung zum jetzigen Zeitpunkt (Stand: 5. Juni 2024) Krankenhäuser, die eine Prüfung von Schadenersatzansprüchen gegen das BMG angekündigt haben oder bereits geltend machen, und wenn ja, wie viele?

Der Bundesregierung liegen keine Informationen dazu vor.

28. Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung zum jetzigen Zeitpunkt (Stand: 5. Juni 2024) Krankenhäuser, die Schadenersatzansprüche gegen das IQTIG angekündigt haben oder bereits geltend machen, und wenn ja, wie viele?

Der Bundesregierung liegen keine Informationen dazu vor.

29. Welche Gründe gab es nach Kenntnis der Bundesregierung für einen Start des Bundes-Klinik-Atlas am 17. Mai 2024?
30. Welche Gründe gab es für die Verschiebung des ursprünglich für den 1. Mai 2024 geplanten Starts des Bundes-Klinik-Atlases auf den 17. Mai 2024?

Die Fragen 29 und 30 werden gemeinsam beantwortet.

Das Krankenhaustransparenzgesetz sieht eine Veröffentlichung des Transparenzverzeichnisses ab dem 1. Mai 2024 vor. Aufgrund des verzögerten Abschlusses des Gesetzgebungsverfahrens nach Anrufung des Vermittlungsausschusses durch den Bundesrat waren Datenübermittlungen und Dateneinbindung erst verspätet möglich und machten eine Veröffentlichung des Bundes-Klinik-Atlas erst am 17. Mai 2024 möglich.

31. Welche Kosten hat die Errichtung des Bundes-Klinik-Atlas bislang (Stand: 5. Juni 2024) insgesamt verursacht?

Die Errichtung des Bundes-Klinik-Atlas hat bisher Kosten von rund 275 000 Euro verursacht.

32. Aus welchem Haushaltstitel des Einzelplanes 15 werden Aufbau und Betrieb des Bundes-Klinik-Atlas finanziert?

Die Kosten werden bisher aus dem Haushaltstitel 1503 686 01 finanziert.

33. Mit welchen Kosten veranschlagt die Bundesregierung den Betrieb des Bundes-Klinik-Atlas künftig pro Jahr?

Die Weiterentwicklung und der Betrieb werden voraussichtlich mit Kosten von rund 250 000 bis 300 000 Euro jährlich verbunden sein.

34. Sind bei der Entwicklung neben dem IQTIG und dem InEK weitere Institutionen, Organisationen, Wissenschaftler oder privatwirtschaftliche Unternehmen beteiligt (wenn ja, bitte nach Namen, Aufgaben und Finanzierungsaufwand aufschlüsseln)?
35. Wenn Frage 34 bejaht wird, ist eine öffentliche Ausschreibung erfolgt?

Die Fragen 34 und 35 werden gemeinsam beantwortet.

Gemäß Krankenhaustransparenzgesetz wurde mit der technischen Umsetzung eine Stelle beauftragt. Hierbei handelt es sich um den Rahmenvertragspartner des Bundesministeriums für Gesundheit coding. powerful. systems. CPS GmbH. Der bisherige Finanzierungsaufwand beträgt rund 250 000 Euro. Eine öffentliche Ausschreibung war aufgrund des bestehenden Vertragsverhältnisses nicht notwendig.

Für die Suchfunktion und die Aggregation der ICD- und OPS-Kodes wurde seitens der Firma ID Berlin eine Nutzungslizenz einer entsprechenden Software erworben, die explizit für das Projekt Weisse Liste konzipiert wurde. Die Lizenzkosten betragen 25 000 Euro. Die Lizenz wurde durch eine Verhandlungsergabe erworben.

Externe Expertinnen und Experten wurden in Expertenrunden eingebunden, die das IQTIG einberufen hat, um die Konzeption des Bundes-Klinik-Atlas zu beraten und durch fachlichen Input weiter zu verbessern sowie um Entscheidungen, Herleitungen und Vorgehensweisen transparent zu machen. Die Expertinnen und Experten wurden durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften benannt sowie durch weitere Expertinnen und Experten ergänzt, u. a. durch Patientenvertreterinnen und -vertreter.

36. Ab welchem Zeitpunkt rechnet die Bundesregierung mit einem fehlerfreien Betrieb des Bundes-Klinik-Atlas?

Es wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.