



Der Entwurf zum Krankenhaustransparenzgesetz

Eine Mogelpackung

Von Prof. Dr. Erika Raab

Das Bundesgesundheitsministerium hat eine „Formulierungshilfe“ für ein separates, zustimmungsfreies Krankenhaustransparenzgesetz vorgelegt. Die Idee: die Einrichtung einer laienverständlichen Übersicht zur Qualität der Krankenhausbehandlung, um qualitätsorientierte Auswahlentscheidungen der Patientinnen und Patienten zu fördern. Bei genauer Betrachtung zeigt sich jedoch, dass die patientenfreundliche Darstellung nur ein Etikettenschwindel ist.

Wesentliche Inhalte

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass alle Kliniken in Versorgungsstufen (Level) eingeteilt werden sollen. Voraussetzung für die Level-3-Klassifikation ist das Vorhandensein von jeweils mindestens fünf internistischen und chirurgischen Leistungsgruppen und jeweils einer Leistungsgruppe Allgemeinmedizin, Intensivmedizin und Notfallmedizin sowie zusätzlich acht weiteren Leistungsgruppen. Im Level 2 sind mindestens jeweils zwei internistische und chirurgische Leistungsgruppen sowie jeweils eine

Leistungsgruppe Intensivmedizin und Notfallmedizin sowie zusätzlich drei weitere Leistungsgruppen vorzuhalten. Level-1n-Krankenhäuser sollen über mindestens jeweils eine Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Intensivmedizin und Notfallmedizin verfügen. Level F (Fachkrankenhäuser) und Level Ii - Häuser sollen in Abstimmung mit der zuständigen Landesbehörde deklariert werden.

Dabei werden 65 namentlich existente Leistungsgruppen, deren Inhalte der Gesetzentwurf nicht definiert, auf Standorte verteilt. Die Zuweisung soll dabei die zuständige Landesbehörde vornehmen. Aufbereitung, Zusammenführung und Auswertung obliegen laut Entwurf dem IQTIG.

Grundlegende Kritik

Durch die Kombination von Levels mit ihrer Unterteilung in Leistungsgruppen mit Fall- und Personalzahlen ist eine Aussage zur Qualität eines Krankenhauses nicht darstellbar. Die Ableitung, je größer eine Klinik sei, desto höher sei die Quali-

tät, ist schlicht nicht korrekt. Strukturdaten bilden neben Prozess- und Ergebnisqualitätsdaten nur einen Teil der Qualitätsmessung ab. Im Ergebnis werden Patienten nicht in die besten, sondern größten Häuser geleitet. Hinzu tritt anstelle einer Entbürokratisierung weiterer bürokratischer Aufwand. Bereits jetzt bestehen umfassende Berichtspflichten der Krankenhäuser: Derzeit werden im gesetzlich verpflichtenden Qualitätsbericht in acht Unterkapiteln bereits Daten der Qualitätssicherung publik. Besonders ist auf die Kapitel C1 / C1.2 hinzuweisen. Im Qualitätsbericht Teil C1 / C1.2 ist über Teilnahmen und Ergebnisse an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V zu berichten. Es handelt sich dabei um die Betrachtung des vergangenen Jahres. 45,1 Prozent der möglichen DeQS-QS-Daten werden hier bereits dargestellt. Die Möglichkeit der Kommentierung rechnerisch auffälliger Indikatoren besteht. Die verbleibenden Indikatoren wurden aufgrund der möglichen Irreführung nicht für geeignet bewertet, der Öffentlichkeit zugänglich gemacht zu werden.

Letztlich ist auch die im Entwurf dargestellte Notwendigkeit staatlichen Handelns mehr als fragwürdig, wenn in der Formulierungshilfe deklariert wird, „der Schutz der Bürgerinnen und Bürger vor gesundheitlichen Gefahren gebietet ein staatliches Transparenzverzeichnis.“ Diese Wortwahl unterstellt, dass von Krankenhäusern eine Gefahr für die Patientensicherheit und -versorgung ausgehe. ▶

23. Herbstsymposium der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling vom 23.-25. Oktober 2023

Mo., 23.10.2023 Tag der Tools: Produkthighlights 2023
Di., 24.10.2023 DRG-System
Mi., 25.10.2023 Entgeltsystem Psychiatrie / Psychosomatik

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling unter www.herbstsymposium.de.

Fehlanreize

Der vorliegende Gesetzentwurf zum Krankenhaustransparenzgesetz enthält in der Zusammenschau mit dem Bund-Länder-Eckpunktepapier deutliche Fehlanreize in Form der Steigerung der berichteten Qualität und Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, die über eine Fallsteuerung zur Patienten- bzw. Risikoselektion bei der Aufnahme und Verlegung führen können. So wird in den Ausführungen zum Vorhaltebudget im Eckpunktepapier folgende Aussage getroffen:

„Sofern sich die Fallzahl in einem Korridor von +/- 20 Prozent verändert, hat dies keine Auswirkungen auf die Einstufung bezüglich der Fallzahl. ... Damit werden Anreize für Mengensteigerungen gedämpft und Veränderungen bei der Fallschwere abgebildet.“

Da der Mengenanreiz des DRG-Systems durch diese Erlösgarantie aufgehoben wird, ist also die effektivste Form der Fallsteuerung eine Risikoselektion von Fällen, welche durch Abweisung die Qualitätsberichtserstattung positiv beeinflussen.

Dem Eckpunktepapier Krankenhausreform sind folgende Passagen zur Verlegung von Krankenhausfällen zu entnehmen: „Eine überregionale **Koordination von Versorgungsleistungen** durch ein Krankenhaus soll einen zentralen Beitrag für eine **qualitativ hochwertige Behandlung** und Patientensteuerung leisten.“

„Die **Ausgestaltung der Vergütung** soll das Interesse der Patientinnen und Patienten an einer wohnortnahen Behandlung sowie die **Notwendigkeit der Schaffung von Verlegungsmöglichkeiten** unterstützen, aber auch das Wirtschaftsgebotsgebot berücksichtigen sowie Fehlanreize vermeiden.“

Im Rahmen der Fallsteuerung zur Verbesserung der eigenen Qualitätsabbildung und Erhöhung der Wirtschaftlichkeit insbesondere beim Kriterium Letalität liegt nun sogar ein zweifacher Anreiz zur Abverlegung komplikationsbehafteter bzw. prognostisch schwieriger Verlaufsfälle insbesondere in Level Ii-Kliniken als auch Rehabilitationseinrichtungen vor.

Notwendigkeit der Risikoadjustierung

Eine vollständige Risikoadjustierung bei Verwendung von Routinedaten (§ 21 Daten) für 65 Leistungsgruppen (die bislang inhaltlich nicht definiert sind)

nach allen möglichen Einflussgrößen ist nicht durchführbar. Daher ermöglicht auch die noch durch das IQTIG zu definierende Risikoadjustierung keinen Vergleich von Einrichtungen im Sinne einer „exakten wissenschaftlichen Methodik“. Auch hochwertige Risikoadjustierungsmodelle können nicht alle Einflussgrößen berücksichtigen. Dies gilt insbesondere für solche, die auf administrativen Routinedaten basieren. Studien zeigen, dass andererseits die Berücksichtigung spezifischer Risikofaktoren einen Anreiz schaffen könnte, mehr (und ggf. real gar nicht vorliegende) Risikofaktoren in Abrechnungsdaten zu kodieren, um in risikoadjustierten Indikatoren besser abzuschneiden. Solche Effekte sind insbesondere im Rahmen von Pay-for-Performance-Systemen zu erwarten, in denen ein schlechteres Abschneiden mit monetären Konsequenzen verbunden ist.

Vorliegend sollen Abrechnungsroutinedaten (§ 21 Datensatz) zur Bestimmung einer Komplikation bei 65 Leistungsgruppen herangezogen werden. Neben der Frage der Beeinflussbarkeit der Datenqualität der Abrechnungsdaten stellt auch deren mangelnder klinischer Gehalt eine Einschränkung ihrer Nutzbarkeit für Qualitätssicherungszwecke dar. Eine weitere Einschränkung der DRG-Daten ist das Fehlen von Vor- und Nachbeobachtungszeiträumen, da nur Daten eines einzigen Krankenhausaufenthaltes verfügbar sind. Dies schränkt die Identifikation vorbestehender Risikofaktoren wie Komorbiditäten oder vorangegangene Krankheitsereignisse ein. Zudem können Qualitätsergebnisse durch den Einfluss von Verlegungen systematisch verzerrt sein, da deutsche DRG-Daten keine Endpunkte nach standardisierten Zeiträumen (etwa 90-Tage-Sterblichkeit) beinhalten. Diesem Problem kann durch die Kontrolle des Zuverlegungsstatus im Risikomodell begegnet werden. Hierbei kann jedoch nicht unterschieden werden, ob es sich um Aufwärtsverlegungen kritisch kranker Patienten oder Anschlussbehandlung nach der kritischen Phase handelt, was zu spezifischen Verzerrungen führen kann.

Im Rahmen der notwendigen Justiziabilität planungsrelevanter Qualitätsindikatoren mit ihrer enormen Wirkung sei auf das umfassende Prüfverfahren des IQTIG verwiesen. Insofern ist objektiv erkennbar, dass die Entwicklung von gerichtsfesten Qualitätsindikatoren für 65 Leistungsgruppen mit Personenbezug innerhalb weniger Mona-

te eine objektive Unmöglichkeit des geplanten Gesetzes darstellt.

Alternativvorschlag

Das Instrument des gesetzlich verpflichtenden Qualitätsberichts nimmt bereits Rücksicht auf fast alle gängigen DeQS-Indikatoren. 236 von 523 DeQS-Hauptindikatoren werden bereits veröffentlicht, das sind 45,1 Prozent (Indikatoren der Bewertungsart logistische Regression – es wird nur der Quotient als QI gezählt). Daher bleibt wenig Spielraum für eine Erweiterung. Vielmehr muss hier der Qualitätsbericht evaluiert und dahingehend angepasst werden, dass eine bürgernahe Verständlichkeit der Ergebnisse erzielt werden kann. Die XML-Dateien des Qualitätsberichts werden bereits jetzt von Portalen für Krankenhaussuchen und Krankenhausvergleichen verwendet. Die Ansätze sind hier schon gegeben, die Transparenz müsste noch hergestellt werden.

Für ein leichtverständliches Portal sollte ggf. das bestehende Modell der Datenpräsentation in den Qualitätsberichten überarbeitet werden.

Fazit

In der Gesamtschau ist der Gesetzentwurf eine Mogelpackung: Bestehende umfassende Berichtspflichten zur Qualität und jahrerlange Bestrebungen der Kliniken, aber auch des IQTIG, beispielsweise im Rahmen planungsrelevanter Qualitätsindikatoren, werden ignoriert. Die für das Transparenzverzeichnis gewählten Parameter lassen lediglich Rückschlüsse auf eine Strukturqualität zu. Statt Entbürokratisierung wird ein weiteres bürokratisches Element in den Krankenhausalltag eingebracht, welches zudem sanktioniert werden soll. ■



Prof. Dr. Erika Raab

Vorstandsvorsitzende der DGfM
erika.raab@medizincontroller.de