

Bewertung des Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz

Projektstudie zum Krankenhaustransparenzgesetz
(Entwurf 11.08.2023)



Inhalt

Kapitel	Seite
1 Übersicht	3
2 Gesetzesgrundlage	4
3 Ziele des Krankenhaustransparenzgesetzes	6
31 Ziele laut Gesetzesentwurf	6
32 Nicht im Gesetzesentwurf kommunizierte sonstige Ziele	7
4 Säulen des Krankenhaustransparenzgesetzes	10
5 Verfügbare Qualitätsdatenbanken	16
6 Alternativen	18
7 Fazit	22
8 Literatur	23

1 Übersicht

Das geplante Krankenhaustransparenzgesetz (Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz) von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hat offiziell nicht nur das Ziel, „... *Qualitätsanforderungen auf Basis fachlich unabhängiger wissenschaftlicher Erkenntnisse festzulegen und zu messen, sondern auch, diese Ergebnisse in übersichtlicher Form und allgemeinverständlich Sprache zu veröffentlichen. Patientinnen und Patienten haben ein Recht darauf zu wissen, welches Krankenhaus welche Leistungen mit welcher Qualität anbietet.*“

Wer – wie nachfolgend - einen Gesetzentwurf beurteilt, **bewertet das formulierte Ziel und im Anschluss den Grad der Zielerreichung**. Diese Projektstudie geht aber über die Bewertung des im Gesetz formulierten Ziels hinaus. Wir behaupten:

- Das Krankenhaustransparenz ist eine **Mogelpackung**.
- Es formuliert als Ziel die Offenlegung von Qualität, damit PatientInnen das für sie geeignete Krankenhaus aussuchen.
- Es begrenzt stattdessen Qualitätskriterien primär auf **Strukturqualität** und stellt den PatientInnen selektiv diese zur Verfügung.
- Der erzielte Effekt ist: Die PatientInnen informieren sich im Transparenzregister
- vorrangig danach, was das Krankenhaus behandelt
 - und welche Strukturen (z.B. Personalressourcen) vorliegen
 - nicht aber, in welcher **Ergebnisqualität**.
- Das unausgesprochene, aber angestrebte Ziel des auf **Strukturen** konzentrierten Transparenzregisters ist offensichtlich, Krankenhäusern geringerer Struktur- ausstattung Patienten vorzuenthalten. Es geht um **gesteuerte Schließung von Krankenhäusern bzw. radikale Begrenzung angebotener Klinikleistungen**.

Der Projektstudie liegen zugrunde:

[KT] Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz) ¹

[RG] Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung - Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung ²

[EP] Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitskommission ³

¹ Bundesgesundheitsministerium, Krankenhaustransparenzgesetz, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/Krankenhaustransparenzgesetz_Formulierungshilfe_BReg.pdf, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/Krankenhaustransparenzgesetz_Formulierungshilfe_BReg.pdf

² Bundesgesundheitsministerium, Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung - Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf

³ Bundesgesundheitsministerium, Krankenhausreform: Bund und Länder einigen sich auf Eckpunkte, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/

2 Gesetzesgrundlage

Die Krankenhausreform am 6. Dezember 2022 von Karl Lauterbach und seiner Regierungskommission entsprechend der „Dritten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ ist gescheitert.⁴ Trotzdem

**Es wird eine Krankenhausreform mit unveränderten Zielen geben.
Die Veränderungen werden tiefgreifend sein!**

Basis sind nun ein stark verändertes Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe und das Krankenhaustransparenzgesetz. Die im Eckpunktepapier revidierte Krankenhausreform ist ein bunter Mix aus dem Entwurf vom 6. Dezember 2022, vermehrter Kritik an dessen Praktikabilität, Erarbeitung eines Kompromisspapiers und harten Verhandlungen zwischen Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und den Landesgesundheitsministern in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe.⁵ Die stark veränderte Krankenhausreform gab es deshalb, weil Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach nicht anders konnte, als gegenüber den Bundesländern einzulenken.

Ein Gutachten der Bundesländer Bayern, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein attestiert nämlich die Verfassungswidrigkeit einer bundeseinheitlichen Krankenhausreform, die die Bundesländer in ihrer autonomen Krankenhausplanung beschneidet. Die Umsetzung der Vorschläge der Regierungskommission durch den Bund, **insbesondere die Einteilung der Krankenhäuser in bundeseinheitliche Level, d.h. bundeseinheitliche Versorgungsstufen, wäre mit dem Grundgesetz nicht vereinbar gewesen**, weil das Grundgesetz die Kompetenzzuordnung von Krankenhausstrukturen bei den Bundesländern vorsieht.⁶

Als erkennbar wurde, dass die Bundesländer ihre Kompetenz für Krankenhausstrukturen nicht freiwillig abgeben würden, entstand ein harter Kampf um die vermeintlich zielführende Krankenhausreform.

[Eckpunktepapier Krankenhausreform final.pdf](#)

⁴ Bundesgesundheitsministerium, Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung - Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf

⁵ Bundesgesundheitsministerium, Krankenhausreform: Bund und Länder einigen sich auf Eckpunkte, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform_final.pdf

⁶ Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Pressemitteilung, Gutachten: Vorschläge der Regierungskommission zur Krankenhausreform nicht verfassungsgemäß – Bayern, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein fordern Wahrung der Krankenhausplanungskompetenzen der Länder, <https://www.stmgp.bayern.de/presse/gutachten-vorschlaege-der-regierungskommission-zur-krankenhausreform-nicht/>, Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Verstoß gegen die Verfassung, <https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/krankenhausreform/versto%C3%9F-gegen-die-verfassung/>

So fielen mehrere Ecksteine aus dem ersten Entwurf der Krankenhausreform:

- die Level mit radikaler Kürzung der Leistungen in kleinen ländlichen Krankenhäusern
- die von 128 auf nur noch 65 gekürzten Leistungsgruppen
- die Forderung nach Geburtshilfe nur in Großkliniken (Level 2 und Level 3)
- eine geringerer Anteil der leistungsabhängigen DRG-Fallpauschalen und erhöhter Anteil der leistungsunabhängigen Vorhaltepauschalen.

Das schlimmste Kürzungsszenario der geplanten Krankenhausreform – eine radikale Kürzung der Leistungen in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung - scheint durch hartnäckige Proteste, Petitionen und Projektstudien verhindert.

Allerdings sind die Level nicht abgeschafft! Durch die „Hintertür“ ließ sich Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach im gemeinsam mit den Bundesländern abgestimmten Eckpunktepapier Level für Qualitätszwecke offen:

„Das Bundesministerium für Gesundheit wird zur Information und Aufklärung von Patientinnen und Patienten Daten über das Leistungsangebot und Qualitätsaspekte des stationären Versorgungsgeschehens in Deutschland veröffentlichen. Dafür wird der Bund die Krankenhäuser Versorgungsstufen (Level) zuordnen sowie die Verteilung der Leistungsgruppen auf die einzelnen Standorte transparent darlegen. Der Bund wird das Vorhaben durch ein eigenes Gesetz umsetzen und die bestehende Datenbasis verbessern. Diese Veröffentlichung hat keine Konsequenz für die Krankenhausplanung der Länder und für die Krankenhausvergütung.“ [EP, S. 1]

Es bleiben bleiben verfassungsrechtliche Fragen:

- Hat das Krankenhaustransparenzgesetz über die hier formulierten Level und zugeordneten Leistungsgruppen wirklich keinen Einfluss auf die Steuerung von Krankenhausstandorten in den Bundesländern?
- Ist also die Verfassungskonformität des Krankenhaustransparenzgesetzes wirklich gewährleistet?

Diese verfassungsrechtlichen Fragen werden nur Juristen beantworten können.

Der vorliegenden Projektstudie geht es vorrangig um die inhaltliche Bewertung des Krankenhaustransparenzgesetzes, gemessenn an:

- Zielen laut Gesetzesentwurf
- nicht im Gesetzesentwurf kommunizierten sonstigen Zielen.

3 Ziele des Krankenhaustransparenzgesetzes 31 Ziele laut Gesetzesentwurf

Im Gesetzesentwurf i.d. Fassung vom 11.08.2023 werden folgende Ziele formuliert:

*„Patientinnen und Patienten haben ein Recht darauf zu wissen, welches Krankenhaus welche Leistungen mit welcher Qualität anbietet.“*⁷ [KT, S. 1]

Im Detail: Es sollen:

- Qualitätsanforderungen auf Basis fachlich unabhängiger wissenschaftlicher Erkenntnisse festgelegt und gemessen und
- die Ergebnisse in übersichtlicher Form und allgemeinverständlicher Sprache veröffentlicht werden. [KT, S. 1]

⁷ Bundesgesundheitsministerium, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/Krankenhaustransparenzgesetz_Formulierungshilfe_BReg.pdf,
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/Krankenhaustransparenzgesetz_Formulierungshilfe_BReg.pdf

32 Nicht im Gesetzesentwurf kommunizierte sonstige Ziele

Zu sonstigen Zielen von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und seiner Regierungskommission gibt es starke Indizien. Die Kernfrage:

Hat Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach eine Steuerung der Klinikstandorte durch bundeseinheitliche Krankenhausstrukturen mittels Level wirklich aufgegeben? Immerhin wurden in der Studie der Regierungskommission „Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung - Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“ u.a. navhfolgende Aufgabenstellungen bzw. **Ziele** formuliert. Dies lassen sich u.a. **mittels Konzentration von Krankenhausleistungen und Krankenhausstandorten umsetzen:**

- Die stationäre Überversorgung ist zu reduzieren [RG, S. 5].
- Fachkräfte sind ihrer Qualifikation entsprechend einzusetzen [RG, S. 5].
- Anreize zur Ambulantisierung von bislang stationär erbrachten Leistungen sind zu schaffen [RG, S. 5].
- Leistungen sollen dann beschränkt werden, wenn Fachabteilungen technisch, personell und qualitativ nicht adäquat ausgestattet sind [RG, S. 6].
- Es soll gelöst werden, dass es im Gesundheitswesen immer weniger Menschen gibt, die in die Sozialversicherungen einzahlen, und immer mehr Menschen Krankenhausbehandlungen in Anspruch nehmen [RG, S. 6 f.].⁸

Konkret drohte nach der dritten Empfehlung der Regierungskommission folgendes Szenario:

a) Krankenhausschließungen für Krankenhäuser ohne Basisnotfallversorgung

Aktuell verfügen geschätzte **657 der 1.877 Krankenhäuser** über keine strukturierte Notfallversorgung nach den Vorschriften des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) [RG, S. 7]. All diese Krankenhäuser einschließlich bisheriger Sicherstellungsrankenhäuser sollten dem Level 1i als "bessere Kurzzeitpflege" ohne Notfallversorgung mit gelegentlicher ambulant-ärztlicher Anwesenheit zugeordnet zu werden.⁹ Level 1i werden von Pflegekräften geleitet, verfügen über stationäre Pflegebetten und nehmen geplante ambulante ärztliche Behandlung mit ärztlicher Rufbereitschaft außerhalb der Kernarbeitszeiten durch niedergelassene Ärzte in Anspruch. [EP, S. 11 f.] Sie nehmen an keiner Notfallversorgung teil. [EP, S. 12]

⁸ Bundesgesundheitsministerium, Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung - Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf

⁹ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Neue Krankenhäuser simulieren und einfordern, Der Fall Wegscheid, <https://neue-kliniken-simulieren.jimdofree.com/unwirksamer-sicherstellungszuschlag/der-fall-wegscheid/>

b) Radikale Kürzung des Leistungsumfangs von Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung

Weiter war in der Dritten Stellungnahme der Regierungskommission eine gravierendere Begrenzung der Leistungen der Krankenhäuser des Level 1n mit Basisnotfallversorgung geplant. Nur 13 der immerhin 128, später 65 überarbeiteten Leistungsgruppen waren dem Level 1n zugeordnet. Krankenhäuser des Level 1n hätten lediglich diese 13 Leistungsgruppen anbieten und abrechnen können [RG, S. 19]. **649 der 1.877 Krankenhäuser** wären betroffen gewesen.¹⁰

Dass das Ziel umfassender Klinikkonzentration, d.h. Schließung von Klinikstandorten und Begrenzung der medizinischen Leistungen, nicht aufgegeben wurde, erschließt u.a. auch nachfolgendes Interview in der Augsburger Allgemeine. Denn Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hatte schon sehr lange das Ziel vor Augen, die PatientInnen zur gezielten Auswahl und damit Selektion vermeintlich „geeigneten“ Krankenhäuser zu motivieren. Nicht ausgewählten Krankenhäusern würden PatientInnen ggf. beraubt und damit ihre Existenzgrundlage entzogen.

Bereits im Jahr 2019 hatte der damalige Gesundheitspolitiker Prof. Dr. Karl Lauterbach erklärt:

*„Ich bin gegen ein flächendeckendes Krankenhaussterben. Es macht uns keine ökonomischen Probleme, so viele Krankenhäuser zu haben. Aber ich glaube, dass die Patienten bisher unterschätzen, wie groß die Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenhäusern sind. Wir wissen, bei bestimmten Eingriffen gibt es einen Zusammenhang mit der Größe des Krankenhauses. Das wird demnächst bekannter werden durch regelmäßige Veröffentlichung der Weißen Liste, die die Komplikationsraten und die Qualitätsdefizite der einzelnen Häuser aufzeigt. **Auf einer Karte kann man dann sehen, wo die Probleme liegen.** Das sind Studien, die bisher nur wir Wissenschaftler und Institutsdirektoren gehabt haben. **Wir machen die jetzt für die Öffentlichkeit verfügbar. Dann wird sich der eine oder andere genau überlegen, wohin er geht.**“¹¹*

¹⁰ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Zukunft der Krankenhäuser - Auswertungsanalyse zum Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, S. 16 ff.

<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14745219032/Zukunft%20deutscher%20Krankenh%C3%A4user%20-%20Auswertungsanalyse%20zum%20Eckpunktepapier%20der%20Bund-L%C3%A4nder-Arbeitsgruppe.pdf?t=1691982936>

¹¹ Augsburger Allgemeine.de, 2019, SPD-Gesundheitsexperte Lauterbach: Wir haben zu viele Krankenhäuser, Presse-Druck- und Verlags-GmbH, Verlag der Augsburger Allgemeine, <https://www.augsburger-allgemeine.de/politik/SPD-Gesundheitsexperte-Lauterbach-Wir-haben-zu-viele-Krankenhaeuser-id54513861.html>

Der damalige Gesundheitspolitiker Prof. Dr. Karl Lauterbach weiter: „*Oftmals bereiten sich die Menschen jahrelang darauf vor, wo sie eine Wohnung kaufen, aber sie recherchieren nicht, wo der lebenswichtige medizinische Eingriff für sie selbst oder den Ehepartner gemacht werden soll. Das wird sich ändern. Dann werden es die kleinen Krankenhäuser schwerer haben. **Es ist doch klar, dass es aufgrund der Größe des Teams und dessen, was das Krankenhaus vorhält, Unterschiede gibt**, falls es zu einer Komplikation kommt. Die sind dann sofort im Netz klickbar. ... Es ändert nichts an der Tatsache, dass wir im Vergleich zu anderen europäischen Ländern schlicht zu viele Krankenhäuser haben. **Von einem Krankenhaus in Ihrer Nähe für nur ein paar Eingriffe haben Sie auch nichts.***“

Das Krankenhaustransparenzgesetz scheint exakt diese Ziele aufzugreifen, die der damalige Gesundheitspolitiker Prof. Dr. Karl Lauterbach 2019 bereits formulierte:

- Es geht vorrangig nicht um Qualität der Krankenhausleistungen.
- Es geht primär um Selektion von Krankenhäusern und Krankenhausleistungen.
- Wenn nicht bundeseinheitliche Level mit bundeseinheitlich zugeordnet Leistungsgruppen über weniger Krankenhäuser und weniger Krankenhausleistungen entscheiden, **dann soll der Bürger die Entscheidung über Existenz und Nichtexistenz von Krankenhäusern treffen.**
- Indem dem Bürger vermeintlich valide Qualitätsdaten präsentiert werden, wird er motiviert, bestimmte große Krankenhäuser zu bevorzugen und insbesondere kleine und ländliche Krankenhäuser bewusst zu meiden.
- **Und das ist gesteuerte Krankenselektion.**

4 Säulen des Krankenhaustransparenzgesetzes

Das Krankenhaustransparenzgesetz wird mit seinen Säulen auszugsweise dargestellt und insbesondere nach folgenden Gesichtspunkten beurteilt:

Beurteilung

Zielerreichung
Verhältnismäßigkeit
Alternativen

Damit fokussiert sich diese Beurteilung insbesondere auf die Auswirkungen für Krankenhäuser und PatientInnen. Außer Acht gelassen werden rechtliche Fragestellungen sowie Zuständigkeiten sowie die umstrittene Vereinbarkeit mit dem Grundgesetz..

§ 135 d SGB V

(1) Zur Förderung der Qualität der Versorgung durch Transparenz veröffentlicht das Bundesministerium für Gesundheit ein Transparenzverzeichnis über die Krankenhausbehandlung in Deutschland im Internet, um insbesondere Patientinnen und Patienten in leicht verständlicher, interaktiver Form über das Leistungsangebot am jeweiligen Krankenhausstandort zu informieren. Die Veröffentlichung erfolgt erstmals zum 1. April 2024 und wird fortlaufend auf Basis neuer Datenauswertungen aktualisiert. Die für das Transparenzverzeichnis erforderlichen Aufbereitungen, Zusammenführungen und Auswertungen von Daten werden durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a durchgeführt. Das Institut nach § 137a übermittelt die aufbereiteten, zusammengeführten und ausgewerteten Daten für das Transparenzverzeichnis an eine durch das Bundesministerium für Gesundheit zu bestimmende Stelle. [KT, S. 4]

Beurteilung

Zielerreichung	- - Das Leistungsangebot des Krankenhauses informiert über den Leistungsumfang, nicht jedoch über die Qualität des Krankenhauses.
Verhältnismäßigkeit	- - Die jährlichen Qualitätsberichte, einzureichen beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) enthalten bereits sehr viele Qualitätsinformationen über die deutschen Krankenhäuser. Sie könnten ggf. über die dem Krankenhaus zugeordneten Leistungsgruppen informieren. Es ist unverhältnismäßig , jetzt eine neue Dateneinreichung mit anderen Einreichungsverfahren beim einem anderen Institut (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz) im Gesundheitswesen einzuführen.
Alternativen	- - Die Einschränkung bisheriger gesetzlich verpflichtender Qualitätsberichte beim G-BA ist die mangelnde Vergleichbarkeit der Istdaten eines Krankenhauses mit vergleichbaren Krankenhäusern. ++ Vorstellbar wäre jedoch, diese Vergleiche beim G-BA ergänzend im Rahmen eines komprimierten Transparenzverzeichnis darzustellen.

§ 135 d SGB V

(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 personelle Ausstattung je Leistungsgruppe im Verhältnis zum Leistungsumfang,
4. die patientenrelevanten Ergebnisse aus Qualitätssicherungsverfahren nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1. [KT, S. 4]

§ 21 KHEntgG

(1) Das Krankenhaus übermittelt auf einem maschinenlesbaren Datenträger jeweils zum 31. März für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr die Daten nach Absatz 2 an die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus geführte Datenstelle auf Bundesebene.

(2) Zu übermitteln sind folgende Daten:

...

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,

g) die Leistungsgruppen nach Anlage 2 zu § 135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, denen die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen zugeordnet sind, jeweils gegliedert nach dem Kennzeichen des Standorts nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch;“. [KT, S. 9]

(7) Für die Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis nach § 135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch übermittelt das Krankenhaus die Daten gemäß Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe a, f und g an die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus geführte Datenstelle auf maschinenlesbaren Datenträgern zusätzlich zur Übermittlung nach Absatz 1. Die Übermittlung der Daten nach Satz 1 erfolgt für das vorangegangene Quartal jeweils bis zum 15. des darauffolgenden Monats, erstmals bis zum 15. Januar 2024. Absatz 3b Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Daten nach Satz 1 und stellt der vom Bundesministerium für Gesundheit nach § 135d Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu bestimmenden Stelle standort-, fachabteilungs- und leistungsgruppenbezogene Auswertungen zu den übermittelten Daten barrierefrei zur Verfügung. [KT, S. 10]

Beurteilung

Zielerreichung

- - Das Leistungsangebot des Krankenhauses bestehend aus Leistungsgruppen und Level **informiert** über den Leistungsumfang, **nicht jedoch über die Qualität des Krankenhauses**. Die personelle Ausstattung je Leistungsgruppe ist eine Strukturqualität und dadurch lediglich Indikator für wahrscheinliche gute oder schlechte qualitative Behandlung des Patienten. **Notwendig wäre die Einbeziehung der Ergebnisqualität. Hierzu stehen bereits heute andere Qualitätsdatenbanken mit einem für PatientInnen höheren Aussagewert zur Verfügung (vgl. Kap 5).**

Verhältnismäßigkeit

- - Eine Zuordnung des Personals zu Leistungsgruppen ist fiktiv und in der Praxis nur sehr **aufwendig** umzusetzen. Eine solche Zuordnung wird insbesondere **interdisziplinären Behandlungen (z.B. in Zentren)** nicht gerecht, wo an einer Behandlung mehrere Abteilungen mit entsprechendem Personal beteiligt sind. Auch innerhalb einer Abteilung bzw. einer Station werden – falls diese mehrere Leistungsgruppen zugeordnet hat – **Verteilerschlüssel für die Aufteilung des klinischen Personals** benötigt. Welche Schlüssel sollen hierzu verwendet werden: Patienten, Fallschwere (Casemix), ppr-Minuten, ... ? Und bilden diese Verteilerschlüssel die Wirklichkeit sachgerecht ab?

Es besteht die **Gefahr ungenauer Vergleiche, wenn Krankenhäuser Verteilerschlüssel unterschiedlich interpretieren und anwenden. Die den Patienten interessierende Ergebnisqualität, d.h. gute oder schlechte Behandlung ist aus diesen Daten nicht ersichtlich.**

Die Fokussierung auf bettenführende Abteilungen **vernachlässigt**, dass etliche **Fachabteilungen auf wichtige nicht bettenführende Abteilungen wie Notaufnahme, Intensivstation, OP und Anästhesie, Radiologie** u.a. angewiesen sind. Werden diese Abteilungen in die Strukturqualität nicht einbezogen, sind die Daten nicht aussagekräftig.

Die Komplexität einer schlüsselorientierten Aufteilung des Personals auf mehrere Leistungsgruppen, außerdem noch vierteljährlich statt jährlich, steht in keinem Verhältnis zum Nutzen der Daten für die PatientInnen.

Alternativen

++ Qualitätsberichte verfügen bereits im Teil B über Informationen zu Fachabteilungen, deren medizinische und personelle Ausstattung sowie über die Anzahl stationärer und ambulanter PatientInnen. Soll die Strukturqualität (mit geringem Aussagewert) tatsächlich abgebildet werden, könnte in den bestehenden Qualitätsberichten den Fachabteilungen noch die Leistungsgruppen zugeordnet werden. **Vergleiche der Strukturqualität wären dann auf Abteilungsebene zwischen denjenigen Krankenhäusern möglich, die über gleiche Leistungsgruppen verfügen.**

§ 135d SGB V

(4) Die Versorgungsstufen (Level) und ihre jeweiligen Voraussetzungen sind:

1. Level 3-Krankenhäuser: An diesen Standorten werden mindestens fünf internistische Leistungsgruppen, mindestens fünf chirurgische Leistungsgruppen, die Leistungsgruppe Intensivmedizin, die Leistungsgruppe Notfallmedizin sowie zusätzlich acht weitere Leistungsgruppen erbracht.

2. Level 2-Krankenhäuser: An diesen Standorten werden mindestens zwei internistische Leistungsgruppen, mindestens zwei chirurgische Leistungsgruppen, die Leistungsgruppe Intensivmedizin, die Leistungsgruppe Notfallmedizin sowie zusätzlich drei weitere Leistungsgruppen erbracht.

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

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. Die Zuordnung von Krankenhausstandorten zu Level F erfolgt in Abstimmung mit den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden.

5. Level 1i-Krankenhäuser sind sektorenübergreifende Versorger, die regelhaft keine Notfallmedizin erbringen. Die Zuordnung der Krankenhäuser zu der Versorgungsstufe Level 1i erfolgt durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde. Diese Krankenhäuser gelten bis zur Zuordnung durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde als Level 1-Krankenhäuser und sind im Transparenzverzeichnis gesondert zu kennzeichnen. [KT, S. 5]

Beurteilung

Zielerreichung

- - **Level** deuten eine **globale Krankenhausstruktur** zwischen bisherigen Maximalversorgungskrankenhäusern bzw. Universitätskliniken und Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung ab. **Sie beschreiben klinische Strukturen aber keine Qualität.** m Sinne der Zielerreichung – einer Beurteilung der Qualität – hat die Zuordnung der Krankenhäuser jedoch keinen Nutzen. **PatientInnen benötigen zur Beurteilung der klinischen Behandlungsqualität vorrangig Daten mit Ergebnisqualität. Hierzu stehen bereits heute andere Qualitätsdatenbanken mit einem für PatientInnen höheren Aussagewert zur Verfügung (vgl. Kap 5).**

Verhältnismäßigkeit

Aufgrund der klaren Definition der Level ist eine datenbanktechnische Zuordnung der Krankenhäuser einfach zu realisieren.

- - Es besteht jedoch die **Gefahr ungenauer Vergleiche, weil Krankenhäuser gleicher Level sehr unterschiedliche Leistungsgruppen anbieten werden.** Der Nutzen des Level für die PatientInnen ist nur eingeschränkt erkennbar.

- - Es ist offensichtlich, dass den PatientInnen die Einstufung der Krankenhäuser in Level als Information übermittelt wird, um ihnen damit eine „erhöhte Qualität“ zu suggerieren. **Entscheidend für die medizinische Behandlungsqualität ist jedoch nicht eine Struktur bzw. eine Strukturqualität sondern eine Ergebnisqualität im Sinne nachweisbarer guter oder schlechter Behandlung.**

++ In diesem Zusammenhang verweisen wir nochmals auf Kapitel 22 „Nicht im Gesetzesentwurf kommunizierte sonstige Ziele“. Wenn es Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach um seine im Jahr 2019 formulierten Absichten einer „transparenten Qualitätsdatenbank“ geht, dann erreicht er mit dem Krankenhaustransparenzgesetz dieses zweifelhafte Ziel: **Bürger stimmen auf Basis unvollständiger Qualitätsdaten für große und gegen kleine Krankenhäuser. In Folge werden kleine Krankenhäuser (unabhängig von ihrer Ergebnisqualität) per Einstufung in niederschwellige Level und verfügbare Leistungsgruppen automatisch PatientInnen verlieren.** Und das hat mit gezielter bundesweiter Steuerung der Krankenhäuser über geltende Gesetzgebung zu tun. Über die Zulässigkeit können nur Juristen entscheiden.

Alternativen

++ **Verzicht auf Zuordnung von Krankenhausleveln**

5 Verfügbare Qualitätsdatenbanken

Benötigen PatientInnen eigentlich eine weitere Qualitätsdatenbank nach den Vorschriften des Krankenhaustransparenzgesetzes? Erfahren sie dort mehr, als ihnen bisher bereits zur Verfügung steht? Ist dadurch Lauterbachs Transparenzverzeichnis mit seinem – nicht unerheblichen vierteljährlichen Erhebungsaufwand – überhaupt gerechtfertigt?

Bereits heute können PatientInnen auf viele vergleichende Qualitätsdaten zugreifen. Ausgewählte öffentliche Qualitätsdatenbanken seien hier exemplarisch vorgestellt:

Datenbank	Quelle	Inhalt
Gesetzlicher jährlicher Qualitätsbericht beim G-BA	https://qb-referenzdatenbank.g-ba.de/#/suche	Strukturqualität: Fachabteilungen Personalausstattung technische Ausstattung Leistungen Fallzahlen ...
Weißer Liste der Bertelsmann Stiftung	https://www.weisse-liste.de/krankenhaus	Für wenige ausgewählte Leistungen: Strukturqualität: Erfahrung Ausstattung Qualitätszertifikate Ergebnisqualität: Weiterempfehlung durch Patienten
Deutschlands Beste Krankenhäuser (FAZ.Institut)	https://www.faz.net/asv/beste-krankenhaeuser/	Aus den jährlichen Qualitätsberichten beim G-BA: Strukturqualität: Qualifikationen der MitarbeiterInnen Leistungsspektrum besondere Geräteausstattung medizinisch-pflegerische Angebote oder nicht medizinische Angebote, Ergebnisqualität: Qualität in definierten Leistungsbereichen und Häufigkeit von Komplikationen Bewertungsportale.

Auffällig ist bei der Studie Deutschlands Beste Krankenhäuser (FAZ-Institut), dass diese Auszeichnung auch **kleine Krankenhäuser**, sogar mit einer Ausstattung unter 50 Betten, erhielten.¹²

Auffällig bei der Weißen Liste der Bertelsmann Stiftung ist die Nähe zur Bundesregierung und die Darstellung von Qualität.

Die Nähe zur Bundesregierung: *„Die Weiße Liste ist vor mehr als zehn Jahren als gemeinsame Idee der **Bertelsmann Stiftung** und der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen entstanden. Sie begleitet heute Menschen auf ihrem Weg zu einer bedarfs- und bedürfnisgerechten gesundheitlichen Versorgung und unterstützt den eigenen Behandlungsprozess mitzugestalten. **Schirmherr der Weißen Liste ist der Patientenbeauftragte der Bundesregierung.**“*

Auch der damalige Gesundheitspolitiker Prof. Dr. Karl Lauterbach signalisierte eine enge „Einflussnahme“ auf ein „Transparenzregister“ im Patientenportal „Weiße Liste“: Wir wiederholen das Zitat aus Kapitel 22:

*„... Wir wissen, bei bestimmten Eingriffen gibt es einen Zusammenhang mit der Größe des Krankenhauses. Das wird demnächst bekannter werden durch **regelmäßige Veröffentlichung der Weißen Liste**, die die Komplikationsraten und die Qualitätsdefizite der einzelnen Häuser aufzeigt.“¹³*

Bis zum Jahr 2022 bewerteten die PatientInnen über die Weiße Liste Krankenhäuser mit den Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie nach 4 Kriterien:

- Weiterempfehlungssquote (WEB)
- Qualität der medizinischen Behandlung (= Ergebnisqualität)
- Qualität der pflegerischen Behandlung (= Ergebnisqualität)
- Service (= Struktur- und Ergebnisqualität).

Jedes Krankenhaus wurde mit prozentualer Zustimmung (0 bis 100%) dargestellt und mit anderen bewerteten Krankenhäusern verglichen. Damit hatten die PatientInnen einen Benchmarkvergleich zur **Ergebnisqualität** des ausgesuchten Krankenhauses.

Begleitend erfolgte eine Qualitätsstudie der Bertelsmann Stiftung mit erstaunlichen Resultaten:

¹² FAZ-Institut, Deutschlands beste Krankenhäuser 2023, <https://www.faz.net/asv/beste-krankenhaeuser/>

¹³ Augsburgsburger Allgemeine.de, 2019, ebenda

„Patientenzufriedenheit ist weithin als eine unabhängige Qualitätsdimension akzeptiert, da ihre Auswertung interne (nach innen gerichtete) Aspekte der Krankenhausversorgung einschließt (z. B. Kommunikation, Empathie oder Interaktion), die häufig (anderweitig) nicht gemessen werden können.“¹⁴

„Für beide Fachabteilungen wurde ein negativer statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Standortgröße und der WEB nachgewiesen, d. h. mit steigender Gesamtbettenzahl verringert sich die WEB der Patienten.“¹⁵

Die Weiterempfehlungsquote lt. Studie zur Weißen Liste manifestiert sich auch dadurch, dass die Qualität der ärztlichen Leistungen in den Flächenstaaten Sachsen und Bayern am höchsten eingeschätzt werden (über 83%), Nordrhein-Westfalen als Ballungsgebiet mit größeren Krankenhäusern hat eine auffällig niedrige ärztliche Qualität.¹⁶

Das gleiche Ergebnis lässt sich bei der pflegerischen Qualität der Krankenhäuser nach Bundesländern ableiten.¹⁷ Die höchste Verbesserung ihres Gesundheitszustandes weisen mit Bayern und Baden-Württemberg ebenfalls 2 Flächenstaaten aus.¹⁸

Überraschend ist, dass die Qualität der chirurgischen Fachabteilungen und internistischen Fachabteilungen mit steigender Anzahl an Krankenhausbetten offenbar sinkt. Die Patienten sind eher bereit, chirurgische Fachabteilungen an kleinen Krankenhäusern weiterzuempfehlen.¹⁹

Interpretiert werden kann diese Einschätzung der PatientInnen durch folgende Sachverhalte:

- Große Krankenhäuser sind an mittelschweren internistischen Erkrankungen (z.B. Lungenentzündung) oder chirurgischen Eingriffen (z.B. mittelschwere Fraktur) gar nicht interessiert.
- Diese Behandlungen treten dort eher selten als Begleiterkrankungen im Rahmen einer komplexer Krankenhausbehandlung auf.
- **Für kleine Krankenhäuser** sind diese Erkrankungen bzw. Behandlungen dagegen der **tägliche Routine mit großer Erfahrung**.

Im Sinne einer reduzierten und vorrangig auf Strukturqualität begrenzten Aufklärung der PatientInnen war diese breite und übersichtliche Darstellung von Ergebnisqualität (einschließlich des Vergleichs des ausgewählten Krankenhauses mit anderen Krankenhäusern) offenbar kontraproduktiv.

¹⁴ Bertelsmann-Stiftung, 2018 Krankenhausqualität aus Patientensicht Untersuchung auf Basis der PEQ-Daten der Weißen Liste, Gütersloh, S. 6, https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Studie_KhQualitaet_PatSicht_dt_final.pdf

¹⁵ Bertelsmann-Stiftung, ebenda, S. 9

¹⁶ Vgl. Bertelsmann-Stiftung, ebenda, S. 23

¹⁷ Vgl. Bertelsmann-Stiftung, ebenda, S. 28

¹⁸ Vgl. Bertelsmann-Stiftung, ebenda, S. 33

¹⁹ Vgl. Bertelsmann-Stiftung, ebenda, S. 58, 87

Im Jahr 2023 stellte die Bertelsmann Stiftung die Bewertung um und konzentriert jetzt Abstimmungen der PatientInnen auf wenige ausgewählte Behandlungen, namentlich:

- Brust-OP (behandelt vorrangig in Kliniken höherer Versorgungsstufe)
- Künstliches Kniegelenk (behandelt vorrangig in Fachkliniken oder klinischen Zentren)
- Künstliches Hüftgelenk (behandelt vorrangig in Fachkliniken oder klinischen Zentren)
- Prostatakrebs (behandelt vorrangig in Kliniken höherer Versorgungsstufe)
- Geburten
- Depression (behandelt vorrangig in Fachkliniken)
- Darmkrebs (behandelt vorrangig in Kliniken höherer Versorgungsstufe).²⁰

Der Verdacht liegt nahe:

- Auch hier geht es nicht vorrangig um Qualität.
- **Die bisher gute Ergebnisqualität kleiner Krankenhäuser behindert die Argumente für eine Konzentration von Klinikstandorten und klinischen Leistung** und wird deshalb „verschwiegen“.
- Wer ab sofort vorrangig Leistungen der Großkliniken und Fachkliniken zur Auswahl bringt, der ...
 - ... weist lediglich klinische Leistungen aus, die kleine Krankenhäuser gar nicht besser machen können
 - ... und stärkt den Selektionsprozess zu Ungunsten kleiner bzw. zu Gunsten großer Krankenhäuser.

Aufgrund der Nähe des Projekts „Weiße Liste“ zum Patientenbeauftragten der Regierung und zum Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach ist zu erwarten:

- Das Vorgehen der Bertelsmann Stiftung beim Patientenportal Weißen Liste ist mit Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach abgestimmt.
- Es deckt sich mit der 5. Stellungnahme der Regierungskommission, die ebenfalls versucht hat, gute Qualität großer bzw. schlechte Qualität kleiner Krankenhäuser anhand weniger selektiver Leistungen nachzuweisen. Auch hier steht die Forderung nach einer Klinikkonzentration im Vordergrund.²¹

Die Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern hat scharf auf die 5. Stellungnahme der Regierungskommission reagiert.²²

²⁰ Vgl. Bertelsmann Stiftung, Weiße Liste, Krankenhaus, <https://www.weisse-liste.de/krankenhaus>

²¹ Bundesgesundheitsministerium, Fünfte Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung - Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung Potenzialanalyse anhand exemplarischer Erkrankungen, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/5_Stellungnahme_Potenzialanalyse_bf_Version_1.1.pdf

²² Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Statistische Analysen ohne Kenntnis klinischer Abläufe, https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14742574332/2023_06_22+Pressemitteilung+Lauterbach+und+seine+Regierungskommission+diskreditieren+wohntnahe+Krankenhaus%3%A4user.pdf?t=1687452834

6 Alternativen

Qualität im Gesundheitswesen wird gemessen in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. (vgl. § 136 SGB V, Abs. 2).

Struktur- und Prozessqualität sind Indikatoren für gute Qualität und bilden eine hohe Wahrscheinlichkeit ab. **Ergebnisqualität ist das Resultat der klinischen Behandlung**, das, was den Patient bzw. die Patientin am Ende interessiert:

Wie gut / schlecht werde ich in diesem Krankenhaus behandelt?

Dieses legitime Recht steht den PatientInnen zu. Es stand ihnen bisher detailliert, jetzt jedoch nur noch begrenzt zur Verfügung (vgl. Kap. 5 Verfügbare Qualitätsdatenbanken).

Aus Patientensicht ist genau die Ergebnisqualität entscheidend. Deshalb ist nicht einsichtig, ...

- warum das geplante Transparenzverzeichnis sich auf Strukturqualität konzentriert
- warum begleitende Qualitätsportale in ihrem Informationsgehalt reduziert werden.

In diesem Sinne ist das Transparenzverzeichnis kein Fortschritt sondern ein Rückschritt hinsichtlich des Ziels, PatientInnen über die Qualität der Krankenhäuser zu informieren.

Es spricht nichts dagegen, Ergebnisqualität um Strukturqualität zu ergänzen. Dies sollte aber mit Augenmaß geschehen und keinen unnötigen bürokratischen Aufwand bei Krankenhäusern und Betreibern des Transparenzverzeichnis erzeugen.

Die Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern schlägt deshalb vor:

1. Ergebnisqualität

Das Patientenportal „Weiße Liste“ wird entweder auf seinen Auswertungszustand 2022 für die Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie zurückgesetzt, oder der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) übernimmt mit einer neuen Datenbank diese Aufgabe.

In diesem Fall würden die bisherigen Kriterien ...

- Weiterempfehlungssquote (WEB)
- Qualität der medizinischen Behandlung
- Qualität der pflegerischen Behandlung
- Service

im Sinne einer Ergebnisqualität nicht nur ausgewertet. Der Gemeinsame Bundesausschuss hätte auch die Möglichkeit, die **Ergebnisqualität gegen Strukturqualität aus den Qualitätsberichten zu validieren.**

2. Strukturqualität

Es bestehen keine Bedenken, die Qualitätsberichte beim Gemeinsamen Bundesausschuss um Informationen wie beispielsweise die zugeordnete Leistungsgruppe zu ergänzen.

Schon jetzt werden in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser für jede Fachabteilung Strukturdaten ausgewiesen, beispielsweise ...

Fachabteilung X

- Fallzahlen
- Personalausstattung
- Geräteausstattung
- detaillierte Behandlungsdaten.

Sie sind jedoch nur krankenhausesbezogen einsehbar. Benchmarks mit einem Vergleich durchschnittlicher deutscher Krankenhäuser bestehen nicht.

Vorstellbar wäre eine **Ergänzung der Daten um die Leistungsgruppe und um Benchmarks** mit gleicher Bezugsgröße (z.B. gewichtete Tsd. Patienten) dazu:

Fachabteilung X

Krankenhaus-
individuell

Durchschnitt aller
Fachabteilungen

- Fallzahlen
- Personalausstattung
- Geräteausstattung
- **Leistungsgruppe**
- **Fallzahl oder Casemix (CM) *)**
- detaillierte Behandlungsdaten.

pro Tsd. Patienten/CM
pro Tsd. Patienten/CM

pro Tsd. Patienten/CM
pro Tsd. Patienten/CM



*) Vergleiche bzw. Benchmarks können dann unter **Fachabteilungen mit gleichen Leistungsgruppen** ermittelt werden. Der **Gewichtungsfaktor** wäre durch einen Algorithmus vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu ermitteln, indem die **Fachabteilung** aufgrund ihrer durchschnittlichen Patientenzahl und/oder ihres durchschnittlichen Casemix je Leistungsgruppe relativiert wird.

Es sollte jedoch das Einverständnis bestehen, dass vergleichbare Strukturdaten einer Fachabteilung lediglich Indikator, nicht jedoch Garant für gute bzw. schlechte Ergebnisqualität sein können.

7 Fazit

Die Ausgestaltung des Krankenhaustransparenzgesetzes legt nahe:

- Das Krankenhaustransparenzgesetz zeigt den PatientInnen auf ,welche Leistungen das jeweilige Krankenhaus erbringt.
- Es zeigt nicht auf, mit welcher Qualität das Krankenhaus die Leistung erbringt.
- Es steuert, wie erwartet die PatientInnen dahingehend, sich primär für große Krankenhäuser mit umfassenden Leistungsangeboten – unabhängig von der Qualität der Leistungserbringung - zu entscheiden.
- Es fördert damit ein im Gesetzesentwurf unausgesprochenes Ziel, nämlich die Konzentration von Klinikstandorten und Klinikleistungen.
- Es bürdet den Krankenhäusern hohe Berichtsaufwände auf, indem diese durch Verteilungsschlüssel klinisches Personal einer Fachabteilung künstlich auf mehrere Leistungsgruppen verteilen müssen, und dies vierteljährlich statt üblicherweise jährlich.
- Es führt PatientInnen in die Irre, indem es Qualität unabhängig von Ergebnissen der klinischen Behandlung allein auf Basis von Strukturqualität auszeichnet.

Die Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern lehnt das Krankenhaustransparenzgesetz in der aktuellen Ausgestaltung ab.

8 Literatur

Mit der **Krankenhausreform** von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach und seiner Regierungskommission befassen sich unter anderem:

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Bewertung der Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung der Regierungskommission - Prognose über die Zukunft deutscher Krankenhäuser

<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14700414432/Gro%C3%9F+Krankenhausreform+-+Bewertung+der+dritten+Empfehlung+der+Regierungskommission+aktualisiert.pdf?t=1688465585>

Bündnis Klinikrettung, Selbstkostendeckung der Krankenhäuser,
<https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2022/11/2022-10-Studie-Selbstkostendeckung-Buendnis-Klinikrettung.pdf>

Bündnis Klinikrettung, Ja zur besseren Krankenhausstruktur – nein zu Lauterbachs Leveln. Das Modell des Bündnis Klinikrettung für bundeseinheitliche Krankenhausstruktur im Sinne einer flächendeckenden, bedarfsgerechten Krankenhausversorgung,
<https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2023/03/2023-03-13-Buendnis-Klinikrettung-Modell-bedarfsgerechte-Krankenhausstruktur.pdf>

Klaus Emmerich, Krankenhausreform 2023, Lauterbachs organisiertes Kliniksterben,
<https://www.epubli.com/shop/krankenhausreform-2023-9783757514273>

Mit **Qualität in Krankenhaus** befasst sich folgendes Fachbuch:

Dipl. Kaufmann Klaus Emmerich, 2019, Diskussion um Qualität und Schließung ländlicher Krankenhäuser, München, GRIN Verlag, <https://www.grin.com/document/498994>

© 2023
Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern
Autor: Klaus Emmerich, Klinikvorstand i.R.,
Egerländerweg 1
95502 Himmelkron
Tel.: 0117 - 9153415
E-Mail: klaus_emmerich@gmx.de
<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/>