

Entwurf einer Formulierungshilfe der Bundesregierung

für die Fraktionen der SPD, von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der FDP

Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz

(Krankenhaustransparenzgesetz)

A. Problem und Ziel

Um ein hohes Qualitätsniveau der stationären Versorgung in Deutschland zu sichern, bedarf es einer Erhöhung der Transparenz des Leistungsgeschehens. Eine konsequente Qualitätsorientierung der Krankenhäuser bedeutet 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 sollen informiert werden, welches Krankenhaus welche Leistungen in welcher Qualität anbietet. Die bereits bestehende Berichterstattung über die Qualität der stationären Leistungserbringung muss deshalb weiterentwickelt und ergänzt werden. Am 10. Juli 2023 haben 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 veröffentlichen wird. Vereinbart wurde, dieses Vorhaben in einem eigenen Gesetz umzusetzen und die bestehende Datenbasis zu verbessern.

B. Lösung

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird künftig zur Information der Bevölkerung und Aufklärung von Patientinnen und Patienten aktuelle Daten über das Leistungsangebot und Qualitätsaspekte des stationären Versorgungsgeschehens in Deutschland im Internet als „Transparenzverzeichnis“ veröffentlichen. Dafür werden die Krankenhäuser Versorgungsstufen (Level) zugeordnet und wird die Verteilung von Leistungsgruppen auf die einzelnen Standorte der Krankenhäuser transparent dargelegt. So erhalten Bürgerinnen und Bürger die Möglichkeit, sich über das Leistungsgeschehen des jeweiligen Standorts des Krankenhauses angemessen zu informieren und werden in die Lage versetzt, eine selbstbestimmte und qualitätsorientierte Auswahlentscheidung für die jeweilige Behandlung treffen zu können.

Die Veröffentlichung des Transparenzverzeichnisses hat keine Auswirkungen auf die Krankenhausplanung der Länder und auf die Krankenhausvergütung. Die Leistungsgruppen werden ausschließlich zur Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis benannt. Die Auflistung der Leistungsgruppen, die der Veröffentlichung des Leistungsgeschehens im Transparenzverzeichnis zugrunde liegen, entspricht den in den Eckpunkten für eine Krankenhausreform genannten Leistungsgruppen, die im Rahmen einer Krankenhausreform mit jeweiligen Qualitätskriterien festgelegt werden sollen. Diese Festlegung und Ausgestaltung von Leistungsgruppen bleibt einer künftigen Krankenhausreform vorbehalten und wird hier nicht vorweggenommen. An dem in den Eckpunkten für eine Krankenhausreform vorgesehenen Verfahren zur erstmaligen Definition und Weiterentwicklung von Leistungsgruppen wird ausdrücklich festgehalten. Die für die Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis

benannten Leistungsgruppen werden nach der Festlegung von Leistungsgruppen im Rahmen einer Krankenhausreform angepasst.

C. Alternativen

Keine. Alternative Regelungen, die ebenfalls zu einer kurzfristigen, umfassenden und nachhaltigen Transparenz des stationären Leistungsgeschehens führen, sind nicht ersichtlich.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Dem Bundeshaushalt entstehen durch die Veröffentlichung eines Transparenzverzeichnisses Ausgaben, die insbesondere abhängig von der inhaltlichen Ausgestaltung und den technischen Anforderungen der Umsetzung sowie Umfang und Qualität der Daten sind und insoweit nicht abschließend quantifiziert werden können. Es ist schätzungsweise von einmaligen Umsetzungskosten in Höhe von mindestens 100 000 Euro und von jährlichen Umsetzungskosten von mindestens 250 000 Euro auszugehen. Die Mehrbedarfe im Bereich des Bundes sind dauerhaft und vollständig finanziell und (plan-)stellenmäßig im Einzelplan 15 gegen zu finanzieren. Über die Einzelheiten zur Deckung der Mehrbedarfe wird im Rahmen kommender Haushaltsaufstellungsverfahren entschieden.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Wirtschaft entsteht Erfüllungsaufwand aufgrund von Bürokratiekosten aus neuen Informationspflichten für Krankenhäuser.

Durch die Erfassung und Übermittlung der Datenmeldungen zu Ärztinnen und Ärzten, zu standortbezogenen Leistungsgruppen, zu standortbezogenen Diagnosen je Fall sowie jeweils fallbezogenen Leistungsgruppen nach den neuen sowie ergänzten Vorschriften des § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe f und g, Nummer 2 Buchstabe f und i sowie Absatz 7 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) entsteht den Krankenhäusern Erfüllungsaufwand. Für die Datenmeldungen insgesamt existiert bereits ein etablierter Datenübermittlungsweg, so dass die Datenübermittlungssysteme nur geringfügig angepasst werden müssen.

Zu Ärztinnen und Ärzten wird eine Datenmeldung eingeführt, die mit der bereits seit dem Jahr 2019 durchgeführten Datenübermittlung für das Pflegepersonal vergleichbar ist und sich hieran orientieren kann. Der einmalige Aufwand im Zusammenhang mit der Anpassung von digitalen Prozessabläufen sowie Anpassungen der Organisationsstrukturen wird auf circa 5 Stunden pro Krankenhaus geschätzt. Dies ergibt für alle Krankenhäuser einmalige Kosten in Höhe von rund 320 000 Euro. Der laufende Erfüllungsaufwand im Zusammenhang mit der Erfassung und Übermittlung von Daten wird auf 1,16 Stunden pro Quartal und Krankenhaus geschätzt. Dies ergibt Bürokratiekosten in Höhe von rund 74 000 Euro pro Quartal und rund 297 000 Euro pro Jahr für die Krankenhäuser.

Durch die Zuordnung von Leistungsgruppen je Krankenhausstandort nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe g KHEntgG und deren Übermittlung an das Institut für das Entgelt-system im Krankenhaus (InEK) entsteht den Krankenhäusern ein geschätzter jährlicher Mehraufwand in Höhe von rund 68 Euro je Krankenhaus sowie über alle Krankenhäuser hinweg in Höhe von rund 129 000 Euro. Durch die Zuordnung von Behandlungsfällen zu Leistungsgruppen nach § 21 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe i KHEntgG und deren Übermittlung an das InEK entsteht den Krankenhäusern ein geschätzter jährlicher Mehraufwand in Höhe von rund 271 Euro je Krankenhaus sowie über alle Krankenhäuser hinweg in Höhe von rund 512 000 Euro. Für die Nutzung einer zertifizierten Leistungsgruppen-Datenverarbeitungs-lösung entsteht den Krankenhäusern gegebenenfalls ein geringfügiger jährlicher Mehraufwand bei den Sachkosten.

Die Schätzungen erfolgen unter der Annahme, dass es in Deutschland rund 1 890 Krankenhäuser gibt und unter Zugrundelegung der durchschnittlichen Lohnkosten im Gesundheitswesen von 33,90 Euro je Stunde.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Aufgaben des BMG zur Veröffentlichung eines für Patientinnen und Patienten leicht verständlichen Transparenzverzeichnisses im Internet entstehen Sachaufwände durch die Beauftragung externer Dienstleistungen von geschätzt einmalig mindestens 100 000 Euro im Jahr 2023 für die Konzeption, technische Realisierung, Datenaufbereitung und Barrierefreiheit sowie ab dem Jahr 2024 mindestens 250 000 Euro jährlich für die technische Pflege, kontinuierliche Datenpflege, Einarbeitung neuer Datenarten und Meldewege. Diese Sachaufwände sind unter D. „Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand“ entsprechend ausgewiesen.

Zudem entsteht für die Verwaltung Erfüllungsaufwand aufgrund der neu normierten Aufgaben des InEK sowie des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zur Umsetzung eines Transparenzverzeichnisses. Schätzungsweise entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand von 33 500 Euro für das InEK und 400 000 Euro für das IQTIG sowie ein jährlicher Erfüllungsaufwand von 12 300 Euro für das InEK und 150 000 Euro für das IQTIG. Demgegenüber stehen mittelbare Aufwandseinsparungen aufgrund der Einschränkung beziehungsweise Aufhebung der in § 136a Absatz 6 und § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Aufgaben.

F. Weitere Kosten

Keine. Weitere Kosten sind nicht zu erwarten. Der erwartete Nutzen bei der Veröffentlichung von Qualitätsinformationen im Transparenzverzeichnis besteht darin, dass sich die stationäre Behandlungsqualität insgesamt verbessert und damit nachhaltig Kosten für die Behandlung gesenkt sowie die Patientensicherheit gefördert werden.

Entwurf einer Formulierungshilfe der Bundesregierung für die Fraktionen der SPD, von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der FDP

Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz

(Krankenhaustransparenzgesetz)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 16. August 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 217) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 135c wird folgender § 135d eingefügt:

„§ 135d

Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht ab dem 1. April 2024 in einem Transparenzverzeichnis zur Krankenhausbehandlung in Deutschland im Internet insbesondere die in Absatz 3 genannten Informationen barrierefrei in leicht verständlicher, interaktiver Form. Das Bundesministerium für Gesundheit aktualisiert das Transparenzverzeichnis fortlaufend. Es benennt eine Stelle, die die technische Umsetzung der Veröffentlichung des Transparenzverzeichnisses durchführt. Die Veröffentlichung von Informationen im Transparenzverzeichnis erfolgt ohne Personenbezug. Die nach Satz 3 benannte Stelle stellt die im Transparenzverzeichnis veröffentlichten Daten in maschinenlesbarer Form öffentlich entgeltfrei zur Verfügung.

(2) Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen bereitet die für die Veröffentlichung und Aktualisierung des Transparenzverzeichnisses erforderlichen, in Absatz 3 genannten Daten auf, indem es aus den Daten, die es als unabhängige Stelle im Sinne des § 299 Absatz 3 Satz 1 für die in § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Maßnahmen zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung erhält, die patientenrelevanten Ergebnisse auswählt und diese mit den nach § 21 Absatz 3d Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelten Daten zusammenführt. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen kann auf Grundlage der nach § 21 Absatz 3d Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelten Daten weitere Auswertungen vornehmen. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen übermittelt

die nach den Sätzen 1 und 2 aufbereiteten Daten ohne Personenbezug an die nach Absatz 1 Satz 3 benannte Stelle. Es hat bei der Übermittlung gegenüber der nach Absatz 1 Satz 3 benannten Stelle die Richtigkeit und Sachlichkeit der übermittelten Daten zu erklären. Satz 3 gilt nicht für die nach § 21 Absatz 3d des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten. Die Wahrnehmung der Aufgaben nach den Sätzen 1 bis 3 durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen hat Vorrang vor anderen durch Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes bestimmten Aufgaben des Instituts. Die nach Satz 6 vorrangige Aufgabenwahrnehmung sowie deren Finanzierung sind von der Trägerin des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen sicherzustellen. § 137a Absatz 8 gilt auch für die Finanzierung der Aufgaben nach den Sätzen 1 bis 3.

(3) Im Transparenzverzeichnis nach Absatz 1 Satz 1 werden insbesondere folgende Informationen zu einzelnen Standorten von Krankenhäusern im Sinne des Satzes 2 veröffentlicht:

1. die Fallzahl der erbrachten Leistungen, differenziert nach den in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen,
2. die nach Absatz 4 zugeordnete Versorgungsstufe,
3. die personelle Ausstattung im Verhältnis zum Leistungsumfang,
4. die patientenrelevanten Ergebnisse aus den in § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Maßnahmen zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung.

Der Standort eines Krankenhauses bestimmt sich nach § 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist. Abweichend von Satz 1 Nummer 1 werden die in dieser Nummer genannten Informationen zu den Standorten von Krankenhäusern, denen die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bis zum [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 4] Leistungsgruppen zugewiesen hat, im Transparenzverzeichnis im Zeitraum bis zum 31. Dezember 2025 differenziert nach diesen zugewiesenen Leistungsgruppen veröffentlicht. Die von Satz 3 betroffenen Standorte von Krankenhäusern sind im Transparenzverzeichnis gesondert zu kennzeichnen. Bei Bundeswehrkrankenhäusern und Krankenhäusern der gesetzlichen Unfallversicherung umfasst die Fallzahl der erbrachten Leistungen nach Satz 1 Nummer 1 auch die Krankenhausfälle, in denen sie nicht Zivilpatienten behandeln oder in denen die Kosten von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden. Auch für diese Leistungen haben die Bundeswehrkrankenhäuser und die Krankenhäuser der gesetzlichen Unfallversicherung die Angaben nach § 21 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b, d, e, f und i des Krankenhausentgeltgesetzes ohne die Postleitzahl, den Wohnort und Stadtteil im Falle von Stadtstaaten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu übermitteln und diese gesondert auszuweisen. Aufgrund des besonderen Auftrages und des besonderen Zuschnitts der Krankenhäuser der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen beinhaltet die Veröffentlichung der Versorgungsstufe nach Satz 1 Nummer 2 im Transparenzverzeichnis die Angabe, dass es sich um ein Krankenhaus der gesetzlichen Unfallversicherung handelt.

(4) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ordnet jeden Standort eines Krankenhauses zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis auf der Grundlage der von den Krankenhäusern nach § 21 Absatz 1 des

Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten einer Versorgungsstufe zu. Ein Standort eines Krankenhauses ist zuzuordnen der

1. Versorgungsstufe „Level 3U“, wenn es sich um einen Standort einer Hochschulklinik handelt und an ihm Leistungen aus mindestens fünf internistischen Leistungsgruppen, mindestens fünf chirurgischen Leistungsgruppen, der Leistungsgruppe Intensivmedizin, der Leistungsgruppe Notfallmedizin sowie zusätzlich aus acht weiteren Leistungsgruppen erbracht werden,
2. Versorgungsstufe „Level 3“, wenn an ihm die in Nummer 1 genannten Leistungen erbracht werden und es sich nicht um einen Standort einer Hochschulklinik handelt,
3. Versorgungsstufe „Level 2“, wenn an ihm Leistungen aus mindestens zwei internistischen Leistungsgruppen, mindestens zwei chirurgischen Leistungsgruppen, der Leistungsgruppe Intensivmedizin, der Leistungsgruppe Notfallmedizin sowie zusätzlich drei weiteren Leistungsgruppen erbracht werden,
4. Versorgungsstufe „Level 1n“, wenn an ihm Leistungen aus mindestens der Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin, der Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie, der Leistungsgruppe Intensivmedizin sowie der Leistungsgruppe Notfallmedizin erbracht werden oder wenn es sich um ein in Satz 3 oder Satz 4 genanntes Krankenhaus handelt, das noch nicht der Versorgungsstufe „Level F“ oder „Level 1i“ zugeordnet wurde.

Fachkrankenhäuser, die sich auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe oder Personengruppe spezialisiert haben und einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich leisten, werden von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet. Krankenhäuser, die eine sektorenübergreifende Versorgung und in der Regel keine Notfallmedizin erbringen, werden von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde der Versorgungsstufe „Level 1i“ zugeordnet. Eine Zuordnung nach Satz 3 oder Satz 4 tritt an die Stelle einer Zuordnung nach Satz 2 Nummer 4, sofern diese bereits erfolgt ist. Die in den Sätzen 3 und 4 genannten Krankenhäuser sind im Transparenzverzeichnis gesondert zu kennzeichnen. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde teilt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus unverzüglich eine Zuordnung nach Satz 3 oder Satz 4 oder eine Änderung dieser Zuordnung mit.

(5) Gegen die Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben.“

2. § 136a Absatz 6 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 werden die Wörter „und zugelassenen Krankenhäuser“ gestrichen.
 - b) In Satz 5 wird die Angabe „5 und“ gestrichen.
3. § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 wird aufgehoben.
4. § 299 wird wie folgt geändert:
 - a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Einrichtungsbezogene Daten der Krankenhäuser, deren Verarbeitung in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vorgesehen ist, sind nicht zu pseudonymisieren.“

b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Abweichend von Satz 1 ist für die in § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Maßnahmen zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen die unabhängige Stelle im Sinne des Satzes 1.“

c) Folgender Absatz 7 wird angefügt:

„(7) Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen ist befugt, folgende personen- und einrichtungsbezogenen Daten der Versicherten und der Krankenhäuser zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis nach § 135d zu verarbeiten:

1. Daten, die das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen als unabhängige Stelle im Sinne des Absatzes 3 Satz 1 für die in § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Maßnahmen zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung erhält,
2. Auswertungen und Daten, die dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 21 Absatz 3d des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelt werden, sowie
3. die Daten aus den in § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 genannten strukturierten Qualitätsberichten der zugelassenen Krankenhäuser.

Abweichend von Absatz 3 Satz 3 darf das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis nach § 135d die in Satz 1 genannten Daten zusammenführen und verarbeiten. Die in den Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 für Maßnahmen zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung bestimmten Datenannahmestellen sind verpflichtet, dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis mitzuteilen, wie die in Satz 1 Nummer 1 genannten Daten, soweit sie den Zeitraum ab dem 1. Januar 2022 betreffen, einzelnen Standorten der Krankenhäuser zuzuordnen sind.“

5. In § 307 Absatz 1 Satz 3 wird das Wort „Anlage“ durch die Angabe „Anlage 2“ ersetzt.
6. In der Überschrift der Anlage wird das Wort „Anlage“ durch die Angabe „Anlage 2“ ersetzt.
7. Der Anlage 2 wird folgende Anlage 1 vorangestellt:

„Anlage 1
(zu § 135d)

Leistungsgruppen der Krankenhausbehandlung

Nummer	Leistungsgruppe
Internistische Leistungsgruppen	
1	Allgemeine Innere Medizin
2	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie

3	Infektiologie
4	Komplexe Gastroenterologie
5	Komplexe Nephrologie
6	Komplexe Pneumologie
7	Komplexe Rheumatologie
8	Stammzelltransplantation
9	Leukämie und Lymphome
10	EPU/Ablation
11	Interventionelle Kardiologie
12	Kardiale Devices
13	Minimalinvasive Herzklappenintervention
Chirurgische Leistungsgruppen	
14	Allgemeine Chirurgie
15	Kinder- und Jugendchirurgie
16	Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie
17	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie
18	Bauchaortenaneurysma
19	Carotis operativ/ interventionell
20	Komplexe periphere arterielle Gefäße
21	Herzchirurgie
22	Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche
23	Endoprothetik Hüfte
24	Endoprothetik Knie
25	Revision Hüftendoprothese
26	Revision Knieendoprothese
27	Spezielle Traumatologie
28	Wirbelsäuleneingriffe
29	Thoraxchirurgie
30	Bariatrische Chirurgie
31	Lebereingriffe
32	Ösophaguseingriffe
33	Pankreaseingriffe
34	Tiefe Rektumeingriffe
Weitere Leistungsgruppen	
35	Augenheilkunde
36	Haut- und Geschlechtskrankheiten
37	MKG
38	Urologie
39	Allgemeine Frauenheilkunde
40	Ovarial-CA
41	Senologie
42	Geburten

43	Perinataler Schwerpunkt
44	Perinatalzentrum Level 1
45	Perinatalzentrum Level 2
46	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin
47	Spezielle Kinder- und Jugendmedizin
48	Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation
49	Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome
50	HNO
51	Cochleaimplantate
52	Neurochirurgie
53	Allgemeine Neurologie
54	Stroke Unit
55	Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)
56	Geriatric
57	Palliativmedizin
58	Darmtransplantation
59	Herztransplantation
60	Lebertransplantation
61	Lungentransplantation
62	Nierentransplantation
63	Pankreastransplantation
64	Intensivmedizin
65	Notfallmedizin“.

Artikel 2

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

§ 21 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3a des Gesetzes vom 19. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Buchstabe e wird das Semikolon am Ende durch ein Komma ersetzt.

bb) Die folgenden Buchstaben f und g werden angefügt:

„f) die Anzahl des insgesamt beschäftigten ärztlichen Personals und die Anzahl des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung 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 und nach den Fachabteilungen des Standorts,

- g) die in Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch genannten Leistungsgruppen, denen die vom Krankenhaus erbrachten Behandlungsfälle zuzuordnen sind, jeweils gegliedert nach dem Kennzeichen des Standorts nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch;“.
- b) Nummer 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) Dem Buchstaben f werden die Wörter „jeweils gegliedert nach dem Kennzeichen des Standorts nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,“ angefügt.
 - bb) In Buchstabe h wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
 - cc) Folgender Buchstabe i wird angefügt:
 - „i) die in Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch genannte Leistungsgruppe, der die vom Krankenhaus im einzelnen Behandlungsfall erbrachte Leistung zuzuordnen ist.“
2. Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 1 werden die Wörter „Absatz 2 Nr. 1 und Nr. 2 Buchstabe b bis h“ durch die Wörter „Absatz 2 Nummer 1 und 2 Buchstabe b bis i“ ersetzt.
 - b) In Nummer 3 werden die Wörter „Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe a bis c und Nr. 2 Buchstabe b und d bis g“ durch die Wörter „Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe a bis c und Nummer 2 Buchstabe b, d bis g und i“ ersetzt.
 - c) In Nummer 4 werden die Wörter „Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe a, c und d“ und „Nr. 2 Buchstabe b und d bis h“ werden durch die Wörter „Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe a, c, d und g“ und „Nummer 2 Buchstabe b und d bis i“ ersetzt.
3. Nach Absatz 3b werden die folgenden Absätze 3c und 3d eingefügt:
- „(3c) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erarbeitet Vorgaben für die in Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe g und Nummer 2 Buchstabe i genannte Zuordnung und zertifiziert auf dieser Grundlage entwickelte Datenverarbeitungslösungen. Die Krankenhäuser haben für die in Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe g und Nummer 2 Buchstabe i genannte Zuordnung ausschließlich nach Satz 1 zertifizierte Datenverarbeitungslösungen zu verwenden.
- (3d) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus wertet die Daten nach Absatz 1, beginnend mit den Daten für das Kalenderjahr 2022, und die nach Absatz 7 Satz 1 übermittelten Daten standort-, fachabteilungs- und leistungsgruppenbezogen aus, soweit dies nach Abstimmung mit dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen für die Veröffentlichung und Aktualisierung des Transparenzverzeichnisses nach § 135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlich ist. Die Datenstelle übermittelt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die in Satz 1 genannten Daten für die Auswertungen nach Satz 1. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen und der nach § 135d Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benannten Stelle barrierefrei die in Satz 1 genannten Daten sowie die Auswertung nach Satz 1 und die Zuordnung der Standorte von Krankenhäusern zu Versorgungsstufen nach § 135d Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“
4. Absatz 5 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 2 wird die Angabe „Buchstabe e“ durch die Wörter „Buchstabe e und f“ ersetzt.
 - b) In den Sätzen 4 und 6 werden nach den Wörtern „Gesamtanzahl der Pflegevollkräfte“ jeweils die Wörter „oder der ärztlichen Vollkräfte“ und nach den Wörtern „Anzahl der Pflegevollkräfte“ jeweils die Wörter „oder ärztlichen Vollkräfte“ eingefügt.
5. Folgender Absatz 7 wird angefügt:

„(7) Für die Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis nach § 135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch übermittelt das Krankenhaus die in Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe a und f genannten Daten an die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus geführte Datenstelle auf maschinenlesbaren Datenträgern zusätzlich zur Übermittlung nach Absatz 1 für jedes Kalenderquartal jeweils bis zum 15. des folgenden Monats, erstmals bis zum 15. Januar 2024. Absatz 3b Satz 2 bis 5 gilt für die Übermittlung der Daten nach Satz 1 entsprechend. Die Leitung des Krankenhauses ist verpflichtet, für die ordnungsgemäße und rechtzeitige Übermittlung der Daten nach Satz 1 zu sorgen. Das Krankenhaus hat dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen die auf Grund einer nicht ordnungsgemäßen oder nicht rechtzeitigen Übermittlung der Daten nach Satz 1 entstehenden Mehraufwendungen zu erstatten, sofern das Krankenhaus die nicht vollständige oder nicht rechtzeitige Übermittlung zu vertreten hat.“

Artikel 3

Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

§ 29 Absatz 3 des Sozialgerichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 155) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 4 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
2. Folgende Nummer 5 wird angefügt:
„5. Streitigkeiten betreffend die Veröffentlichung des Transparenzverzeichnisses nach § 135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

Artikel 4

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Um eine qualitativ hochwertige und an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Krankenhausbehandlung zu gewährleisten, muss das bisherige System von Qualität und Transparenz der Krankenhausbehandlung weiterentwickelt werden. Ziel ist die Schaffung einer laienverständlichen und barrierefreien Übersicht zur Qualität der Krankenhausbehandlung, um qualitätsorientierte Auswahlentscheidungen der Patientinnen und Patienten zu fördern.

In der Praxis zeigt sich, dass die bestehenden Regelungen zur Qualitätsberichterstattung nicht ausreichen, um die Öffentlichkeit angemessen über die Qualität der stationären Leistungserbringung zu informieren. Die Information der Bevölkerung über die Qualität von Krankenhausbehandlungen muss frei von interessengeleiteten, einseitigen oder für den medizinischen Laien unverständlichen Mitteilungen sein. Daher ist es notwendig, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Öffentlichkeit auf Grundlage inhaltlich zutreffender Angaben und unter Beachtung des Gebots der Sachlichkeit informiert. Dieses Informationshandeln auf Grundlage objektiv richtiger Daten ist geeignet, erforderlich und angemessen, um das Orientierungswissen von Bürgerinnen und Bürgern durch die Bereitstellung von Transparenz über die Krankenhausbehandlung zu fördern.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Mit dem Gesetzentwurf wird die Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung in Deutschland nachhaltig gestärkt. Dies erfolgt im Wesentlichen durch die Errichtung, den Betrieb und die Veröffentlichung eines Transparenzverzeichnisses. Um die Krankenhausbehandlung für alle Patientinnen und Patienten transparent zu machen, werden ab dem 1. April 2024 in einem Transparenzverzeichnis allgemeinverständliche Informationen bezogen auf Standorte der Krankenhäuser, insbesondere zum jeweiligen Leistungsangebot, zur personellen Ausstattung und zu Qualitätsaspekten barrierefrei im Internet ohne Personenbezug veröffentlicht. Das Transparenzverzeichnis wird durch das BMG veröffentlicht. Grundlage ist die Aufbereitung der hierfür notwendigen Daten durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Das Leistungsangebot am einzelnen Krankenhausstandort wird differenziert nach 65 Leistungsgruppen dargestellt. Diese Auflistung der Leistungsgruppen, die der Veröffentlichung des Leistungsgeschehens im Transparenzverzeichnis zugrunde liegen, entspricht den in den Eckpunkten für eine Krankenhausreform genannten Leistungsgruppen, die im Rahmen einer Krankenhausreform mit jeweiligen Qualitätskriterien festgelegt werden sollen (siehe Präambel sowie Punkt 3.2. des Eckpunktepapiers, das unter nachfolgender Internetseite https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform.pdf veröffentlicht ist). Diese Festlegung und Ausgestaltung von Leistungsgruppen bleibt einer künftigen Krankenhausreform vorbehalten und wird hier nicht vorweggenommen. An dem in den Eckpunkten für eine Krankenhausreform vorgesehenen Verfahren zur erstmaligen Definition und Weiterentwicklung von Leistungsgruppen wird ausdrücklich festgehalten. Im Rahmen dieses Gesetzentwurfs werden lediglich in einer Anlage zu § 135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zum Zweck der Veröffentlichung des Transparenzverzeichnisses Leistungsgruppen benannt. Diese für die Veröffentlichung

des Transparenzverzeichnisses benannten Leistungsgruppen werden nach Festlegung von Leistungsgruppen im Rahmen einer Krankenhausreform angepasst werden.

Für Krankenhäuser in Ländern, in denen die Krankenhausplanung bereits auf der Grundlage von Leistungsgruppen erfolgt und in denen den Krankenhäusern von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde bereits Leistungsgruppen zugewiesen wurden, wird das Leistungsangebot zunächst anhand dieser durch das Land bereits zugewiesenen Leistungsgruppen dargestellt.

Ausgehend von den Leistungsgruppen wird jeder Krankenhausstandort einer bundeseinheitlichen Versorgungsstufe (Level) zugeordnet. Dem besonderen Leistungsspektrum der Universitätsklinik wird durch ein eigenes Level 3U angemessen Rechnung getragen.

Für das IQTIG werden datenschutzrechtliche Befugnisse geschaffen, die es ermöglichen, unter anderem die Daten aus Qualitätssicherungsverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie Daten gemäß § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) für das Transparenzverzeichnis zu verarbeiten.

Die Krankenhäuser werden verpflichtet, dem InEK künftig folgende ergänzende Angaben zu übermitteln: Zuordnung von Leistungsgruppen, Standortbezug bei Diagnosen und Prozeduren sowie Daten zum ärztlichen Personal. Außerdem wird eine unterjährige Datenübermittlungspflicht zu ärztlichem Personal eingeführt.

III. Alternativen

Alternative Regelungen sind nicht ersichtlich. Die Regelung in § 136a Absatz 6 SGB V, mit der ebenfalls Transparenz über das Leistungsgeschehen im Interesse einer qualitativ hochwertigen Versorgung erzielt werden sollte, hat sich mangels fristgerechter Umsetzung nicht als geeignet erwiesen.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Für die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen ergibt sich die Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes (GG).

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die vorgesehenen Änderungen des KHEntgG stützt sich auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a GG (die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze) in Verbindung mit Artikel 72 Absatz 2 GG. Bundesgesetzliche Regelungen sind zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet sowie zur Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse im Sinne des Artikels 72 Absatz 2 GG erforderlich. Die Änderungen verfolgen das Ziel einer Verbesserung der Qualität der stationären Versorgung insbesondere durch entgeltrechtliche Regelungen, welche Bestandteil der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser sind. Das Vergütungssystem ist für die Krankenhäuser bundesweit und einheitlich geregelt. Folglich sind Änderungen in diesem System ebenso einheitlich vorzunehmen, um im gesamten Bundesgebiet gleiche Zugangsmöglichkeiten und ein gleiches Qualitäts- sowie Versorgungsniveau der akutstationären Versorgung zu gewährleisten. Diese Regelungsziele wären durch landesrechtliche Regelungen nicht zu erreichen, da eine Gesetzesvielfalt auf Landesebene zu einer Rechtszersplitterung führen würde, sodass das Ziel der Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit nicht erreicht werden könnte.

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für Regelungen zu Fragen des Rechtswegs ergibt sich aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 1 GG (Gerichtsverfassung, gerichtliches Verfahren).

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union und mit völkerrechtlichen Verträgen vereinbar, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Der Gesetzentwurf trägt zur Rechts- und Verwaltungsvereinfachung bei. Bürgerinnen und Bürger finden gebündelt in einem frei zugänglichen Verzeichnis im Internet Informationen über die von den Krankenhäusern erbrachten Leistungen und die Qualität der stationären Leistungserbringung der Krankenhäuser in Deutschland.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Der Gesetzentwurf wurde unter Berücksichtigung der Managementregeln der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie im Hinblick auf die Nachhaltigkeit geprüft, seine Wirkung stärkt eine nachhaltige Entwicklung. Eine höhere Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung führt mittel- und langfristig auch zu einer wirtschaftlicheren Mittelverwendung und trägt dadurch zu mehr Nachhaltigkeit bei.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund, Länder und Gemeinden

Für die Aufgaben des BMG zur Veröffentlichung eines für alle Patientinnen und Patienten leicht verständlichen und barrierefreien Transparenzverzeichnisses im Internet entstehen dem Bundeshaushalt Kosten. Die Kosten sind nicht abschließend quantifizierbar, da sie insbesondere von den inhaltlichen und technischen Anforderungen der Umsetzung sowie Umfang und Qualität der Daten abhängen (insbesondere Datenqualität und Datenschnittstellen). Schätzungsweise kann für eine einfache Basisversion einer diesbezüglichen Veröffentlichung davon ausgegangen werden, dass die Konzeption, technische Realisierung und Datenaufbereitung sowie Barrierefreiheit einmalige Haushaltsmittel von mindestens 100 000 Euro im Jahr 2023 sowie die technische Pflege, kontinuierliche Datenpflege, Einarbeitung neuer Datenarten und Meldewege ab dem Jahr 2024 jährliche Haushaltsmittel von mindestens 250 000 Euro erfordern. Die Mehrbedarfe im Bereich des Bundes sind dauerhaft und vollständig finanziell und (plan-)stellenmäßig im Einzelplan 15 gegen zu finanzieren. Über die Einzelheiten zur Deckung der Mehrbedarfe wird im Rahmen kommenden Haushaltsaufstellungsverfahren entschieden.

4. Erfüllungsaufwand

Bund, Länder und Gemeinden

Für die Aufgaben des BMG zur Veröffentlichung eines für Patientinnen und Patienten leicht verständlichen Transparenzverzeichnisses im Internet entstehen Sachaufwände durch die Beauftragung externer Dienstleistungen. Diese werden aufgrund von Expertenschätzungen auf einmalig mindestens 100 000 Euro im Jahr 2023 für die Konzeption, technische Realisierung und Datenaufbereitung sowie Barrierefreiheit sowie ab dem Jahr 2024 mindestens 250 000 Euro jährlich für die technische Pflege, kontinuierliche Datenpflege, Einarbeitung neuer Datenarten und Meldewege jährlich geschätzt. Diese Sachaufwände werden unter VI. 3. „Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand“ entsprechend ausgewiesen.

Wirtschaft

Insgesamt entsteht für die Krankenhäuser ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von geschätzt 320 000 Euro sowie jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von geschätzt 938 000 Euro.

Durch die Erfassung und Übermittlung der Datenmeldungen zu Ärztinnen und Ärzten, zu standortbezogenen Leistungsgruppen, zu standortbezogenen Diagnosen je Fall sowie jeweils fallbezogenen Leistungsgruppen der neuen sowie ergänzten Vorschriften des § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe f und g, Nummer 2 Buchstabe f und i sowie Absatz 7 KHEntgG entsteht den Krankenhäusern Erfüllungsaufwand. Für die Datenmeldungen insgesamt existiert bereits ein etablierter Datenübermittlungsweg, so dass die Datenübermittlungssysteme nur geringfügig angepasst werden müssen.

Zu Ärztinnen und Ärzten wird eine Datenmeldung eingeführt, die mit der bereits seit dem Jahr 2019 durchgeführten Datenübermittlung für das Pflegepersonal vergleichbar ist und sich hieran orientieren kann. Für die Datenmeldungen insgesamt existiert bereits ein etablierter Datenübermittlungsweg, so dass die Datenübermittlungssysteme nur geringfügig angepasst werden müssen. Der einmalige Aufwand im Zusammenhang mit der Anpassung von digitalen Prozessabläufen sowie Anpassungen der Organisationsstrukturen wird auf circa 5 Stunden pro Krankenhaus geschätzt. Dies ergibt für alle Krankenhäuser einmalige Kosten in Höhe von rund 320 000 Euro. Der laufende Erfüllungsaufwand im Zusammenhang mit der Erfassung und Übermittlung von Daten wird auf 1,16 Stunden pro Quartal und Krankenhaus geschätzt. Dies ergibt Bürokratiekosten in Höhe von rund 74 000 Euro pro Quartal und rund 297 000 Euro pro Jahr für die Krankenhäuser. Die Schätzungen erfolgen unter der Annahme, dass es in Deutschland rund 1 890 Krankenhäuser gibt und unter Zugrundelegung der durchschnittlichen Lohnkosten im Gesundheitswesen von 33,90 Euro je Stunde. Dies beinhaltet nur die Personalkosten der Krankenhäuser, sollten zum Beispiel Softwareanpassungen durch externe Dienstleister notwendig sein, ist hier von durchschnittlichen Kosten in Höhe von 1 090 Euro je Programmierstag auszugehen. In wie vielen Krankenhäusern und in welchem Umfang dies notwendig sein könnte, lässt sich aufgrund der unterschiedlichen Organisationsstrukturen nicht beziffern.

Durch die Zuordnung von Leistungsgruppen je Krankenhausstandort nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe g KHEntgG und deren Übermittlung an das InEK entsteht den Krankenhäusern unter der Prämisse, dass im Durchschnitt je Übermittlung je Krankenhaus ein Mitarbeitender jeweils eine halbe Stunde benötigt, für jährlich vier Datenmeldungen (§ 21 Absatz 1 und Absatz 3b KHEntgG) ein geschätzter jährlicher Mehraufwand in Höhe von rund 68 Euro je Krankenhaus sowie über alle Krankenhäuser hinweg in Höhe von rund 129 000 Euro. Der krankenhausesindividuelle Mehraufwand ist hierbei abhängig von der Anzahl der Standorte sowie dem Leistungsangebot des jeweiligen Krankenhauses.

Durch die Zuordnung von Behandlungsfällen zu Leistungsgruppen nach § 21 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe i KHEntgG und deren Übermittlung an das InEK entsteht den Krankenhäusern unter der Prämisse, dass im Durchschnitt je Übermittlung je Krankenhaus ein Mitarbeitender jeweils zwei Stunden benötigt, für jährlich vier Datenmeldungen (§ 21 Absatz 1 und Absatz 3b KHEntgG) ein geschätzter jährlicher Mehraufwand in Höhe von rund 271 Euro je Krankenhaus sowie über alle Krankenhäuser hinweg in Höhe von rund 512 000 Euro. Der krankenhausesindividuelle Mehraufwand ist hierbei abhängig von der Fallzahl sowie -entwicklung des jeweiligen Krankenhauses. Für die Nutzung einer zertifizierten Leistungsgruppen-Datenverarbeitungslösung entsteht den Krankenhäusern gegebenenfalls ein geringfügiger jährlicher Mehraufwand bei den Sachkosten.

Die Schätzungen erfolgen unter der Annahme, dass es in Deutschland rund 1 890 Krankenhäuser gibt und unter Zugrundelegung der durchschnittlichen Lohnkosten im Gesundheitswesen von 33,90 Euro je Stunde.

Verwaltung

Insgesamt entsteht für die Verwaltung ein einmaliger Erfüllungsaufwand von geschätzt 33 500 Euro für das InEK sowie für das IQTIG von geschätzt 400 000 Euro. Der geschätzte jährliche Erfüllungsaufwand beläuft sich auf 12 300 Euro für das InEK und 150 000 Euro für das IQTIG.

Durch die Aufgaben des InEK im Zusammenhang mit der Umsetzung des Transparenzverzeichnis entsteht dem InEK Erfüllungsaufwand. Dieser Erfüllungsaufwand kann jeweils nur geschätzt werden. Es werden die Lohnkostensätze der Verwaltung im Bereich Sozialversicherung zugrunde gelegt.

Für die Erarbeitung der Vorgaben für die Zuordnung anhand der Leistungsgruppen-Datenverarbeitungslösung und deren Zertifizierung im Jahr 2024 entsteht dem InEK unter der Annahme, dass hierfür drei Mitarbeitende des höheren Dienstes mit einem Stundenlohn von 66,20 Euro jeweils 20 Tage benötigen, ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 32 000 Euro. Für die jährliche Weiterentwicklung und Zertifizierung ab dem Jahr 2025 ergibt sich für das InEK laufender Erfüllungsaufwand (zwei Mitarbeitende mit einem Stundenlohn von 45,20 Euro (Durchschnittswert für die Sozialversicherung) je fünf Tage (je 8 Stunden)) in Höhe von rund 3 600 Euro.

Für die Übermittlung von Auswertungen der Krankenhausdatenmeldungen des Datenjahres 2022 an das IQTIG entsteht dem InEK ein einmaliger Erfüllungsaufwand von 1 500 Euro (zwei Mitarbeitende mit einem Stundenlohn von 45,20 Euro je zwei Tage). Für die Zuordnung der Krankenhausstandorte zu den Versorgungsstufen sowie die Übermittlung der Zuordnung und von Auswertungen der Krankenhausdatenmeldungen an das IQTIG ergibt sich unter der Annahme, dass zwei Mitarbeitende des InEK mit einem Durchschnittslohnsatz von jeweils 45,20 Euro hierfür jeweils acht Tage benötigen, ab dem Jahr 2024 ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 5 800 Euro.

Die Entgegennahme der durch die Krankenhäuser künftig jährlich zusätzlich zu meldenden Daten und deren Auswertung sowie die künftig unterjährig quartalsweise Entgegennahme der Strukturdatenmeldungen der Krankenhäuser ist ab dem Jahr 2024 mit Mehraufwand für das InEK verbunden. Dieser ist aufgrund der Tatsache, dass hierfür bereits etablierte Datenübermittlungsverfahren und -prozesse, insbesondere auch aufgrund der bereits bestehenden unterjährig dreimal verpflichtenden Meldepflichten der Krankenhäuser, genutzt werden können, jedoch voraussichtlich nur geringfügig und nicht quantifizierbar.

Unter der Annahme, dass zwei Mitarbeitende des InEK mit einem Durchschnittslohnsatz von jeweils 45,20 Euro für die Übermittlung der quartalsweise übermittelten Krankenhausdaten an das IQTIG sowie die Übermittlung von Auswertungen an die vom BMG zu bestimmende Stelle je Quartal jeweils einen Tag benötigen, fällt ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 2 900 Euro an.

Durch die Aufgaben des IQTIG zur Umsetzung eines Transparenzverzeichnis (Aufbereitung, Zusammenführungen, Auswertungen sowie Übermittlung von Daten) wird für das IQTIG Erfüllungsaufwand entstehen. Der Erfüllungsaufwand ist nicht abschließend quantifizierbar, da er wesentlich davon abhängt, inwieweit und in welchen Bereichen das IQTIG patientenrelevante Ergebnisse aus den in § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V genannten verpflichtenden Maßnahmen der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zur Erfüllung seiner neuen Aufgabe nach § 135d SGB V verarbeiten wird. Annäherungsweise kann aufgrund von Expertenschätzungen davon ausgegangen werden, dass seitens des IQTIG einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 400 000 Euro sowie jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von 150 000 Euro entsteht. Im Einzelnen entstehen laut Expertenauskunft einmalig Aufwände insbesondere für folgende Aufgaben: Feinkonzept Technik, Datenmodell, Einrichtung Basistechnik einschließlich Schnittstellen, Projektmanagement, Koordination, Tests und Qualitätssicherung, Datenschutzkonzept. Jährliche Aufwände entstehen laut Expertenauskunft insbesondere für: Überarbeitungen des Feinkonzepts sowie am Datenmodell, Projektmanagement, Koordination, Tests und

Qualitätssicherung. Es ist davon auszugehen, dass der Erfüllungsaufwand zumindest teilweise im Rahmen bestehender Aufgaben und mit vorhandenen Ressourcen des IQTIG erledigt werden kann. Dies insbesondere deshalb, weil normiert wird, dass die Wahrnehmung der Aufgaben Vorrang vor allen sonstigen Aufträgen des Instituts hat (§ 135d Absatz 2 Satz 7 SGB V).

Dem Erfüllungsaufwand gegenüber stehen zudem mittelbare Aufwandseinsparungen aufgrund der Einschränkung der Aufgaben nach § 136a Absatz 6 SGB V und Aufhebung der Aufgaben nach § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 SGB V. Bei diesen gesetzlichen Aufträgen wären, vergleichbar mit der Umsetzung eines Transparenzverzeichnisses, umfassende Datenverarbeitungen des IQTIG sowie zusätzlich der Betrieb und die Umsetzung einer laienverständlichen und barrierefreien Veröffentlichung standortbezogener Qualitätsvergleiche erforderlich gewesen. Die erhebliche Einschränkung dieser Aufgaben dient insoweit der Entbürokratisierung und sorgt damit dafür, dass mittelfristig Aufwände seitens IQTIG eingespart werden. Im Rahmen der Konzeptentwicklung zu § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 SGB V war das IQTIG von Umsetzungskosten in Höhe eines niedrigen einstelligen Millionenbetrags ausgegangen.

5. Weitere Kosten

Keine.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Die Regelungen haben keine Auswirkungen für Verbraucherinnen und Verbraucher und keine gleichstellungspolitischen oder demografischen Auswirkungen.

Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Lebenssituation von Frauen und Männern sind keine Auswirkungen erkennbar, die gleichstellungspolitischen Zielen gemäß § 2 der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien zuwiderlaufen.

VII. Befristung; Evaluierung

Ziel der Regelungen ist, die Bevölkerung und insbesondere die Patientinnen und Patienten dauerhaft in einer einfachen und verständlichen Sprache barrierefrei darüber zu informieren, welches Krankenhaus welche Leistungen mit welcher Qualität anbietet. Das Transparenzverzeichnis befähigt die Patientinnen und Patienten, eine selbstbestimmte Auswahlentscheidung für ihre stationäre Versorgung zu treffen und stärkt im Interesse der Patientensicherheit nachhaltig die Versorgungsqualität. Das IQTIG wertet die zu veröffentlichenden Daten regelmäßig aus und das BMG prüft regelmäßig die Aktualität und Aussagekraft der Daten. Das BMG wird das Informationsangebot ebenfalls regelmäßig auf seinen Nutzen und die Nutzung durch die Allgemeinheit überprüfen und erforderlichenfalls die Anpassung der Regelungen vorschlagen. Als Kriterien, anhand derer festgestellt werden soll, ob die Regelungsziele erreicht worden sind, sollen insbesondere die Nutzerzahlen und das Nutzerverhalten des Transparenzverzeichnisses ausgewertet werden. Die Auswertungen des IQTIG zu den zu veröffentlichenden Daten sollen insbesondere durch fachwissenschaftliche Experteneinschätzungen durchgeführt werden. Die internen Prüfungen sollen in der Regel jährlich, erstmals ein Jahr nach Beginn der Veröffentlichung des Transparenzverzeichnisses erfolgen. Inwieweit selbstbestimmte Entscheidungen von Patientinnen und Patienten oder die Versorgungsqualität gefördert werden, wird allenfalls mittelbar und über längere Zeitfristen feststellbar sein. Hierzu können neben Experten- und Nutzerbefragungen auch Auswertungen des IQTIG zu datengestützten Qualitätsergebnissen erfolgen.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Zu § 135d (Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung)

Zu Absatz 1

Der neue § 135d sieht vor, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ab dem 1. April 2024 ein Verzeichnis im Internet veröffentlicht, um eine größere Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung herzustellen. Es handelt sich um eine staatliche Maßnahme mit dem Ziel, die Wissensgrundlage der Bevölkerung über das stationäre Leistungsangebot zu verbessern. Die Veröffentlichung von Informationen auf Grundlage objektiv richtiger Daten ist geeignet, erforderlich und angemessen, um durch die Bereitstellung von Orientierungswissen mehr Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung für die Bevölkerung herzustellen und darauf aufbauend eigenverantwortliche Auswahlentscheidungen treffen zu können. Die dafür notwendigen Informationen werden in Absatz 3 konkretisiert. Die Veröffentlichung dient dazu, die Bevölkerung und insbesondere die Patientinnen und Patienten sowie einweisende Ärztinnen und Ärzte dauerhaft und fortlaufend aktualisiert in einer einfachen und verständlichen Sprache barrierefrei darüber zu informieren, welches Krankenhaus welche Leistungen mit welcher Qualität anbietet. Das Transparenzverzeichnis leistet in Form des sogenannten public reporting einen Beitrag, die Qualität der Krankenhausbehandlung zu steigern. Die barrierefreie 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. Eine Verbesserung der Qualität der Krankenhausversorgung durch mehr Transparenz wird erreicht, indem einerseits Patientinnen und Patienten und ihre An- und Zugehörigen sowie einweisende Ärztinnen und Ärzte angemessen über die Qualität und die Leistungserbringung der Krankenhäuser in Deutschland informiert und aufgeklärt werden. So sollen mit dem Transparenzverzeichnis eine laiengerechte Suche und Vergleiche zwischen Einrichtungen ermöglicht werden. Dabei ist davon auszugehen, dass Patientinnen und Patienten die Informationen bei ihrer Auswahlentscheidung berücksichtigen und dadurch selbstbestimmte Auswahlentscheidungen für das aus ihrer Sicht am besten geeignete Krankenhaus gefördert werden. Das Transparenzverzeichnis stärkt zudem einen Wettbewerb um mehr Qualität in der medizinischen Versorgung, indem die Krankenhausstandorte die Leistungs- und Qualitätsdaten anderer Einrichtungen als Orientierung für eigene Verbesserungsmaßnahmen nutzen können. Folglich ist davon auszugehen, dass die Krankenhäuser auch im eigenen Interesse weiter an Qualitätsverbesserungen arbeiten und sich die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität mit der Neuregelung auf diese Weise stetig verbessern wird.

Die Neuregelung ergänzt die bestehende Qualitätsberichterstattung der Krankenhäuser nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 in erforderlicher Weise. In der Praxis zeigt sich, dass die bestehenden Regelungen zu den Qualitätsberichten nicht ausreichen, um die Öffentlichkeit angemessen über die stationäre Qualität und Leistungserbringung zu informieren. Mit dem Transparenzverzeichnis wird daher ermöglicht, über die bestehende Qualitätsberichterstattung hinaus weitere und aktuellere Datengrundlagen für die gezielte Information der Öffentlichkeit zu nutzen. Die Vorschriften über den Qualitätsbericht bleiben von dieser Neuregelung unberührt, damit das etablierte Verfahren weiterhin durchgeführt wird. Die Qualitätsberichterstattung der Krankenhäuser soll laufend dahingehend geprüft werden, ob perspektivisch einzelne Berichtspflichten entfallen können, um die Krankenhäuser von zu hoher Bürokratie zu entlasten.

Die Veröffentlichung erfolgt auf der Grundlage von § 4 des Behindertengleichstellungsgesetzes (BGG) barrierefrei. Weiterhin gelten die Vorgaben der Verordnung zur Schaffung

barrierefreier Informationstechnik nach dem BGG (Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung - BITV 2.0).

Nach Satz 3 wählt das BMG eine Stelle aus, die geeignet ist den Betrieb des Transparenzverzeichnisses technisch umzusetzen. Satz 4 stellt klar, dass das Transparenzverzeichnis keine personenbezogenen Daten enthält. Satz 5 entspricht den Intentionen der „Open Data“-Strategie der Bundesregierung, solche Daten für die Öffentlichkeit entgeltfrei und niederschwellig zur Verfügung zu stellen.

Zu Absatz 2

Das IQTIG übernimmt die für das Transparenzverzeichnis erforderliche Datenaufbereitung. Trägerin des IQTIG ist die gleichnamige, rechtsfähige, privatrechtliche Stiftung für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, deren Stifter der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist. Das IQTIG ist als Einrichtung der Stiftung errichtet worden. Die Institutsleitung ist ausweislich der Satzung der Stiftung, § 12 Absatz 1 Satz 2 sowie § 5 Absatz 2 der Geschäftsordnung der Stiftung berechtigt, selbstständig für das Institut zu handeln und insoweit die Stiftung als besonderer Vertreter gemäß § 30 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten. Das IQTIG wurde ursprünglich errichtet, um im Auftrag des G-BA an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen fachlich unabhängig, wissenschaftlich zu arbeiten und dem G-BA Entscheidungsgrundlagen für die von ihm zu gestaltenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu liefern. Aufgrund der beim IQTIG gebündelten Fachkunde und langjährigen Erfahrung im Hinblick auf methodisches und verfahrenstechnisches Vorgehen bei der Durchführung von Maßnahmen der Qualitätsverbesserung, ist das Institut besonders geeignet, den für das Transparenzverzeichnis erforderlichen Datenbestand zuverlässig aufzubauen, auszuwerten und weiterzuentwickeln.

Dem IQTIG kommt seit der Zeit seiner Errichtung in immer größerem Maße eine tragende Rolle im Bereich der Qualitätssicherung zu, sodass es für die Bewältigung der diesbezüglich anfallenden umfangreichen Aufgaben zu einem unverzichtbaren Akteur geworden ist. Daher ist es erforderlich, dem IQTIG für die Bewältigung seiner neuen Aufgaben kraft Gesetzes in umfassendem Maße Rechtssicherheit zu geben. Durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz vom 21. Juli 2014, (BGBl. I S. 1133) erfolgte die Einführung einer gesetzlich verankerten Struktur für die fachlich unabhängige wissenschaftliche Zuarbeit im Bereich der Qualitätssicherung. Diese gesetzliche Anordnung führte zur Errichtung des IQTIG durch den G-BA. Bereits im Jahr 2014 zielten die Regelungen darauf ab, die fachliche Unabhängigkeit für die wissenschaftliche Zuarbeit des IQTIG für Maßnahmen der Qualitätssicherung zu stärken. Die Einführung einer unmittelbaren gesetzlichen Verpflichtung des Instituts stellt eine Weiterentwicklung dieser Zuarbeit zur Förderung von Wissenschaft und Forschung sowie zur Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens dar. Die neue Aufgabe setzt erstmals weder eine konkretisierende Beauftragung des Instituts durch Richtlinien oder Beschlüsse des G-BA voraus noch bedarf der Entwurf einer Methodik für das Transparenzverzeichnis vor seiner Veröffentlichung einer sogenannten Abnahme durch den G-BA. Der G-BA hat die im Rahmen der neuen Aufgabe erstellten Datenauswertungen somit auch nicht fachlich inhaltlich zu verantworten. Die Regelung schafft eine unmittelbar wirkende, gesetzliche Verpflichtung des Instituts ohne Erfordernis weiterer Ausführungsakte.

Satz 1 legt fest, dass das IQTIG die Auswahl darüber trifft, welche Daten aus der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung patientenrelevant sind und sich für die Darstellung im Transparenzverzeichnis eignen. Das IQTIG führt diese Daten für die Zwecke des Transparenzverzeichnisses mit den Daten des InEK zusammen. Dabei definiert das IQTIG die Form und Struktur des Datensatzes sowie die Übermittlungswege zwischen IQTIG und InEK sowie zwischen IQTIG und der Stelle nach Absatz 1 Satz 3. Das IQTIG als koordinierende Stelle kennt die Anforderungen des Liefernden und der

Empfänger, so dass es Datenstrukturen erarbeiten kann, die möglichst wenig Umbauarbeiten an den Datenflüssen für alle Beteiligten bedeuten.

Satz 2 berechtigt das IQTIG die von InEK übermittelten Daten auszuwerten und ermöglicht dem IQTIG eigene Auswertungen vorzunehmen. Grundlage dieser eigenen Auswertungen können die vom InEK übermittelten Daten und Auswertungen sein.

Nach Satz 3 wird das IQTIG beauftragt, die aufbereiteten Daten an die – durch das BMG noch zu bestimmende - veröffentlichende Stelle zu übermitteln. Dabei ist sicherzustellen, dass die Daten über keinen Personenbezug verfügen.

Nach Satz 4 wird das IQTIG verpflichtet, die Richtigkeit und Sachlichkeit der Datenaufbereitung bei Übermittlung zu erklären. Dies dient der Sicherstellung, dass die Information der Öffentlichkeit auf Grundlage richtiger und sachlicher Informationen erfolgt. Die Erklärung über die Richtigkeit und Sachlichkeit der Datenaufbereitung ist durch die Institutsleitung zu unterzeichnen, alternativ kann das IQTIG eine fortgeschrittene elektronische Signatur, die der Institutsleitung eindeutig zuzuordnen ist, verwenden.

Einschränkend normiert Satz 5, dass das IQTIG keine entsprechende Erklärung für die vom InEK übermittelten Daten zu treffen hat. Die Richtigkeit und Sachlichkeit dieser Daten liegt außerhalb des Zuständigkeitsbereichs des IQTIG, da die vom InEK gelieferten Daten bereits vor Übermittlung an das IQTIG einer Plausibilitätsprüfung gemäß § 21 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes unterzogen wurden. Anhand der Sätze 4 und 5 lassen sich die Verantwortungsbereiche des IQTIG und des InEK für die jeweiligen Daten abgrenzen.

Die Regelung in Satz 6 begründet eine Pflicht zur prioritären Erfüllung der Aufgabe nach Absatz 1. Sonstige gesetzliche sowie in Richtlinien und Beschlüssen des G-BA konkretisierte Aufträge und andere Aufträge des G-BA an das IQTIG sind durch das IQTIG nachrangig zu erfüllen, sofern die personellen und finanziellen Ressourcen des IQTIG eine gleichzeitige Aufgabenerfüllung aus Sicht des IQTIG nicht ermöglichen.

Satz 7 gewährleistet die unabhängige Arbeitsfähigkeit des Instituts im Gefüge der Selbstverwaltung, indem die Trägerin des Instituts verpflichtet wird, das Vorrangverhältnis der Aufgabe nach den Sätzen 1 bis 3 gegenüber sonstigen Aufträgen anzuerkennen und die Finanzierung der Aufgabenerfüllung zu sichern. Damit soll einer Einschränkung der Handlungsfähigkeit der Institutsleitung durch unzureichende Ausstattung mit personellen und finanziellen Ressourcen vorgebeugt werden.

Satz 8 hat im Hinblick auf die Finanzierung der neuen Aufgabe des IQTIG klarstellende Funktion insofern, als eine anderweitige Finanzierung der Aufgaben nicht erfolgt.

Zu Absatz 3

In Absatz 3 Satz 1 werden die Informationen, die Eingang in das Transparenzverzeichnis finden, festgelegt.

Die im Transparenzverzeichnis veröffentlichten Informationen sollen erweitert und das Verzeichnis in seinen Funktionen ausgebaut werden. Perspektivisch soll die Patientenperspektive systematisch und wirksam berücksichtigt werden, indem insbesondere Ergebnisse aus Patientenbefragungen als zusätzliche Erkenntnisgrundlage bei der Darstellung der Versorgungsqualität ergänzt werden. Es wird weiterhin zu prüfen sein, ob auch einschlägige, qualitativ hochwertige Zertifikate bzw. Qualitätssiegel oder weitere, dem G-BA vorliegende Daten etwa aus den Strukturrichtlinien sowie der Mindestmengenregelung der Veröffentlichung zugeführt werden sollen.

Zu Nummer 1

Um für Patientinnen und Patienten die Transparenz der stationären Leistungserbringung in Deutschland zu erhöhen, umfassen die zu veröffentlichenden Informationen gemäß Satz 1 Nummer 1 die an den Standorten der Krankenhäuser erbrachten Leistungen, differenziert nach den 65 in der neuen Anlage 1 zu § 135d genannten Leistungsgruppen und unter Angabe der jeweiligen Fallzahl. Die Leistungen der Krankenhausbehandlung werden in Leistungsgruppen eingeteilt, um eine übersichtliche und für jedermann verständliche Darstellung des Leistungsangebotes der Krankenhausbehandlung zu ermöglichen. IQTIG wird perspektivisch prüfen, ob und wenn ja in welcher Form Patientinnen und Patienten bei der Einordnung der Fallzahlen im Transparenzverzeichnis für bestimmte oder alle Leistungsgruppen unterstützt werden können. Denkbar ist hier beispielsweise die Angabe von bundesdurchschnittlichen Leistungszahlen im Vergleich zur konkreten Einrichtung und/ oder die Kennzeichnung solcher Krankenhausstandorte, die in einer Leistungsgruppe eine besonders niedrige oder hohe Zahl von Leistungen erbringen.

Zu Nummer 2

Nach Satz 1 Nummer 2 wird zu jedem Krankenhausstandort zum Zweck der Aufklärung und Information der Öffentlichkeit die jeweilige Versorgungsstufe (Level) nach Absatz 4 angegeben. Damit soll Patientinnen und Patienten eine niedrigschwellige Einschätzung dazu ermöglicht werden, wie das Leistungsspektrum an dem betreffenden Krankenhausstandort grundsätzlich einzuordnen ist, das heißt, ob eher komplexe Eingriffe oder eine Grund- und Regelversorgung erbracht werden. Damit sollen eine nutzerfreundliche Suche nach einem geeigneten Krankenhaus für bestimmte medizinische Leistungen und Vergleiche zu den an den jeweiligen Krankenhausstandorten erbrachten Fallzahlen ermöglicht werden.

Zu Nummer 3

Gegenstand der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis ist gemäß Satz 1 Nummer 3 zudem die personelle Ausstattung am jeweiligen Krankenhausstandort, jeweils im Verhältnis zu dem dort erbrachten Leistungsumfang (bestimmbar an der erbrachten Fallzahl). Dies umfasst sowohl pflegerisches als auch ärztliches Personal. Hierdurch sollen der Öffentlichkeit, beispielsweise durch Angabe von Perzentilen, Vergleiche zur tatsächlichen Personalauslastung zwischen einzelnen Krankenhausstandorten ermöglicht werden. So könnte etwa das Verhältnis zwischen der Zahl der Ärztinnen und Ärzte und der erbrachten Fallzahl in Bezug zu den entsprechenden Werten der Vergleichskrankenhausstandorte mittels Perzentilenkurven dargelegt werden. Die Ausweisung zur Personalausstattung erfolgt auf Grundlage der nach § 21 Absatz 3d des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) vom InEK an das IQTIG übermittelten Daten.

Zu Nummer 4

Zum Zwecke der Verbesserung der Transparenz über die Qualität der stationären Versorgung und mit dem Ziel, Patientinnen und Patienten bei ihrer Auswahlentscheidung für das für sie am besten geeignete Krankenhaus zu unterstützen, sind nach Satz 1 Nummer 4 zudem Daten aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 zu veröffentlichen. Soweit für die Veröffentlichung standortbezogener Informationen die Verarbeitung weiterer öffentlich zugänglicher Daten, wie etwa die Daten der strukturierten Qualitätsberichte auf Grundlage von Beschlüssen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 erforderlich ist, kann das IQTIG auch diese Daten verwenden. Die verwendeten Datenquellen sind darzulegen. Die Veröffentlichung dieser Daten trägt neben der Förderung selbstbestimmter Auswahlentscheidungen von Patientinnen und Patienten auch dazu bei, dass Krankenhäuser zu einem Wettbewerb um die bestmögliche Qualität angeregt werden. Die Aufarbeitung und Darstellung der Informationen im Transparenzverzeichnis soll gemäß fachwissenschaftlicher Grundlagen des IQTIG erfolgen. Der bisherige Auftrag an das IQTIG gemäß § 137a Absatz 3 Satz 2

Nummer 5 wird aufgehoben (siehe zu Artikel 1 Nummer 3), die bisherigen Ergebnisse der Beauftragung sollen jedoch für das Transparenzverzeichnis berücksichtigt werden.

Die Veröffentlichung erfolgt standortbezogen. Dazu wird nach Satz 2 die Definition von Krankenhausstandorten gemäß der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in Verbindung mit dem Standortverzeichnis gemäß § 293 Absatz 6 zugrunde gelegt.

Übergangsweise sieht Satz 3 eine befristete Ausnahme von der Darstellung im Transparenzverzeichnis vor für Krankenhäuser in den Ländern, in denen die Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans bereits auf der Grundlage von Leistungsgruppen erfolgt und denen bereits bis zum Tag des [einsetzen: Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes] von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde Leistungsgruppen zugewiesen wurden. Für diese Krankenhäuser sind die Informationen im Transparenzverzeichnis darzustellen anhand der mittels Feststellungsbescheid durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zugewiesenen Leistungsgruppen. Die Übergangsregelung soll sicherstellen, dass insbesondere der in Nordrhein-Westfalen bereits seit geraumer Zeit laufende Prozess der Leistungsgruppenzuordnung bei der Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans abgeschlossen und umgesetzt werden kann. In Nordrhein-Westfalen wurde erstmals das Planungsverfahren anhand der Leistungsgruppensystematik durchgeführt. Feststellungsbescheide weisen dabei den Krankenhäusern durch das Land legal definierte Leistungsgruppen zu. Um mittelfristig eine bundeseinheitliche Zuordnung von Leistungsgruppen zu erreichen, gilt die Regelung nur befristet bis zum 31. Dezember 2025. Zur transparenten Darstellung sind nach Satz 4 diese Krankenhäuser in geeigneter Form im Transparenzverzeichnis abzubilden.

Bei Satz 5 handelt es sich um eine Regelung mit dem Ziel, eine möglichst versorgungsgerechte Darstellung der Bundeswehrkrankenhäuser und der Krankenhäuser der gesetzlichen Unfallversicherung im Rahmen des Transparenzverzeichnisses zu erreichen. Vor diesem Hintergrund wird geregelt, dass die Fallzahl der erbrachten Leistungen nach Satz 1 Nummer 1 auch die Krankenhaufälle erfassen soll, in denen diese Krankenhäuser nicht Zivilpatientinnen oder -patienten behandeln oder in denen die Kosten von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden. Würden etwa für ein Bundeswehrkrankenhaus nur die Fallzahlen der Zivilpatientinnen und -patienten veröffentlicht, würde ein unzutreffendes Bild über die vom Krankenhaus tatsächlich in den einzelnen Leistungsgruppen erbrachten Behandlungsvolumina entstehen. Um die leistungsgruppenbezogenen Fallzahlen dieser Krankenhäuser realistisch darzustellen, sieht Satz 6 insoweit eine Ausnahmeregelung vor, dass für diese Leistungen die Angaben nach § 21 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b, d, e, f und i KHEntgG auch an das InEK zu übermitteln sind. Es wird insoweit für diese zusätzlichen Angaben der Übermittlungsweg nach § 21 Absatz 2 Nummer 2 KHEntgG genutzt, um diese für die Zwecke der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis verfügbar zu haben. Aus diesem Grund wird zudem geregelt, dass die Daten gesondert von den nach § 21 Absatz 2 Nummer 2 KHEntgG zu übermittelnden Daten auszuweisen sind. Da die Krankenhäuser der gesetzlichen Unfallversicherung (BG-Kliniken) aufgrund ihres besonderen Versorgungsauftrags nach dem Siebten Buch Sozialgesetzbuch ein spezielles Leistungsangebot haben (zum Beispiel Versorgung Schwerbrandverletzter und Schädel-Hirn-Traumata), werden die BG-Kliniken im Transparenzverzeichnis gesondert gekennzeichnet. Bei den Bundeswehrkrankenhäusern ist eine gesonderte Kennzeichnung wie in Satz 7 vorgesehen nicht erforderlich, da sie an Hand ihrer Bezeichnung als solche identifizierbar sind.

Zu Absatz 4

Mit der Regelung werden bundeseinheitliche Versorgungsstufen von Krankenhäusern als Level mit ihren jeweiligen Voraussetzungen definiert. Dabei richtet sich die Definition nach den Sätzen 1 und 2 insbesondere nach der Anzahl und der Art der mindestens vorzuhaltenden Leistungsgruppen. Ziel ist, dass dadurch eine ausreichend aussagekräftige Abstufung der Beiträge der Krankenhäuser zur stationären Versorgung erreicht werden kann. Die

Zuordnung der Krankenhausstandorte zu Leveln erfolgt ausschließlich zum Zweck der Veröffentlichung im Rahmen des Transparenzverzeichnis und hat weder eine krankenhauserplanerische Auswirkung noch Auswirkungen für die Vergütung. Die Festlegung bundeseinheitlicher Level ist Grundlage der Zuordnung der Krankenhausstandorte durch das InEK nach § 21 Absatz 3d KHEntgG und deren Veröffentlichung gemäß Absatz 3 Satz 1 Nummer 2. Dadurch soll die Öffentlichkeit umfassend und in einfacher und verständlicher Sprache über den Umfang des Leistungsangebots und die Verteilung der Leistungsgruppen auf die einzelnen Standorte aufgeklärt und informiert werden.

Zu Nummer 1

Die für das Level 3U normierten Voraussetzungen stellen eine umfassende Versorgung von Patientinnen und Patienten sicher. Dem besonderen Leistungsspektrum der Universitätsklinik wird durch ein eigenes Level 3U angemessen Rechnung getragen.

Zu Nummer 2

Die für das Level 3 normierten Voraussetzungen stellen eine umfassende Versorgung von Patientinnen und Patienten sicher.

Zu Nummer 3

Krankenhäuser, die dem Level 2 zugewiesen werden, stellen eine erweiterte Versorgung von Patientinnen und Patienten sicher.

Zu Nummer 4

Level 1n-Krankenhäuser leisten die Basisversorgung von Patientinnen und Patienten, inklusive der Notfallmedizin.

Nach Satz 3 werden Fachkrankenhäuser einer eigenen Versorgungsstufe (Level F) durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Behörden der Länder zugeordnet. Satz 4 legt fest, dass die für die Krankenhausplanung zuständigen Behörden der Länder auch die eigene Versorgungsstufe Level 1i zuordnen. Durch eine Übergangsregelung in den Sätzen 5 und 6 wird für die Fachkrankenhäuser nach Satz 3 und für die Krankenhäuser der sektorenübergreifenden Versorgung nach Satz 4 sichergestellt, dass diese bis zur Zuordnung zur Versorgungsstufe durch die zuständigen Behörden der Länder als Krankenhäuser der Versorgungsstufe Level 1n gelten, und im Transparenzverzeichnis gesondert zu kennzeichnen sind, damit deutlich wird, dass es sich insoweit nur um eine vorläufige Zuordnung handelt. Satz 7 ordnet an, dass die zuständige Landesbehörde dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus unverzüglich, das heißt ohne schuldhaftes Zögern, mitteilt, wenn sie eine Zuordnung zur Versorgungsstufe Level F oder Level 1i vorgenommen hat. Die unverzügliche Mitteilung ist notwendig, um die Informationen im Transparenzverzeichnis so aktuell wie möglich zu halten.

Zu Absatz 5

Der Rechtsschutz vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit wird vorgegeben. Dabei wird eine spezielle örtliche Zuständigkeit des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen bestimmt (siehe zu Artikel 3 Nummer 2).

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Mit der Einfügung des § 135d informiert BMG zukünftig, die Öffentlichkeit in leicht verständlicher Form und barrierefrei über das Leistungsangebot und Qualitätsaspekte in der

stationären Versorgung. Des Auftrags, den der G-BA innerhalb der gesetzlichen Frist bis zum 31. Dezember 2022 nicht erfüllt hat, bedarf es für den stationären Bereich daher nicht mehr. Perspektivisch sollen auch Qualitätsvergleiche bei an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern ermöglicht werden. Um dies zu ermöglichen, soll der G-BA auch weiterhin beraten, wie auf der Grundlage geeigneter Daten die Qualität in der ambulanten Versorgung dargestellt werden kann.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung von § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 SGB V (siehe zu Nummer 3).

Zu Nummer 3

Die Aufhebung des Auftrags gemäß § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 stellt eine Folgeänderung im Zusammenhang mit Einfügung von § 135d dar. Auf Grundlage der aufgehobenen Regelung sollte das IQTIG durch den G-BA damit beauftragt werden, im Internet einrichtungsbezogen und vergleichend über die Qualität maßgeblicher Bereiche der stationären Versorgung in einer allgemeinverständlichen Form und barrierefrei zu informieren. Bislang hatte der G-BA das IQTIG mit Beschluss vom 17. Januar 2019 mit der Entwicklung eines Konzepts zur Veröffentlichung von einrichtungsbezogenen vergleichenden risikoadjustierten Übersichten über die Qualität in den maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung (G-BA-Qualitätsportal) beauftragt. Am 15. November 2021 legte das IQTIG hierzu einen Abschlussbericht vor. Eine Umsetzung des Gesamtkonzepts für das G-BA-Qualitätsportal wurde seitens des G-BA bislang nicht beauftragt. Durch die neue gesetzliche Regelung nach § 135d werden dem IQTIG nunmehr die Unterstützungsleistungen für die Umsetzung eines Transparenzverzeichnisses zur stationären Behandlung in Deutschland gesetzlich zugewiesen, sodass zum Zweck der Entbürokratisierung der bestehende gesetzliche Auftrag nach § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 entfallen kann. Die im Rahmen der Konzeptentwicklung gewonnenen Erkenntnisse und Vorarbeiten des IQTIG sind bei der Umsetzung des neuen gesetzlichen Auftrags nach § 135d zu berücksichtigen. Erfolgte bzw. noch ausstehende Veröffentlichungen, die auf Grundlage von § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 im Auftrag des G-BA durch das IQTIG entwickelt wurden (beispielsweise Sonderveröffentlichung zu den Mindestmengen) bleiben von der Aufhebung unberührt.

Zu Nummer 4

Zu Buchstabe a

Die Regelung dient der Klarstellung, dass einrichtungsbezogene Daten der Krankenhäuser, die für Qualitätssicherungsverfahren erhoben werden, nicht zu pseudonymisieren sind. Die Verpflichtung zur Pseudonymisierung von personenbezogenen Daten der an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten und den übrigen in § 135a Absatz 2 genannten Leistungserbringer sowie versichertenbezogenen Daten bleibt bestehen; diese Daten bedürfen eines besonderen Schutzes.

Die Richtlinie des G-BA zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) sieht bisher vor, dass die dezentralen Datenannahmestellen alle leistungserbringeridentifizierenden Daten vor Weiterleitung durch ein Pseudonym zu ersetzen haben. Dies führt aktuell zu einem erhöhten Aufwand bei der Umsetzung der Qualitätssicherungsverfahren durch das IQTIG, obwohl bei Daten der leistungserbringenden Krankenhäuser kein Personenbezug vorliegt. Für die Durchführung der Vorarbeiten für die Veröffentlichung des Transparenzverzeichnisses durch das BMG (siehe zu Nummer 1) ist erforderlich, dass das IQTIG die Qualitätssicherungsdaten den einzelnen Krankenhausstandorten zuordnen kann. Hierfür sind die Leistungserbringerdaten der Krankenhäuser gegenüber dem Institut zu depseudonymisieren (siehe zu Buchstabe c). Für zukünftig zu erhebende Qualitätssicherungsdaten kann daher auf eine Pseudonymisierung der

leistungserbringeridentifizierenden Daten der Krankenhäuser durch die Datenannahmestellen vor Weiterleitung an die Bundesauswertungsstelle verzichtet werden. Sie ist datenschutzrechtlich nicht erforderlich und führt zu erhöhtem Bürokratieaufwand.

Zu Buchstabe b

Bereits aktuell hat der G-BA das IQTIG als Bundesauswertungsstelle gemäß der DeQS-RL bestimmt. Mit der Einfügung des Satzes wird sichergestellt, dass das Institut auch zukünftig die Qualitätssicherungsdaten aus den datengestützten Verfahren zur Auswertung erhält, sodass diese für das Transparenzverzeichnis nach § 135d verarbeitet werden können.

Zu Buchstabe c

Durch den neuen Absatz 7 wird das IQTIG berechtigt, verschiedene Daten für erforderliche Vorarbeiten für die Veröffentlichung eines Transparenzverzeichnisses durch das BMG gemäß § 135d zu verarbeiten. Dies betrifft nach Satz 1 solche Qualitätssicherungsdaten, die das IQTIG in seiner Funktion als Bundesauswertungsstelle nach der DeQS-RL verarbeitet, Daten aus den strukturierten Qualitätsberichten und die nach § 21 Absatz 3d KHEntgG vom InEK übermittelten Daten.

Satz 2 normiert einen weiteren Ausnahmetatbestand zu Absatz 3 Satz 3, der die Zusammenführung und Auswertung von zum Zweck der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2 erhobenen Daten mit zu anderen Zwecken außerhalb der Qualitätssicherung erhobenen Datenbeständen grundsätzlich verbietet. Durch die Regelung wird das IQTIG berechtigt, die durch das InEK nach § 21 Absatz 3d KHEntgG übermittelten Daten sowie die in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 genannten Qualitätssicherungsdaten und Daten aus den strukturierten Qualitätsberichten der zugelassenen Krankenhäuser zum Zweck der Veröffentlichung eines Transparenzverzeichnisses zusammenzuführen und auszuwerten.

Derzeit liegen dem IQTIG die in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätssicherungsdaten in seiner Funktion als Bundesauswertungsstelle nur in pseudonymisierter Form vor. Der Versichertenbezug wird gemäß § 299 Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 5 durch eine Vertrauensstelle und der Leistungserbringerbezug gemäß DeQS-RL durch die jeweils zuständige Datenannahmestelle durch Pseudonyme ausgetauscht. Um eine standortbezogene Erstellung, Weiterentwicklung und Veröffentlichung des Transparenzverzeichnisses gemäß § 135d zu ermöglichen, sind gegenüber dem IQTIG die Datenbestände hinsichtlich der Krankenhäuser zu depseudonymisieren. Satz 3 verpflichtet dafür die zuständigen Datenannahmestellen gemäß der DeQS-RL, diese Depseudonymisierung beziehungsweise Zuordnung vorzunehmen. Diese Zuordnung hat erstmals für die Qualitätssicherungsdaten der DeQS-RL für das Erfassungsjahr 2022 zu erfolgen. Ergänzend enthält die Regelung zu Buchstabe a die Vorgabe, dass eine Pseudonymisierung leistungserbringerbezogener Daten der Krankenhäuser künftig nicht mehr vorzunehmen ist.

Zu Nummer 5

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Umbenennung der Anlage zu § 307.

Zu Nummer 6

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Anfügung der neuen Anlage 1 zu § 135d.

Zu Nummer 7

Die in Anlage 1 zu § 135d enthaltene Auflistung von Leistungsgruppen enthält die sechzig somatischen Leistungsgruppen nach dem Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen 2022. Aufgenommen wurden die fünf zusätzlichen Leistungsgruppen, die aus

medizinisch wissenschaftlicher Sicht der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) vorgeschlagen und im Zuge des Eckpunktepapiers für eine Krankenhausreform am 10. Juli 2023 gemeinsam mit den Ländern beschlossen wurden.

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Für das Transparenzverzeichnis nach § 135d SGB V sollen Daten zum Leistungsangebot und zu Qualitätsaspekten des stationären Versorgungsgeschehens in Deutschland veröffentlicht werden. Dafür ist der Datensatz nach Nummer 1 anzupassen.

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Anfügung der neuen Buchstaben f und g.

Zu Doppelbuchstabe bb

Nach § 135d SGB V veröffentlicht das BMG zukünftig im Internet ein Transparenzverzeichnis über die Krankenhausbehandlung in Deutschland. In diesem Transparenzverzeichnis sollen Daten zum Leistungsangebot und zu Qualitätsaspekten des stationären Versorgungsgeschehens in Deutschland veröffentlicht werden. Zu diesem Zweck wird auch die standortgenaue Zuordnung der in Anlage 1 zu § 135d SGB V benannten Leistungsgruppen transparent dargelegt. Damit soll für jedermann ersichtlich werden, an welchem Krankenhausstandort mit welcher personellen Ausstattung, welche Leistungsgruppen mit welcher Fallzahl erbracht werden. Dies ermöglicht Patientinnen und Patienten die Auswahl des für ihre Behandlung am besten geeigneten Krankenhausstandorts und steigert im Ergebnis die Qualität der Krankenhausbehandlung. Die Definition von Krankenhausstandorten richtet sich nach der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 KHG in Verbindung mit dem Standortverzeichnis gemäß § 293 Absatz 6 SGB V. Gemäß § 135d Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 SGB V beinhaltet das Transparenzverzeichnis unter anderem Informationen zur personellen Ausstattung im Verhältnis zum Leistungsumfang bezogen auf Krankenhausstandorte und Fachabteilungen.

Der Strukturdatensatz nach Nummer 1 wird mit Buchstabe f um Daten zum ärztlichen Personal erweitert. Die Regelung ist in ihrer Struktur an den Buchstaben e angelehnt. Für die Zwecke des Transparenzverzeichnisses ist demnach zunächst die Anzahl des insgesamt beschäftigten ärztlichen Personals sowie die Anzahl des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung beschäftigten ärztlichen Personals zu übermitteln. Unter ärztlichem Personal versteht man Personen, die gemäß § 2a der Bundesärzteordnung (BÄO) zum Führen der Berufsbezeichnung „Arzt“ oder „Ärztin“ befugt sind. Des Weiteren ist die Zahl der Fachärztinnen und Fachärzte zu erheben und nach den jeweiligen Facharztbezeichnungen im Sinne der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer zu differenzieren. Darüber hinaus ist in Bezug auf die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung das Weiterbildungsgebiet in Sinne der Musterweiterbildungsordnung anzugeben.

Mit Buchstabe g werden die Krankenhäuser künftig verpflichtet, standortbezogen auch Leistungsgruppen, denen die vom Krankenhausstandort erbrachten Leistungen zugeordnet sind, an das InEK zu melden. Dies erfolgt im Wege einer Selbsteinschätzung durch die Krankenhäuser auf der Grundlage der Vorgaben durch das InEK nach Absatz 3c. Die Krankenhäuser sind zu einer richtigen, vollständigen und rechtzeitigen Datenübermittlung verpflichtet, anderenfalls werden Abschlüsse gemäß Absatz 5 Satz 1 fällig. Wie im Eckpunktepapier für eine Krankenhausreform am 10. Juli 2023 zwischen Bund und den Ländern

vereinbart, soll die Zuweisung der Leistungsgruppen durch die Planungsbehörden der Länder erfolgen.

Zu Buchstabe b

Für das Transparenzverzeichnis nach § 135d SGB V sollen Daten zum Leistungsangebot und zu Qualitätsaspekten des stationären Versorgungsgeschehens in Deutschland veröffentlicht werden. Damit eine Zuordnung und Veröffentlichung der Krankenhausfälle zu Standorten und Leistungsgruppen erfolgen kann, ist der Datensatz nach Nummer 2 anzupassen.

Zu Doppelbuchstabe aa

Zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis wird die standortbezogene Zuordnung der Leistungsdaten im Hinblick auf Haupt- und Nebendiagnosen, Operationen und Prozeduren, einschließlich bei Beatmungsfällen die Beatmungszeit in Stunden, sowie Angaben zur Leistungserbringung durch Belegoperator, -anästhesist oder Beleghebamme, benötigt, um hinsichtlich aller nach § 21 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe f zu meldenden Angaben standortgenau Transparenz zu gewährleisten.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund der Regelung zum neuen Buchstaben i.

Zu Doppelbuchstabe cc

Um die Leistungen der Krankenbehandlung transparent und für jedermann verständlich gemäß § 135d SGB V zu veröffentlichen, ist es erforderlich, die Leistungen in Leistungsgruppen einzuteilen. In Anlage 1 zu § 135d SGB V werden 65 Leistungsgruppen benannt. Jeder Behandlungsfall muss eindeutig einer Leistungsgruppe zugeordnet werden. Grundlage hierfür sind die Vorgaben des InEK nach Absatz 3c.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um Folgeregelungen zur Anfügung eines neuen Buchstaben g in Absatz 2 Nummer 1 und eines neuen Buchstaben i in Absatz 2 Nummer 2.

Zu Buchstabe a

Die von den Krankenhäusern je Krankenhausfall und Standort übermittelten Leistungsgruppen sind für Zwecke der Weiterentwicklung der Vergütung und Entgelte auch an die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 KHG zu übermitteln.

Zu Buchstabe b

Die von den Krankenhäusern je Krankenhausfall und Standort übermittelten Leistungsgruppen sind für Zwecke der Krankenhausplanung an die zuständigen Landesbehörden zu übermitteln.

Zu Buchstabe c

Die Leistungsgruppen nach Anlage 1 zu § 135d SGB V, denen die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen zuzuordnen sind, jeweils gegliedert nach dem Kennzeichen des

Standorts nach § 293 Absatz 6 SGB V sind für Zwecke der amtlichen Krankenhausstatistik an das Statistische Bundesamt zu übermitteln.

Zu Nummer 3

Nach Absatz 3c Satz 1 erarbeitet das InEK einerseits Vorgaben für die Zuordnung von Krankenhausfällen zu den Leistungsgruppen. Bei den Vorgaben handelt es sich um Spezifikationen zur Programmierung einer Datenverarbeitungslösung (Leistungsgruppen-Groupier), anhand derer Krankenhäuser die Zuordnung vornehmen sollen. Die Leistungsgruppen-Groupier werden von Softwareunternehmen entwickelt. Leistungsgruppen-Groupier, die die angepassten Vorgaben des InEK erfüllen, werden darüber hinaus nach Satz 1 vom InEK zertifiziert. Nach Satz 2 haben Krankenhäuser bei der Zuordnung nach Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe g und Nummer 2 Buchstabe i einen vom InEK zertifizierten Leistungsgruppen-Groupier anzuwenden, um eine bundeseinheitliche Zuordnung der Krankenhausfälle zu Leistungsgruppen in der Datenübermittlung sicherzustellen. Ein vergleichbares Zertifizierungsverfahren ist auch für die Software der bereits bestehenden DRG-Groupier etabliert. Perspektivisch wird die Zuordnung von Krankenhausfällen zu Leistungsgruppen Grundlage für die Einführung einer Vorhaltevergütung entsprechend dem zwischen Bund und Ländern beschlossenen Eckpunktepapier zur Krankenhausreform vom 10. Juli 2023 sein.

Absatz 3d legt fest, welche Datenauswertungs- sowie Datenübermittlungspflichten das InEK zu Zwecken des § 135d SGB V hat. Mit Satz 1 wird geregelt, dass das InEK die ausgewerteten Informationen nach Absatz 1 und die Daten nach Absatz 7 Satz 1 standort-, fachabteilungs- und leistungsgruppenbezogen auswertet und an das IQTIG übermittelt. Dies gilt erstmals für Daten aus dem Datenjahr 2022, soweit sie vorliegen. Für die Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis nach § 135d SGB V sind standortbezogene Auswertungen zu Pflegekräften, ärztlichem Personal, Leistungsgruppen, Fallzahlen und ICD-/OPS-Kodes erforderlich. Die Frage, welche Datenauswertungen für das Transparenzverzeichnis erforderlich sind, hat das InEK mit dem IQTIG im Vorfeld der Übermittlung an das IQTIG fachlich inhaltlich abzustimmen. Dabei definiert das IQTIG die Form und Struktur des Datensatzes sowie die Übermittlungswege zwischen IQTIG und InEK. Zu den Auswertungen der Daten nach Absatz 2 Buchstabe e, die über den Verweis auf Absatz 1 umfasst sind, gehören auch die auf der Grundlage der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung und der dazugehörigen Nachweisvereinbarung nach § 137i Absatz 4 SGB V ermittelten Erfüllungsgrade dieser Untergrenzen sowie die Angaben zum Pflegepersonalquotienten nach § 137j SGB V. Satz 2 regelt, dass die beim InEK geführte Datenstelle auf Bundesebene befugt ist, dem InEK für die Zwecke des Satzes 1 die Daten nach Absatz 1 und Absatz 7 Satz 1 zu übermitteln. Nach Satz 3 wird das InEK verpflichtet, die Daten sowie die Datenauswertungen barrierefrei sowohl an das IQTIG als auch an die vom BMG benannte Stelle nach § 135d Absatz 1 Satz 3 SGB V zu übermitteln. Daneben trifft das InEK eine Übermittlungspflicht im Hinblick auf die Zuordnung der Versorgungsstufen nach § 135d Absatz 4 SGB V.

Zu Nummer 4

Zu Buchstabe a

Die Vorschriften zur Ermittlung des Abschlags bei Pflegekräften gelten entsprechend für ärztliches Personal nach Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe f.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Änderung, die infolge der Einfügung des neuen Absatzes 2 Nummer 1 Buchstabe f erforderlich wird. Um eine möglichst vollständige und korrekte Datenübermittlung zu erreichen, der eine ebenso hohe Bedeutung wie der Meldung über pflegerisches Personal zukommen soll, ist es erforderlich, ebenfalls Abschläge in einer erhöhten und dadurch spürbaren Höhe vorzusehen und hierfür sachgerechterweise dieselbe Abschlagssystematik zugrunde zu legen. Vor diesem Hintergrund wird geregelt, dass auch für

den Fall einer nicht erfolgten, nicht vollständigen oder nicht rechtzeitigen Übermittlung der Daten zum ärztlichen Personal die Datenstelle einen pauschalierten Abschlag festzulegen hat, der mindestens 20 000 und höchstens 500 000 EUR beträgt.

Zu Nummer 5

Das Transparenzverzeichnis nach § 135d SGB V soll ab dem 1. April 2024 vom BMG auf der Grundlage aktueller Daten veröffentlicht werden. Zu diesem Zeitpunkt liegen die mit den Änderungen nach der Nummer 1 geregelten ergänzenden Datenmeldungen der Krankenhäuser noch nicht vor. Aus diesem Grund werden die Krankenhäuser in Satz 1 verpflichtet, vierteljährlich, erstmals bis zum 15. Januar 2024, Angaben zum beschäftigten ärztlichen Personal standortbezogen an die im InEK geführte Datenstelle zu übermitteln. Das InEK wertet diese Daten nach Plausibilisierung durch die Datenstelle aus und übermittelt diese nach Absatz 3d an das IQTIG, das diese mit den Qualitätssicherungsdaten zusammenführt. Der vom BMG zu bestimmenden Stelle werden standort-, fachabteilungs- und leistungsgruppenbezogene Auswertungen zu diesen Daten zur Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis übermittelt. Personenbezogene Daten werden durch das InEK und die Datenstelle nicht übermittelt. Satz 2 normiert die entsprechende Anwendung von Vorgaben zur Datenübermittlung.

Nach Satz 3 sind die Leitungen der Krankenhäuser für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Datenmeldungen verantwortlich. Im Sinne des Zwecks des Transparenzverzeichnisses haben die Leitungen der Krankenhäuser die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die durch das Verzeichnis beabsichtigte Transparenz hergestellt werden kann. In den Fällen, in denen eine nicht vollständige oder nicht rechtzeitige Datenlieferung vom Krankenhaus zu vertreten ist, hat dieses nach Satz 4 daher die personellen und sächlichen Mehraufwendungen auszugleichen, die dem InEK oder dem IQTIG dadurch entstehen, dass Korrekturen der übermittelten Daten erforderlich sind. Rückgriffsansprüche des Krankenhausträgers gegen die Krankenhausleitung nach arbeitsrechtlichen Grundsätzen bleiben unberührt.

Zu Artikel 3 (Änderung des Sozialgerichtsgesetzes)

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung der neuen Nummer 5.

Zu Nummer 2

Zur Entlastung der Sozialgerichte und zur Verkürzung der Phase der Unsicherheit, mit der die Parteien während des im Instanzenzug teilweise über Jahre anhängigen Rechtsstreits belastet sind, wird eine erstinstanzliche Zuständigkeit des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen für die genannten Rechtsstreitigkeiten geschaffen. Dies dient der Prozessökonomie. Dabei wird eine spezielle örtliche Zuständigkeit des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen bestimmt. Dies erscheint geboten wegen der regelmäßig das gesamte Bundesgebiet betreffenden Ausstrahlungswirkung einer entsprechenden Entscheidung sowie vor dem Hintergrund des Hauptdienstortes des BMG in Bonn.

Zu Artikel 4 (Inkrafttreten)

Die Regelung sieht das Inkrafttreten des Gesetzes am Tag nach der Verkündung vor.