

# Stellungnahme des IQTIG

## zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (KHSVG).

J. Pauletzki, Ch. Veit, 12.5.2015

### Inhalt

<b>1</b>	<b>Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes .....</b>	<b>1</b>
1.1	Zu Nr. 13: § 21 (3a): .....	1
<b>2</b>	<b>Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch .....</b>	<b>2</b>
2.1	Anmerkung zu den Fristen .....	2
2.2	Zu Nr. 9: § 110a SGB V .....	2
2.3	Zu Nr. 14: § 136c Abs. 2 SGB V .....	2
2.4	Zu Nr. 21: § 275a Abs. 2 SGB V .....	2
2.5	Bürokratiekostenabschätzung (S. 54, 55) .....	2
2.6	Zielsetzung der qualitätsbezogenen Vergütung der Krankenhäuser .....	3

## 1 Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

### 1.1 Zu Nr. 13: § 21 (3a):

Änderungsvorschlag:

„(3a) Das Institut nach § 137a .... kann ausgewählte Leistungsdaten aus den Buchstaben a bis f des Absatzes 2 Nummer 2 **in anonymisierter Form** anfordern, soweit diese nach Art und Umfang notwendig und geeignet sind, um Maßnahmen der Qualitätssicherung .... **entwickeln und** durchführen zu können.

Begründung:

Das Institut braucht bereits für die Entwicklung von Verfahren und Instrumenten Daten. Diese sollten personenbezogen zusammenführbar sein, ohne dass der Patient selbst dadurch identifizierbar werden darf. Geeignete Verfahren der Anonymisierung des unveränderbaren Teils der Krankenversicherungsnummer nach § 290 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie der Relativierung zeitlicher Angaben sollten zum Schutz der Privatsphäre der Patienten angewandt werden.

## **2 Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **2.1 Anmerkung zu den Fristen**

Zur Entwicklung der verschiedenen Verfahren der Steuerung von Gesundheitsversorgung durch Qualitätskennzahlen bedarf es der Schritte einer Beauftragung durch den G-BA, der methodischen Grundlegung der Verfahren in einem Rahmenkonzept, das für die Justitiabilität der Verfahren unabdingbar ist, der inhaltlich konkreten Entwicklung erster Pilotverfahren sowie der Beschlussfassung im Gemeinsamen Bundesausschuss ggf. im Rahmen eines iterativen Konsensprozesses im Fachdialog mit dem Institut nach § 137a SGB V. Die im Gesetzentwurf an verschiedenen Stellen vorgegebenen Fristen erscheinen bereits angesichts der zeitlichen Verfahrensnöwendigkeiten extrem ambitioniert, selbst wenn bereits 2015 mit methodischen Vorarbeiten begonnen wird und man sich auf weniger Pilotverfahren beschränkt.

### **2.2 Zu Nr. 9: § 110a SGB V**

Eine Evaluation der Effekte der Qualitätsverträge nach §110a SGB V durch das IQTIG ab 2020 setzt voraus, dass ab 2017 eine Meldestelle eingerichtet ist, der bekannt wird, welche Qualitätsverträge zwischen welchen Krankenkassen und Leistungserbringern geschlossen wurden und wie viele Patienten in jedem Erfassungsjahr bei jedem einzelnen Leistungserbringer davon betroffen sind. U.U. ist auch eine Kennzeichnung der Datensätze in der esQS zu diskutieren. Ohne eine solche Information ist eine spätere wissenschaftliche Evaluation nicht möglich.

### **2.3 Zu Nr. 14: § 136c Abs. 2 SGB V**

Die Formulierung in §136c (2), der G-BA solle das Auswertungsverfahren einschließlich des Strukturierten Dialogs für diese Indikatoren um 6 Monate verkürzen, erscheint suboptimal. Stattdessen wird empfohlen, im Gesetzentwurf festzulegen, dass alle Bewertungen im Strukturierten Dialog für diese Indikatoren bis zum 30.6. des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres erfolgt sein müssen.

### **2.4 Zu Nr. 21: § 275a Abs. 2 SGB V**

Es wird darauf hingewiesen, dass die Datenvalidierung insbesondere im Rahmen der neuen, steuerungsrelevanten Qualitätsdokumentationen künftig eine noch viel bedeutendere Rolle haben wird als dies heute schon der Fall ist. Hierzu gehört auch die Möglichkeit zufälliger Stichproben ohne Anhaltspunkte, seien sie durch den MDK oder durch die Stellen auf Landesebene durchgeführt. Andererseits sollten Ergebnisse von MDK Prüfungen zur Datenvalidität immer den Institutionen automatisch übermittelt werden, die für die Bewertung der Versorgungsqualität einzelner Krankenhäuser verantwortlich sind.

### **2.5 Bürokratiekostenabschätzung (S. 54, 55)**

Auf den Seiten 54 und 55 wird im Rahmen der dreimonatigen Zwischenauswertungen der vergütungs- und planungsrelevanten QI formuliert: „Es wird insgesamt von Erfüllungsaufwand in geringer Höhe ausgegangen“ (S. 54; 7. Zeile von unten) bzw. „Insgesamt ist aber von einem eher geringen jährlichen Erfüllungsaufwand auszugehen...“ (S. 55; 9. Zeile von oben). Auf S. 108 wird aber auch erwähnt, dass „die Auswertung muss im Hinblick auf ihre Rechtssicherheit trotz des engen Zeitrahmens methodisch geeignet sein...“.

De facto bedeute dies, dass bei quartalsweiser Auswertung der Aufwand für eine komplette Bundesauswertung mehrfach anzusetzen ist.

Die erheblichen Kosten für eine Vor-Ort Datenvalidierung durch den MDK werden an keiner Stelle erwähnt. Als Auftraggeber für den MDK kommen „grundsätzlich die Landesgesellschaften oder das Institut nach § 137a in Frage“ (S. 117). Wenn man davon ausgeht, dass der Auftraggeber die Kosten trägt, so ist aus der Perspektive des IQTIG eine Refinanzierung durch den G-BA sicherzustellen.

Die Durchführung unterschiedlicher justitierbarer Verfahren zur qualitätsorientierten Steuerung von Gesundheitsversorgung dürfte den Gesamtaufwand des Instituts nach § 137a SGB V im Vergleich zu den bisherigen Verfahren der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung allein durch Maßnahmen der Absicherung erheblich ausweiten.

## **2.6 Zielsetzung der qualitätsbezogenen Vergütung der Krankenhäuser**

Es sollte transparenter dargestellt werden, dass es sich bei der zu erprobenden qualitätsbezogenen Vergütung um eine punktuelle Ergänzung des bestehenden pauschalierten, aufwandsbezogenen Vergütungssystems handelt. Die Abschätzung von jährlichen Mehrausgaben für die GKV ab 2017 von im Saldo rd. 60 Mio Euro (S. 49) lässt anderes aber gar nicht zu. Es sollte daher die Beziehung zum grundlegenden Vergütungssystem formuliert werden, derart, dass die qualitätsbezogene Vergütung der Beseitigung oder Minderung bestehender Qualitätsdefizite oder qualitätsbezogener Fehlanreize des DRG-Systems dient und sich hierauf fokussieren soll. Stattdessen wird mehrfach dargestellt (S. 3, 44), dass Qualitätszu- und -abschläge als erste Stufe flankierender Maßnahmen zur Verbesserung der Mengensteuerung eingeführt werden sollen. Diese Formulierungen sind problematisch, da sie das primäre Ziel der Qualitätsverbesserung in der Versorgung konterkarieren. Allenfalls können indikationsbezogene Qualitätszu- und -abschläge Auswirkungen auf die Leistungsmenge haben. Alle anderen Teile einer qualitätsbezogenen Vergütung werden die Gesamtleistungsmenge nicht beeinflussen. Auch entsteht eine gewisse Spannung zwischen einem möglicherweise unterstellten Ziel einer generellen Mengenabsenkung und dem wünschenswerten Ziel, mehr Leistungen in Institutionen hoher Qualität durchzuführen.