



DGK.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-0
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10
E-Mail: info@dgk.org
Web: www.dgk.org

Bundesministerium für Gesundheit

11055 Berlin

Per E-Mail: transparenzoffensive@bmg.bund.de

Nachrichtlich: stn@awmf.org

Düsseldorf, den 23. August 2023

DGK_V2023_119 Krankenhaustransparenzgesetz

Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz) vom 11.08.2023, 15:25 Uhr

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK) bedankt sich für die Möglichkeit zum oben genannten Gesetzesentwurf Stellung zu beziehen und begrüßt ausdrücklich jede Maßnahme, die zu einer Förderung der Qualität der stationären Behandlung führen kann. Dabei kann die DGK auch schon auf eigene, erhebliche Anstrengungen verweisen, die unternommen wurden, um die Qualität der stationären Versorgung im Bereich der Kardiologie zu verbessern. Dazu gehören u.a. die Zertifizierung der Chest Pain Units, Cardiac Arrest-Zentren (gemeinsam mit dem German Resuscitation Council), Herzinsuffizienz-Zentren bzw. –Netzwerken, Klappenzentren (TAVI/Mitralklappe) und Vorhofflimmer-Zentren.

Im vorgelegten Gesetzentwurf ist beabsichtigt, die Strukturdaten und Qualitätsaspekte der Krankenhäuser in einer für Patient*Innen verständlichen Form in einem sog. Transparenz-Verzeichnis zu veröffentlichen. Dadurch soll Patient*Innen die Möglichkeit gegeben werden, eine informierte Entscheidung über die Wahl des Krankenhauses für eine Behandlung treffen zu können. Auch soll durch die Veröffentlichung von Qualitätsdaten ein intrinsischer Anreiz für eine Verbesserung der Qualität bei den Leistungserbringern geschaffen werden. Beide Ziele sind aus Sicht der DGK zu begrüßen.

Im Transparenzverzeichnis sollen

- die erbrachten Leistungen, differenziert nach Leistungsgruppen und Fallzahl,
- die Versorgungsstufe
- die personelle Ausstattung je Leistungsgruppe im Verhältnis zum Leistungsumfang
- die patientenrelevanten Ergebnisse aus Qualitätssicherungs(QS)-Verfahren nach §136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1

dargestellt werden. Die Versorgungsstufe soll dabei nach einem Level-Modell die Krankenhäuser in Level 1n, Level 1i, Level 2, Level 3 und Level F (Fachkliniken)-Krankenhäuser definiert werden, das im Wesentlichen aus den Vorschlägen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung übernommen wurde.

Dieser Ansatz weist nach unserer Auffassung wesentliche Schwächen auf, die das eigentliche Ziel, nämlich die Qualität der Krankenhaus-Versorgung transparent zu machen, gefährden. Diese sollen im Folgenden benannt werden:

1. Die bisherigen QS-Verfahren sind sehr stark auf operative bzw. invasive Eingriffe fokussiert. Im kardiovaskulären Bereich sind dies die Implantation von Herzschrittmachern und Defibrillatoren, die Karotis-Revaskularisation, die perkutane Koronarintervention sowie die kathetergestützten bzw. offen-chirurgischen Eingriffe an Herzklappen. Durch diese begrenzte Auswahl an bisher durch QS-Verfahren erfassten Therapien wird die Qualität einer kardiologischen Klinik unzureichend abgebildet. Rhythmologische Eingriffe (Katheterablationen) unterliegen aktuell nicht der QS (ein entspr. Antrag der DGK wurde abgelehnt). Noch wichtiger erscheint, dass die gesamte, konservative Kardiologie (z.B. Therapie der Herzinsuffizienz, des Bluthochdrucks, medikamentöse antiarrhythmische Therapie) durch ein solches Verfahren überhaupt nicht erfasst werden. Diese einseitige Fokussierung der QS auf Eingriffe wird absehbar auch dazu führen, dass „konservative“ Fächer, z.B. die Onkologie, weitgehend unberücksichtigt bleiben. Es stellt sich die Frage, ob für diese Fächer die Qualität tatsächlich allein anhand der vorhandenen Leistungsgruppen und Fallzahlen ausreichend beurteilt werden kann. Auch ist für die Kardiologie zu erwarten, dass durch die seit diesem Jahr eingeleitete, zunehmende Ambulantisierung von Leistungen diese aus der (bisher nur stationär etablierten) QS herausfallen. Dies gilt schon jetzt für die Herzschrittmacher-Implantationen und demnächst vermutlich auch für einen Teil der Koronarinterventionen. Somit bildet die stationäre QS die Qualität der Krankenhaus-Leistung nur unzureichend ab. Außerdem werden überwiegend Niedrigrisiko-Eingriffe in den ambulanten Bereich verschoben, so dass sich absehbar die QS-Ergebnisse der stationär erbrachten Leistungen durch Negativ-Selektion „verschlechtern“ werden, da eben nur noch Hochrisikopatienten erfasst werden. QS-Referenzwerte für diese Subgruppe gibt es noch nicht.
2. Die bisherigen QS-Verfahren erfassen – in Teilen – die Ergebnisqualität der erfassten Eingriffe. Die von der Politik häufig kritisierten Mengenausweitungen bei bestimmten Eingriffen können aber nur sinnvoll über eine Erfassung der Indikationsqualität analysiert werden. Hierzu existieren leider nur ausgesprochen wenig Daten. Eine Qualitätsbeurteilung anhand der Fallzahlen und der Ergebnisqualität ohne Beurteilung der Indikationsqualität kann u.U. sogar falsche Leistungsanreize setzen, indem Krankenhäuser versuchen, hohe Zahlen durch Indikationsausweitung auf weniger kranke Patienten zu erreichen. Dies würde dann zu hohen Fallzahlen mit geringer Komplikationsrate führen und Krankenhäuser mit einer strengeren Indikationsstellung, die weniger, aber krankere Patienten behandeln, unter Umständen als qualitativ auffällig einstufen. Ein solcher Effekt kann nur durch eine gute Risikoadjustierung vermieden werden, die aber in den bisherigen QS-Verfahren nicht ausreichend implementiert ist, oder – besser – durch ein Peer-Review-Verfahren, in dem zumindest stichprobenartig nicht nur die Ergebnisse, sondern auch die Indikationsstellung geprüft werden kann. Auch ist eine Veröffentlichung von QS-Daten vor dem strukturierten Dialog problematisch.

Nicht selten werden bei qualitativ auffälligen Kliniken schlichte Datenübertragungsfehler als Ursache auffälliger QS-Parameter gefunden. Solche Probleme können im strukturierten Dialog ermittelt und korrigiert werden. Eine Veröffentlichung der Daten vor dem strukturierten Dialog kann aber Kliniken unberechtigterweise als qualitativ auffällig einstufen.

3. Es ist auch nicht verständlich, welchen Mehrwert die bloße Übertragung der schon jetzt veröffentlichen QS-Daten in das geplante Transparenz-Verzeichnis haben soll. Alle diese Daten sind heute schon über die Krankenhaus-Qualitätsberichte vorhanden.
4. Es ist unklar, wie eine Darstellung der personellen Ausstattung je Leistungsgruppe im Verhältnis zum Leistungsumfang genau aussehen soll. Während im Bereich der Pflege inzwischen konsentrierte Zahlen existieren, fehlen diese im ärztlichen Bereich weitgehend. Über die Mindeststrukturvoraussetzungen für bestimmte Leistungsgruppen hinaus (z.B. aus dem NRW-Modell zur Krankenhausreform) gibt es aktuell kein valides Personalberechnungs-Modell für den ärztlichen Bereich im Krankenhaus. Ein komplexes Tool der Bundesärztekammer (BÄK) zur Berechnung des ärztlichen Personalbedarfs wurde über einen Zeitraum von 3 Jahren entwickelt und wird derzeit in einem Testlauf in den Fächern Geriatrie, Gastroenterologie und Orthopädie auf Umsetzbarkeit analysiert; Daten hierzu sind bisher nicht publiziert. Gerade für ein Fach wie die Kardiologie ist die Personalbedarfs-Berechnung besonders komplex auf Grund der sehr unterschiedlichen Struktur der Kliniken: mit/ohne Herzklappenprogramm, mit/ohne invasive Rhythmologie, mit/ohne Zuständigkeit für die kardiologische oder auch die gesamte, internistische Intensivmedizin, mit/ohne eigene kardiologische CT/Kernspintomographie, mit/ohne Abstellung von Ärzten für die Notarzt-Tätigkeit etc. Es ist allein auf Grund dieser Tatsache kaum vorstellbar, dass die Zahl der Ärzte pro Leistungsgruppe als Qualitätsparameter in der beabsichtigten Form sinnvoll verwendet werden kann. Dazu wäre ein dezidiertes Personalberechnungs-Tool wie z.B. das der BÄK erforderlich, für das aber bisher noch keinerlei Daten in der Kardiologie erhoben wurden. Es ist also zu befürchten, dass für die Krankenhäuser weiterer, bürokratischer Aufwand in der Erfassung von Personaldaten entsteht, ohne dass diese sinnvolle Rückschlüsse auf die Qualität der Versorgung zulassen.

Für Rückfragen stehen wir selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Prof. Dr. Holger Thiele
Präsident
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Prof. Dr. Christoph Stellbrink
Autor und Mitglied
*Ständiger Ausschuss Kardiologische
Versorgung*

Prof. Dr. Lars Eckardt
Vorsitzender
*Kommission für Klinische Kardiovaskuläre
Medizin*

Priv.-Doz. Dr. Michael A. Weber
Autor und Mitglied
*Ständiger Ausschuss Kardiologische
Versorgung*