

Reformbedarf der amtlichen Krankenhausstatistik

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö) vom 11. Okt. 2015

1. Vorbemerkung

Die amtliche Krankenhausstatistik bildet die statistische Basis für gesundheitspolitische Entscheidungen des Bundes und der Länder, für die Arbeit der Selbstverwaltung des deutschen Gesundheitswesens und für wissenschaftliche Analysen der stationären Versorgung. Sie ist hierfür von fundamentaler Bedeutung und wird in gleicher Weise für die Umsetzung bestehender gesetzlicher Vorgaben sowie die zukunftssichere Gestaltung des deutschen Gesundheitswesens benötigt.

Die Grundlage für die Inhalte und die Struktur der amtlichen Krankenhausstatistik bildet die Krankenhausstatistikverordnung (KHStatV) aus dem Jahr 1990. Die erste und zugleich letzte Novellierung der Verordnung zur amtlichen Statistik trat 2002 in Kraft, 2005 erfolgte die Ergänzung um die Routinedaten nach § 21 KHEntgG (DRG-Statistik).

Der Bedarf an belastbaren und aussagekräftigen Daten hat sich seither nicht nur drastisch verstärkt sondern auch deutlich gewandelt. So werden beispielsweise durch das Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSG) implizit neue Anforderungen formuliert, da ohne entsprechende Datengrundlage Regelungen wie standort- bzw. qualitätsbezogene Zuschläge weder sinnvoll umgesetzt noch evaluiert werden können. Gerade bei potentiell gravierenden Konsequenzen wie der möglicherweise resultierenden Schließung eines Standorts ist nach aktuellem Stand keine rechtsichere Datengrundlage verfügbar. Die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e.V. (dggö) hat in ihrer Stellungnahme zum KHSG darauf hingewiesen, dass die Schaffung einer geeigneten Datenbasis vor Inkrafttreten des Gesetzes angezeigt wäre.¹

In ihrer derzeitigen Form kann die amtliche Statistik weder ihren Zweck noch den vorliegenden Bedarf erfüllen. Zentrale Merkmale werden nicht erhoben, die Verknüpfbarkeit der einzelnen Krankenhausstatistiken ist stark eingeschränkt. Ein Zusammenführen mit anderen relevanten Datenquellen wie denen aus dem Qualitätssicherungsverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses gestaltet sich noch schwieriger. Bereits seit Jahren bestehen zudem deutliche Engpässe beim Zugang zum vorliegenden Datenmaterial.

Die Mitarbeiter der statistischen Ämter engagieren sich sehr, die Anforderungen der Nutzer soweit möglich zu bedienen. Das Statistische Bundesamt bemüht sich zudem seit längerem um ein Reformkonzept zur Verbesserung der amtlichen Statistik. Die dggö begrüßt dies ausdrücklich und fordert auch die beteiligten Behörden sowie Bundes- und Landesministerien auf, eine umfassende Reform proaktiv zu unterstützen. Werden in der angestrebten Novellierung wichtige Aspekte ausgespart, wird dies das

¹ Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhaus-Strukturgesetz - KHSG), Stellungnahme Vorstand dggö am 8. Mai 2015.

deutsche Gesundheitssystem auf viele Jahre belasten. Dies ist zum Nachteil aller Akteure des Gesundheitssystems, insbesondere jedoch der Patientinnen und Patienten.

Die dggö bezweckt die Förderung der Wissenschaft, Forschung und wissenschaftlichen Politikberatung auf dem Gebiet der Gesundheitsökonomie. Ihre knapp 800 Mitglieder repräsentieren neben vielen Vertretern der Wissenschaft einen Querschnitt nahezu aller im Gesundheitswesen aktiven Akteure und Institutionen. Sie sieht es als ihre Aufgabe, gesundheitsökonomische Erkenntnisse in der Öffentlichkeit zu verbreiten und gegenüber Parlamenten und Regierungen zu vertreten. Vor diesem Hintergrund nimmt die dggö zum Reformbedarf der amtlichen Statistik Stellung und bietet an, sich als Fachgesellschaft weiter konstruktiv und kritisch in deren Weiterentwicklung einzubringen.

2. Hintergrund zur amtlichen Statistik

Die Basis der amtlichen Statistik bildet das Gesetz über die Statistik für Bundeszwecke (BStatG). Es definiert u.a. die Rolle des Statistischen Bundesamtes und formuliert die rechtlichen Anforderungen an die Anordnung einer Bundesstatistik, welche – soweit nicht durch Gesetz oder eine sonstige Rechtsvorschrift anderweitig bestimmt – nur auf Grundlage eines Gesetzes erfolgen kann.

Bei der amtlichen Krankenhausstatistik lassen sich zwei Segmente unterscheiden, die sich durch ihre Rechtsgrundlage und ihre Erhebungsform unterscheiden.

Das erste Segment bildet die „klassische“ amtliche Krankenhausstatistik, welche die Grunddaten, Diagnosedaten und einen Kostennachweis umfasst (EVAS 23111/23121/23131). Sie beruht auf der Krankenhausstatistikverordnung von 1990, zuletzt geändert durch die erste Verordnung zur Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung von 2001, und wird als jährliche Vollerhebung der Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit Auskunftspflicht durchgeführt. Hierzu werden Primärdaten erhoben. Gemäß des föderal gegliederten Gesamtsystems der amtlichen Statistik erfolgt die Durchführung der amtlichen Krankenhausstatistik durch die statistischen Ämter der Länder. Dieser dezentrale Ansatz stützt sich auf §3 (1) 2a) BStatG und entspricht dem üblichen Vorgehen, von welchem in der Praxis nur in begründeten Fällen wie im Rahmen der Außenhandelsstatistik abgewichen wird.

Das zweite Segment bildet die 2005 neu hinzugekommene fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik, EVAS 23141). Ihre Rechtsgrundlage ist § 21 (3)4 KHEntG in Verbindung mit dem BStatG. Sie stützt sich auf von der Selbstverwaltung bzw. der DRG-Datenstelle bereitgestellte Sekundärdaten und wird im Gegensatz zum ersten Segment direkt vom Statistischen Bundesamt betreut.

Aggregierte deskriptive Auswertungen der amtlichen Statistik werden vom Statistischen Bundesamt jährlich u.a. in der Fachserie 12 veröffentlicht und über GENESIS Online sowie das Informationssystem der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes publiziert. Auf Anfrage sind auch ggf. kostenpflichtige Sonderauswertungen möglich. Der für die Wissenschaft primär relevante Zugang zu den Mikrodaten erfolgt aus Gründen des Datenschutzes über kontrollierte Datenfernverarbeitung oder an einem Gastwissenschaftlerarbeitsplatz. Betreut werden beide Zugangswege über ein Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder. Für das erste Segment liegt die Verantwortung beim Forschungsdatenzentrum am Standort Kamenz/Dresden des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen, für das zweite Segment beim Forschungsdatenzentrum des Statistischen Bundesamtes. Für einzelne Jahre stehen ferner Stichproben teilaggregierter Datensätze als Scientific Use File bzw. Campus File zur Verfügung, die primär für Lehrzwecke eingesetzt werden können.

3. Reformbedarf der amtlichen Krankenhausstatistik

3.1. Allgemeines

Die Thematik ist zu komplex und die Zahl notwendiger Reformmaßnahmen ist zu groß, als dass dies in der vorliegenden Stellungnahme umfassend und abschließend behandelt werden könnte. Im Folgenden sollen deshalb exemplarisch einige zentrale Punkte hervorgehoben werden, die den Reformbedarf der amtlichen Krankenhausstatistik verdeutlichen. Grundsätzlich unterstützt die dggö die Arbeit des Statistischen Beirats, dem im BStatG begründeten Beratungsorgan des Statistischen Bundesamtes, der unter anderem 2012 in einer detaillierten Dokumentation auf Reformbedarfe der amtlichen Statistik im Allgemeinen hingewiesen und Empfehlungen für ihre Fortentwicklung formuliert hat.²

3.2. Erhobene Merkmale

3.2.1. Definition und differenzierte Darstellung der Erhebungseinheit

Auch aufgrund der Anforderungen durch aktuelle Gesetzgebungsverfahren erscheint eine einheitliche und aussagekräftige Definition der Erhebungseinheit am dringlichsten. Dies beginnt bereits damit, dass derzeit die klassische Krankenhausstatistik auf das Krankenhaus als Wirtschaftseinheit abstellt, jedoch keine Differenzierung nach Standorten vornimmt und die Institutionskennzeichen (IK-Nummern) nicht erfasst. Auch der Begriff der Wirtschaftseinheit ist bisher nicht hinreichend definiert, da er die heute sehr heterogenen Rechts- und Organisationsformen nicht hinreichend differenziert. Maßgeblich ist derzeit, dass eine organisatorische Einheit unter einheitlicher Verwaltung besteht, für welche auf Grundlage der kaufmännischen Buchführung ein Jahresabschluss erstellt wird. Es ergibt sich hieraus, dass die auf dieser Basis erhobenen Daten inhaltlich häufig kaum interpretierbar sind. So werden nach dieser Definition in der amtlichen Statistik einerseits Einrichtungen mit mehreren, potentiell weitestgehend unabhängig agierenden, großen Krankenhausstandorten als ein einziges Krankenhaus mit mehreren tausend Betten ausgewiesen, während andere, ökonomisch eng verflochtene und in Konzernstrukturen eingebundene Häuser als relativ kleine, separate Einheiten geführt werden.

Für die DRG-Statistik wiederum stellt die IK-Nummer die Erhebungseinheit dar, wobei Standorte teilweise erfasst werden, ohne dass eine einheitliche Definition des Begriffs existiert. Die IK-Nummer ist das Abrechnungskennzeichen laut IK-Verzeichnis. Ein Krankenhaus kann zu Abrechnungszwecken unterschiedliche IK beantragen und frei verwenden. Das heißt, das IK ist nicht geeignet, Entitäten, wie Krankenhaus, Standort oder Ambulanzen, zu differenzieren und sicher zu identifizieren.

Für elementare Aspekte des KHSG wie die Gewährung von Mitteln aus dem Strukturfonds, die Zuordnung von Qualitätsergebnissen, die Zuordnung von Strukturen und Leistungen im Kontext der Notfallversorgung sowie ganz allgemein die wissenschaftliche Analyse der Struktur des Krankenhausmarktes ist es unabdingbar, dass allen beteiligten Parteien exakte Daten vorliegen, die nicht nur die IK-Nummer, sondern auch eine eindeutige Standortidentifikationsnummer erhalten. Diese muss mindestens die exakte geographische Verortung, eine klare organisatorische und medizinische Abgrenzung und die sichere Identifikation des Eigentümers (Trägers / übergeordnete wirtschaftliche Einheit) erlauben. Alle Merkmale müssen für eine aussagekräftige Datenbasis unbedingt in allen Teilverzeichnissen der amtlichen Krankenhausstatistik enthalten sein, um eine aussagekräftige Analyse der Daten zu gewährleisten. Nur so können Aussagen mit Bezug auf die Qualität der erbrachten Leistung oder die Wirtschaftlichkeit sinnvoll abgeleitet werden.

² Statistischer Beirat 2012, Dokumentation: Fachkonzept zur Fortentwicklung der amtlichen Statistik, Erstellt von der AG „Fortentwicklung“ des Statistischen Beirats, November 2012.

Dabei ist offensichtlich, dass es sich hierbei nicht um eine triviale Anforderung handelt. Komplexe Konzern- und Beteiligungsstrukturen erschweren eine klare Identifikation von in sich geschlossenen wirtschaftlichen Einheiten. Ähnliches gilt für die sehr heterogene Ausweisung von Standorten und Fachabteilungen im Rahmen der Landeskrankenhausplanung. Dies ändert jedoch nichts an der zwingenden Notwendigkeit die oben skizzierten Identifikationsmerkmale zu definieren. Im derzeitigen Format ist eine belastbare Auswertung der Daten in weiten Teilen schlichtweg nicht möglich.

Kurzfristig ist für eine den Anforderungen des KHSG genügende Differenzierung nach Standorten eine eindeutige und im Gleichklang mit der Krankenhausplanung festzulegende Definition der Einheit „Krankenhausstandort“ notwendig. Hier erschwert zusätzlich die Verwendung unterschiedlicher Begriffe wie Betriebsstätte, -stelle oder Satellit das einheitliche Verständnis. Sofern zur Umsetzung des KHSG auch an anderer Stelle – beispielsweise als Erweiterung des § 293 SGB V – die Schaffung eines Standortverzeichnisses beschlossen wird, ist zu beachten, dass eine konsistente Verwendung bzw. eindeutige Überführbarkeit der Merkmale sichergestellt wird. Dies gilt darüber hinaus für den Kontext der amtlichen Statistik allgemein, in der Abrechnung, im Rahmen der Datenübermittlung an die DRG-Datenstelle, für Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie für die Erfüllung der Anforderungen der Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses.

3.2.2. Ambulante Versorgung

Stationäre Leistungserbringer gewinnen auch als Erbringer ambulanter Leistungen verstärkt an Bedeutung. Krankenhäuser sind z.B. als Hochschulambulanzen (Neuregelung GKV-VSG), Psychiatrische Institutsambulanzen oder künftig als Geriatriische Institutsambulanzen zur ambulanten Behandlung ermächtigt. Von zunehmender Bedeutung ist zudem die Abdeckung der Notfallversorgung bzw. des ambulanten ärztlichen Notdienstes durch Notaufnahmen. Ohne entsprechend differenzierte und standortspezifische Krankenhaus-ID ist die Bedarfsplanung in einer (KV-) Region nicht möglich, da die ambulanten Leistungen nicht sachgerecht zugeordnet werden können. Die Erweiterung des ambulanten Leistungsbereichs ohne die Gewährleistung, dass dieser in der amtlichen Krankenhausstatistik differenziert nach der jeweiligen Gesetzesgrundlage abgebildet wird, kann zu einer Fehlinterpretation der Daten führen.

Im Sinne einer vollständigen Leistungsstatistik ist somit die Erhebung der ambulanten Leistungen im stationären und im niedergelassenen Bereich erforderlich. Um eine konsistente Erfassung zu erreichen, könnte dies in einem gesetzlichen Rahmen geregelt sein, z. B. mit einer gemeinsamen „Gesundheitsstatistik“. Neben den Daten im KV-Bereich sollten auch die PKV-Leistungen erhoben werden.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die ambulanten Leistungen von Krankenhäusern in der amtlichen Krankenhausstatistik vollumfänglich abgebildet werden müssen. Hierzu gehören die eindeutige Identifikation der die Leistung erbringenden Einheit (z.B. Ambulanz), die Erfassung der Diagnose- und Leistungsdaten explizit differenziert nach der jeweiligen Rechtsgrundlage (eine Evaluation unterschiedlicher Versorgungsformen ist sonst nicht möglich) sowie der zurechenbaren Kosten und Erlöse.

3.2.3. Personal

Neben den Herausforderungen durch eine zukünftig noch stärkere Knappheit an pflegerischem und klinischem Personal ist eine differenzierte Erfassung der vorliegenden Qualifikationen auch für die Erfassung der strukturellen Qualität von besonderer Bedeutung. Dies ist nur durch die Erhebung eines neuen Personaldatensatzes in Form von Einzelsätzen möglich, der neben dem Merkmal Alter auch grundlegende Qualifikationen (insbesondere auch den Facharztstatus, der Voraussetzung für die Leistungserbringung in zahlreichen Bereichen ist) erfasst.

Um in diesem Kontext auch die zunehmend wichtige Rolle ausländischer Ärzte und Pflegekräfte besser einschätzen zu können, sollte dies ebenfalls abgebildet werden. Da keines der möglichen Merkmale wie

„Land der Erstausbildung“ oder „Staatsbürgerschaft“ unproblematisch erscheint, ist diese Fragestellung einer weiteren Überprüfung zu unterziehen.

Heute existieren zwei Berichtssysteme zur Beschreibung der Personalstrukturen im Krankenhaus mit unterschiedlichen Abgrenzungen: Die KH-Statistik arbeitet mit Gebiets-/Schwerpunktbezeichnungen und die Qualitätsberichte arbeiten mit Fachbereichsschlüsseln. Im Rahmen einer Novellierung sollte auch hier Konsistenz hergestellt werden.

Die Zuordenbarkeit der personalbezogenen Daten zu einer Erhebungseinheit (Standort, Fachabteilung, Ambulanz etc.) ist sowohl für die Versorgungsforschung als auch für die Praxis unabdingbar. Beispielsweise lässt sich die Wirkung von Pflegesonderprogrammen nur beurteilen bzw. die Mittelverwendung überprüfen, wenn in der Statistik klar identifizierbar ist, welche Pflegekräfte, wo, vor bzw. nach einer geförderten Maßnahme eingesetzt wurden.

3.2.4. Aufgestellte Betten

Die Angabe zu aufgestellten Betten pro Fachabteilung ist im Hinblick auf zunehmend interdisziplinär betriebene Pflegestationen nur schätzungs- oder annäherungsweise möglich. Ein „Aufgestelltes Bett“ ist in jedem Fall eine rechnerische bzw. Schätz-Größe, deren Ermittlung stark von den spezifischen Bedingungen im jeweiligen Krankenhaus abhängig ist. Die Sammelkategorie „Sonstige“ nimmt einen immer größeren Teil ein. Häufig ist die Aussagekraft eines aufgestellten Bettes in einer bestimmten Fachabteilung zudem stark eingeschränkt, wenn beispielweise aus Gründen der Auslastung systematisch Patienten anderer Fachgebiete aufgenommen werden oder Pflegestationen generell als Mischstationen konzipiert werden. Es besteht somit praktisch keine Vergleichbarkeit, eine belastbare Interpretation des Zahlenwerks ist kaum möglich. Das derzeitige Erhebungsmerkmal ist unscharf und anfällig für Fehlinterpretationen. Es gilt im Rahmen einer Novellierung eine eindeutige und leichter umzusetzende Definition zu finden, welche die Validität der erhobenen Daten sicherstellt.

3.2.5. Daten zum pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)

Zur anstehenden Erweiterung auf die Daten zum pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) sollte möglichst frühzeitig der Dialog mit den zuständigen Fachgesellschaften gesucht werden, um sicherzustellen, dass auch hier von Anfang an alle relevanten Merkmale vorliegen. In diesem Versorgungsbereich sollte auch die ambulante-stationäre Schnittstelle mit berücksichtigt werden. Beispielsweise werden durch die Neuregelung in § 118 Absatz 4 SGB V Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) auch dann ermächtigt, wenn die Versorgung durch räumlich und organisatorisch nicht angebundene Einrichtungen der Krankenhäuser erfolgt, soweit und solange die Ermächtigung notwendig ist, um die Versorgung sicherzustellen. Somit sind PIAs nicht mehr an den Krankenhausstandort gebunden, ohne Krankenhausverzeichnis mit eindeutiger Ausweisung der Ambulanz ist eine Zuordnung der Leistung in einer Region unmöglich.

3.2.6. Sonstige Merkmale und Anmerkungen zum Verfahren

Bei Erhebung der Grund- und Kostendaten besteht auf Grund der unterschiedlichen Abgabetermine unterschiedliche Datenqualität in Bezug auf wirtschaftliche Kennzahlen (1.4. häufig vorläufige, 30.6. endgültige Daten). Es wäre zu prüfen, ob durch eine Vereinheitlichung auf den späteren Termin eine bessere Datenqualität erreicht werden kann.

Je mehr Krankenhäuser Outsourcing oder Betreibermodelle praktizieren und auf Personaldienstleister zurückgreifen, desto weniger aussagekräftig sind die erhobenen Personalkennzahlen. Eine realistische Einschätzung des tatsächlich tätigen Personals ist nicht möglich. Analoge Verzerrungen entstehen auf Seite der Kostendaten. Es gilt hier zu eruieren, wie diese Szenarien angemessen in der amtlichen Statistik abgebildet werden können.

Weitere Merkmale wie die derzeitige Auswahl an zu erhebenden medizinischen Großgeräten erscheinen überholt und sollten aktualisiert werden. Hierbei sind Entwicklungen wie die Nutzung von medizinischen Großgeräten im OP-Bereich („Hybrid-OP“) zu berücksichtigen. Zudem ist auch in diesem Fall eine Erhebungsmethodik festzulegen, welche die Einbettung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgungsstruktur erfasst. So werden medizinische Großgeräte zunehmend gemeinschaftlich durch ein Krankenhaus und eine ambulante radiologische Praxis genutzt oder die Krankenhäuser lassen radiologische Leistungen durch eine am Krankenhausstandort ansässige Praxis erbringen und haben so unmittelbar Zugriff auf medizinische Großgeräte, die sich nicht in ihrem Eigentum befinden. Die Erfassung von Anzahl und Alter medizinischer Großgeräte stellt insbesondere für eine nachvollziehbare Ermittlung des Investitionsbedarfs bzw. des häufig kritisierten „Investitionsstaus“ eine wichtige Grundlage dar und ist auch ein wesentliches Merkmal für den internationalen Vergleich der Qualität von Gesundheitssystemen.

Für die Ermittlung wichtiger sekundärer Merkmale, wie der von Patienten zurückgelegten Fahrstrecken, ist auch für einzelne Krankenhausstandorte sowie für die Patienten eine geographische Verortung auf Ebene der fünfstelligen Postleitzahl vorzusehen. Das Merkmal Postleitzahl muss zur Erzeugung sekundärer sowie zum Zuspielden weiterer Merkmale nutzbar und in pseudonymisierter Form auch für weiterführende Auswertungen zur Verfügung stehen.

3.3. Nutzung

3.3.1. Zugang zu den Daten der amtlichen Statistik

Die 2001 (Bund) bzw. 2002 (Länder) etablierten Forschungsdatenzentren stellen für die wissenschaftliche Nutzung der amtlichen Krankenhausstatistik eine äußerst wertvolle Einrichtung dar. Die Nachfrage nach den Daten der amtlichen Krankenhausstatistik ist seit der Gründung dieser Einrichtungen jedoch erheblich gestiegen, was nur in Teilen durch die Vorhaltung entsprechender Mitarbeiterkapazitäten reflektiert wird. Dies hat in der Vergangenheit trotz großem Engagement der Mitarbeiter vor Ort zum Teil zu drastischen zeitlichen Verzögerungen bspw. im Rahmen der kontrollierten Datenfernverarbeitung geführt. Dies führt neben Verzögerungen auch zu einer impliziten Rationierung von Forschungstätigkeit, da sich viele Forscher gar nicht erst um einen Zugang zur amtlichen Statistik bemühen, sondern verstärkt andere Forschungsfelder bearbeiten. Es ist also davon auszugehen, dass neben der dokumentierten Nachfrage eine weitere latente Nachfrage besteht.

Einschränkend in der Analyse wirkt ferner, dass nicht an allen Standorten routinemäßig mit in der Gesundheitsökonomie weit verbreiteter Statistiksoftware wie Stata, R-Studio oder Matlab gearbeitet werden kann, sondern ausschließlich die Statistiksoftware SAS zur Verfügung steht. Eine geeignete und verbreitete Software zur Datenaufbereitung (z.B. SQL Server Developer Edition) würde die Arbeit mit den umfangreichen Datensätzen weiter erleichtern. Für eine aussagekräftige Analyse der DRG-Statistik auch im Zeitablauf ist ferner die Verfügbarkeit eines vom InEK zertifizierten Groupers unverzichtbar. Die Folgen der derzeit bestehenden Restriktionen, welche im Rahmen einer Novellierung möglichst überwunden werden sollten, sind beispielsweise auch im Endbericht zum Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG dokumentiert.³

Für bestimmte Fragestellungen ist zudem der Zugriff auf die Rohdaten notwendig, da häufig nicht rekonstruierbar ist, warum bzw. auf welche Weise im Rahmen der Datensatzaufbereitung auf Seiten des FDZ beispielsweise gewisse ICD- oder OPS-Kodes gelöscht/überschrieben werden oder Beatmungstunden trunziert werden.

Negativ ist ferner zu bewerten, dass am Gastwissenschaftlerarbeitsplatz häufig nur eine 10% Stichprobe genutzt werden kann, in der zudem wichtige Merkmale wie Zeitstempel fehlen. Der volle Zugriff auf den

³ Schreyögg et al. 2014, Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG, Endbericht, Juli 2014.

relevanten Ausschnitt des Datensatzes würde es den Forschenden ermöglichen, verschiedene Analysevarianten und Datenspezifikationen selbst zu testen, was den Arbeitsaufwand der Mitarbeiter am FDZ deutlich reduzieren würde. Verschiedene Fragestellungen sind mit einer Stichprobe der Krankenhäuser zudem nicht bearbeitbar, hier bleibt derzeit nur der Zugriff über kontrollierte Datenfernverarbeitung. Bei letzterer ergeben sich jedoch nach wie vor Kapazitätsengpässe und zentrale Probleme der Datenaufbereitung lassen sich ebenfalls nicht zufriedenstellend lösen. Um den hierfür nötigen Programmcode zu entwickeln, reicht bspw. eine 10% Stichprobe häufig nicht aus.

Insbesondere für wissenschaftliche Auswertungen muss es die Möglichkeit eines Vollzugriffs geben – sei es am Gastwissenschaftlerarbeitsplatz oder über VPN/Remote-Desktop Lösungen, wobei letztere bereits von einigen Krankenkassen angeboten werden. Dies zeigt, dass sowohl technisch als auch rechtlich die entsprechenden Möglichkeiten bestehen. Nicht hinnehmbar ist ferner die Zurückhaltung – d.h. die Verweigerung der Nutzung – einzelner erhobener Merkmale (bspw. der Trägerschaftsvariable in der DRG-Statistik) mit dem Argument, dass die Variable nicht sicher, also nicht verlässlich sei. Die Bewertung der Qualität bzw. der Umgang mit der daraus ggf. entstehenden Unsicherheit muss dem Wissenschaftler überlassen bleiben. Datenschutzargumente können in diesem Kontext nicht geltend gemacht werden. Deshalb muss sich die Rolle der statistischen Ämter darauf beschränken, potentielle Mängel der Datenqualität zu dokumentieren, zu kommunizieren und im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu beseitigen.

3.3.2. Datenschutz

Damit geht einher, dass der fraglos hoch zu gewichtende Datenschutz auch durch eine stärkere Fokussierung auf die Ergebniszugriffsregulierung in Kombination mit Maßnahmen der faktischen und formalen Anonymisierung hinreichend gewährleistet werden kann. Eine Einschränkung auf eine Stichprobe erscheint aus Gründen des Datenschutzes in den meisten Fällen sachlich nicht erforderlich. Die Schutzbedürftigkeit sensibler Individualdaten natürlicher und juristischer Personen wird dabei anerkannt. Jedoch sollte zu ihrem Schutz der mildeste notwendige Eingriff vorgenommen werden.

3.3.3. Einheitlichkeit und Verknüpfbarkeit

Wie bereits am Beispiel der Erhebungseinheit ausgeführt, ist eine datensatzübergreifende einheitliche Definition und Verwendung zentraler Identifikationsmerkmale unerlässlich. Zudem erscheint eine standardmäßige Zusammenführung der klassischen Krankenhausstatistik mit der DRG-Statistik unabdingbar. Eine Erfassung von Kosten und Erlösen in getrennten und nicht verknüpfbaren Datensätzen ist nicht zielführend, zumal die Datensätze jeweils weitere, für eine aussagekräftige Analyse dringend benötigte Merkmale enthalten. Auch die im Rahmen der stationären bzw. sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren erfassten Struktur-, Prozess- und Ergebnisdaten, wie z.B. die des strukturierten Qualitätsberichts (§ 137 Abs. 3 Satz 4 SGB V) sollten mit den Daten der amtlichen Statistik routinemäßig verknüpft werden. Schwerwiegende inhaltliche Argumente für die Trennung der verschiedenen Datensätze sind in vielen Fällen nicht erkennbar – im Gegenteil – aufwändige und fehleranfällige manuelle Verknüpfungen und Doppelerfassungen könnten vermieden werden. Die hierzu in der Regel jedoch fehlenden rechtlichen Grundlagen sind vom Gesetzgeber zu schaffen. In diesem Kontext wäre auch zu prüfen, inwiefern im Sinne eines maximalen Nutzwertes der Nutzungszweck der DRG-Statistik explizit auch auf weitere (z.B. epidemiologische) Zwecke erweitert werden kann.

3.3.4. Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Auf Basis der amtlichen Krankenhausstatistik wird vom statistischen Bundesamt jährlich das Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen publiziert. Dieses enthält eine Auswahl an Eckinformationen zu den erfassten Krankenhäusern und dient in Wissenschaft und Praxis als

wichtige Informationsquelle. Auch als verknüpfendes Merkmal für die Zuspiegelung von externen Daten an die nicht direkt zugänglichen Daten an den Forschungsdatenzentren kommt ihm eine zentrale Rolle zu. Während die amtliche Statistik jedoch auf einer Vollerhebung beruht, ist die Veröffentlichung im Krankenhausverzeichnis zustimmungspflichtig, d.h. Krankenhäuser können einer Publikation widersprechen. Während der Deckungsgrad im Mittel mit deutlich über 90 % akzeptabel ist, kommt es regional zu deutlichen Abweichungen nach unten, was die Verwertbarkeit des Verzeichnisses deutlich reduziert. Es wäre wünschenswert, die Zustimmungspflicht der Krankenhäuser aufzuheben, zumal keine sensiblen Daten enthalten sind. Damit wäre ein vollständiges Verzeichnis aller Krankenhäuser verfügbar.

4. Fazit

Zusammenfassend muss konstatiert werden, dass eine sehr hohe Qualität und Verlässlichkeit der einzelnen Datensätze per se leider nicht ausreicht, wenn relevante Merkmale fehlen, notwendige Verknüpfungen verschiedener Datensätze nicht zulässig sind und der Zugang faktisch beschränkt ist. Deutschland fällt damit in Bezug auf den Nutzen und die Nutzbarkeit der amtlichen Statistiken im europäischen Vergleich weit hinter mittlerweile etablierte Standards zurück. Dies schadet nicht nur dem Wissenschaftsstandort Deutschland, sondern nicht zuletzt auch den Patientinnen und Patienten, da angezeigte bzw. ambitionierte Reformvorhaben des Gesetzgebers nicht angemessen bewertbar sind. So können beispielsweise die Auswirkungen des KHSG im Bereich der qualitätsorientierten Vergütung, der Sicherstellung, des Strukturfonds bzw. der Notfallversorgung, weder seriös prognostiziert noch rückblickend evaluiert werden.

Bei einer Reform der amtlichen Krankenhausstatistik sind ihre drastisch gestiegene Bedeutung sowie das geänderte Anforderungsprofil entsprechend zu würdigen. Nebenziele wie eine möglichst aufwandsneutrale Umsetzung dürfen die notwendigen Reformbedarfe nicht überlagern, eine Anpassung der gesetzlichen Grundlage scheint unabdingbar. Ferner ist zu bedenken, dass bereits heute viel Aufwand in die Generierung der Daten investiert wird, die Ergebnisse aber aufgrund mangelhafter Definitionen nicht verwertbar sind. Dies gilt es für eine novellierte Fassung der amtlichen Statistik unbedingt zu vermeiden. Auch jenseits der amtlichen Statistik müssen datenbezogene Themen wie die Öffnung der Datenbestände nach §301 in Verbindung mit §285 und §295 sowie der Kalkulationsdaten für wissenschaftliche Analysen zeitnah angegangen werden.

Die dezentrale Struktur der amtlichen Statistik mit Zuständigkeiten verschiedenster Behörden und Ministerien auf Ebene des Bundes wie der Länder erhöht das Risiko, dass die Reform der amtlichen Krankenhausstatistik auf einen kleinsten gemeinsamen Nenner hinausläuft, der zwar konsensfähig ist, die Anforderungen jedoch nicht erfüllt. Da die Grundlagen für die amtliche Krankenhausstatistik durch Gesetze bzw. Verordnungen auf Bundesebene gelegt werden, erscheint deshalb eine aktive Rolle des Bundesministeriums für Gesundheit unter konstruktiver Mitwirkung aller Beteiligten dringend angezeigt. Dies gilt umso mehr, als insbesondere hinsichtlich der Verknüpfbarkeit und Einheitlichkeit der im deutschen Gesundheitswesen verfügbaren Daten auch über die Grenzen der verschiedenen gesetzgeberischen und korporatistischen Zuständigkeitsbereiche hinweg Lösungen gefunden werden müssen. Die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie ist als wissenschaftliche Fachgesellschaft gerne bereit, den Prozess konstruktiv und kritisch zu begleiten.