



Deutsche Gesellschaft  
für Gesundheitsökonomie e.V.

**Stellungnahme**  
**der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie**  
**zum**  
**Referentenentwurf**  
**zur**  
**Zweiten Verordnung zur Änderung der Krankenhausstatistik-**  
**Verordnung**

**vom 19. April 2017**

---

## **Inhaltsverzeichnis**

Allgemeiner Teil .....	3
Besonderer Teil .....	4
<b>Artikel 1 Änderung der Krankenhausstatistikverordnung .....</b>	<b>4</b>
Zu Artikel 1 Nr. 3: § 3 – neu – Buchstabe a), Doppelbuchstabe aa) Rechtsform .....	4
Zu Artikel 1 Nr. 3: § 3 – neu – Buchstabe a), Doppelbuchstabe hh) Operationen .....	4
Zu Artikel 1 Nr. 3: § 3 – neu – Buchstabe a), Doppelbuchstabe jj) Ambulante Leistungsstatistik .....	5
Zu Artikel 1 Nr. 3: § 3 – neu – Buchstabe b) Erfassung der Standorte .....	6
Zu Artikel 1 Nr. 4: § 4 – neu – Krankenhausträger .....	7
Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf .....	8

---

## Allgemeiner Teil

---

Der Bedarf an belastbaren und aussagekräftigen Daten hat sich seit der ersten Krankenhausstatistikverordnung verstärkt und gleichzeitig inhaltlich deutlich gewandelt. Die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö) äußerte sich bereits in ihrer Stellungnahme vom 11. Oktober 2015 grundsätzlich zum Reformbedarf der amtlichen Krankenhausstatistik und mahnte dringenden Handlungsbedarf an.

Die per Gesetz implementierten Instrumente z. B. zur Strukturreform des Krankenhaussektors können mit der aktuellen amtlichen Krankenhausstatistik nicht evaluiert werden. Empfehlungen für künftige Gesetzgebungsverfahren ebenso wie die Evaluierung der Umsetzungsmaßnahmen von bereits verabschiedeten Gesetzen setzen die Möglichkeit voraus, verlässliche empirische Untersuchungen des deutschen Krankenhausmarktes durchzuführen. Diese wiederum bedürfen einer qualitativ hochwertigen und breiten Datengrundlage.

Die dggö begrüßt daher den Referentenentwurf einer zweiten Verordnung zur Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV). Die Novellierung ist ein wesentlicher Schritt in die richtige Richtung. Wir empfehlen jedoch dringend die Überarbeitung einzelner Punkte, um das Ziel einer zweckmäßigen und aussagekräftigen Datengrundlage zu erreichen. Beispielsweise sollte keinesfalls nur die Zahl der ambulanten Fälle ausgewiesen werden. Vielmehr sind analog zur stationären Versorgung die einzelnen Patienten zu erfassen. Dies würde auch den Einstieg in eine mittelfristig wünschenswerte sektorenübergreifende Gesundheitsstatistik erleichtern, die dann auch die von niedergelassenen Ärzten erbrachten Leistungen umfassen sollte.

Wenn auch durch die größere Detailtiefe ein höherer Erfüllungsaufwand entsteht, ist dieser im vorliegenden Fall gerechtfertigt. Mit einer differenzierteren und breiteren Datengrundlage können Erkenntnisse gewonnen werden, die teure Fehlentscheidungen für alle Akteure des Gesundheitssektors vermeiden helfen.

Die dggö bezweckt die Förderung der Wissenschaft, Forschung und wissenschaftlichen Politikberatung auf dem Gebiet der Gesundheitsökonomie. Ihre rund 800 Mitglieder repräsentieren neben vielen Vertretern der Wissenschaft einen Querschnitt nahezu aller im Gesundheitswesen aktiven Akteure und Institutionen. Sie sieht es als ihre Aufgabe an, gesundheitsökonomische Erkenntnisse in der Öffentlichkeit zu verbreiten und gegenüber Parlamenten und Regierungen zu vertreten.

Vor diesem Hintergrund nimmt die dggö zum Referentenentwurf einer zweiten Verordnung zur Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) Stellung.

---

## Besonderer Teil

---

### Artikel 1

#### Änderung der Krankenhausstatistikverordnung

##### Zu Artikel 1 Nr. 3: § 3 – neu – Buchstabe a), Doppelbuchstabe aa)

###### Rechtsform

###### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Rechtsform bei öffentlicher Trägerschaft soll gestrichen werden.

###### **Stellungnahme**

Die Begründung, dass hier Aspekte vermischt werden, ist richtig. Allerdings heißt das nicht, dass das Merkmal per se obsolet ist.

###### **Änderungsvorschlag**

Das Merkmal Rechtsform soll nicht gestrichen werden.

§ 3 wird wie folgt geändert: Satz 1 wird wie folgt gefasst:

*„Art des Krankenhauses oder der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung sowie Art der Trägerschaft, einschließlich bei öffentlicher Trägerschaft die Rechtsform.“*

##### Zu Artikel 1 Nr. 3: § 3 – neu – Buchstabe a), Doppelbuchstabe hh)

###### Operationen

###### **Beabsichtigte Neuregelung**

Das Merkmal, ob im Zusammenhang mit der Hauptdiagnose operiert worden ist, soll gestrichen werden.

###### **Stellungnahme**

In der Begründung wird darauf verwiesen, dass diese Information auch der DRG-Statistik nach §21 KHEntgG entnommen werden kann. Diese Statistik kann nach aktueller Rechtslage aber nicht mit der „restlichen“ amtlichen Krankenhausstatistik verknüpft werden. Solange diese Verknüpfbarkeit nicht routinemäßig möglich ist, muss das Merkmal separat erhoben werden.

---

## **Änderungsvorschlag**

Das Merkmal, ob im Zusammenhang mit der Hauptdiagnose operiert worden ist, soll beibehalten werden.

§ 3 wird wie folgt geändert: Änderung Nummer 14 wie folgt:

*„(...), ferner nach im Zeitpunkt der Entlassung bekannter Hauptdiagnose und nach Fachabteilung mit der längsten Verweildauer, bei Krankenhäusern zusätzlich der Angabe, ob im Zusammenhang mit der Hauptdiagnose operiert worden ist“*

## **Zu Artikel 1 Nr. 3: § 3 – neu – Buchstabe a), Doppelbuchstabe jj)**

### **Ambulante Leistungsstatistik**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Zahl ambulant behandelter Patientinnen und Patienten, gegliedert nach der gesetzlichen Grundlage der Leistungserbringung, soll erfasst werden.

Die ambulanten Notfälle nach Angabe der Stufe der Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 136c Abs. 4 SGB V sollen erfasst werden.

#### **Stellungnahme**

Es reicht nicht, nur die Zahl der Patienten zu erfassen. Zwingend ist auch hier der Ausweis jedes Falls und aller Merkmale. Anders ist beispielsweise eine sektorenübergreifende Perspektive der Bedarfsplanung nicht abbildbar. Auch aus wettbewerbsrechtlichen Gründen ist im Zusammenhang mit Fusionen eine genaue Beschreibung des Einzugsgebiets der ambulant erbrachten Leistungen zwingend erforderlich. Weiterhin können Fragen hinsichtlich des Ausstrahlens der ambulanten Leistungserbringung in die stationäre Versorgung nur bei einer differenzierten Erfassung beantwortet werden.

Mittelfristig wäre ergänzend der Aufbau einer allgemeinen ambulanten Leistungsstatistik inklusive der Daten aus dem niedergelassenen Bereich wünschenswert.

#### **Änderungsvorschlag**

Die Datenerfassung zu ambulanten Patienten sollte analog zu Nummer 14 erfolgen.

§ 3 wird wie folgt geändert: Fassung von Nummer 16 wie folgt:

*„16. ~~Zahl~~ ambulant behandelte Patientinnen und Patienten, gegliedert nach Geschlecht, Geburtsmonat und -jahr, Wohngemeinde, in den Stadtstaaten Stadtteil, im Zeitpunkt der Entlassung bekannter Hauptdiagnose, Fachabteilung, der gesetzlichen Grundlage der Leistungserbringung, bei ambulanten Operationen gesondert nach ~~der Zahl der ambulanten Operationen nach § 115b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Zahl~~ anderen ~~≠ ambulanten ≠ Operationen, bei ambulanten Notfällen zusätzlich nach Angabe der Stufe der Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“~~*

### **Zu Artikel 1 Nr. 3: § 3 – neu – Buchstabe b)**

#### **Erfassung der Standorte**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Nummern 1 bis 9 und 15 bis 18 des § 3 sollen nach Standorten differenziert werden.

#### **Stellungnahme**

Aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie ist dies nur in Teilen (z. B. bezogen auf die Ausbildungsplätze) nachvollziehbar.

- a. Nummer 11 und 12 sollten unter Beibehaltung der damit einhergehenden Merkmale unbedingt auf Standortebene ausgewiesen werden (wenn nicht anders möglich, als anteilige Vollkräfte).
- b. Nummer 14 ist zwingend auch auf Ebene der Standorte auszuweisen. Nur so lässt sich im Hinblick auf die Bedarfsplanung oder die Relevanz für die Sicherstellung der Versorgung ermitteln, welche Regionen wie abgedeckt werden, welche Entfernungen Patienten zurücklegen etc.
- c. Nummer 19 ist zwingend auch auf Ebene der Standorte auszuweisen. Insbesondere auch bei Fragen wie Sicherstellungszuschlägen / Subventionen bei Schließungen (Strukturfonds) etc. ist es extrem wichtig, die Kosten detailliert abgrenzen zu können.

#### **Änderungsvorschlag**

Die Erhebungsmerkmale nach Satz 1 Nummer 1 bis 9, 11 bis 12, 14 bis 19 sollen nach Standort erfasst werden.

§ 3 wird wie folgt geändert: Fassung von Satz 2 wie folgt:

*„Die Erhebungsmerkmale nach Satz 1 Nummern 1 bis 9, 11 bis 12 und 14 bis 19 sind ab dem 1. Januar 2020 für Krankenhäuser nach Standorten differenziert zu erfassen.“*

---

## **Zu Artikel 1 Nr. 4: § 4 – neu – Krankenhaussträger**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Es soll eine Klarstellung zum Krankenhaussträger erfolgen.

### **Stellungnahme**

Die hier vorgeschlagene Änderung ist nicht hinreichend und muss überarbeitet werden.

- a. Es wird nicht berücksichtigt, dass häufig mehrere Eigentümer an einem Krankenhaus beteiligt sind. Wünschenswert wäre hier eine Nennung aller Eigentümer mit mehr als 5 % Beteiligung (bezogen auf % der Stimmrechte, hier beginnen Sonderrechte im Aktien- und Gesellschaftsrecht). Unter Berücksichtigung des Aufwands kann eine höhere Grenze in Erwägung gezogen werden. Als absolutes Minimum müssten aber alle Eigentümer genannt werden, die mehr als 25 % der Stimmrechte auf sich vereinen (Sperrminorität). Auch niedrigere Beteiligungen sind jedoch nach GWB bereits relevant. Auch für Fragen wie Sicherstellungszuschläge / Subventionen bei Schließungen (Strukturfonds) etc. ist es sehr wichtig, die Eigentumsverhältnisse klar abbilden zu können.
- b. Es wird nicht berücksichtigt, dass häufig mehrere Ebenen von Eigentümern existieren. Z. B. Konzernstrukturen, Regionalgesellschaften etc. Auch im freigemeinnützigen Bereich existiert eine Vielzahl derartiger Strukturen. Für Fragen wie Sicherstellungszuschläge / Subventionen bei Schließungen (Strukturfonds) etc. ist es extrem wichtig, die Eigentumsverhältnisse klar abbilden zu können. Selbiges gilt für wettbewerbsrechtliche Belange im Zusammenhang mit Fusionen.
- c. Die Formulierung „oder Leitung“ wirft auch unter Berücksichtigung der Erläuterungen mehr Fragen auf als Antworten. Es geht um Eigentumsstrukturen.

### **Änderungsvorschlag**

- a. Alle Eigentümer mit mehr als 5 % Beteiligung sollen genannt werden.
- b. Eigentumsverhältnisse sollen klar abgebildet werden.
- c. Die Formulierung „Leitung“ soll gestrichen werden.

§ 4 wird wie folgt geändert: Änderung von Nummer 3 wie folgt:

*„3. Name und Anschrift der Eigentümerin oder des Eigentümers ~~oder der Leitung~~  
des Krankenhauses oder der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mit mehr als 5 % der  
Stimmrechte und die Angabe der Eigentumsverhältnisse,“*

---

## Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

---

### a) Einheitlicher Fachabteilungsschlüssel

Die derzeit angewandte Definition ist unscharf. So nimmt die Sammelkategorie „Sonstige“ einen immer größeren Teil ein, interdisziplinäre Stationen werden nicht hinreichend abgebildet.

Die Einführung würde einen vierstelligen Schlüssel ermöglichen, der die Darstellung der Fachabteilung mit Schwerpunkten (z. B. 0108 Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie) ermöglicht.

Dies erlaubt eine klare Zuordnung von Merkmalen wie Betten, Personalkennzahlen etc. auf spezifische Abteilungen.

### Änderungsvorschlag

Die Fachabteilungen sollen analog zu den Daten nach § 301 SGB V gegliedert werden.

§ 3 wird wie folgt geändert:

Nummer 3 wird wie folgt geändert:

*„3. Betten, gegliedert nach Art der Förderung und Fachabteilung nach der Systematik in § 301 SGB V sowie nach Art der Nutzung und Vertragsbestimmung“*

Nummer 7 wird wie folgt geändert:

*„7. Zahl der Plätze für teilstationäre Behandlung während des Tages und der Nacht, gegliedert nach Fachabteilungen nach der Systematik in § 301 SGB V, Einrichtungen der Geriatrie und organisatorisch abgrenzbaren Einrichtungen zur Behandlung von Querschnittlähmung, Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzungen, Schwerbrandverletzungen, AIDS, Mukoviszidose, Onkologieklientinnen und -patienten, Transplantationspatientinnen und -patienten, Dialysepatientinnen und -patienten oder zur neonatologischen Intensivbehandlung,“*

Nummer 8 wird wie folgt geändert:

*„8. Art der nicht-bettenführenden Fachabteilungen nach der Systematik in § 301 SGB V“*

### b) Aufgestellte Betten

Ein „Aufgestelltes Bett“ ist in jedem Fall eine rechnerische bzw. Schätz-Größe, deren Ermittlung stark von den spezifischen Bedingungen im jeweiligen Krankenhaus abhängig ist. Derzeit wird dies sehr heterogen interpretiert.



## Änderungsvorschlag

Im Zuge der Novelle sollte eine Klarstellung der Definition für „Aufgestellte Betten“ erfolgen.

### c) Verknüpfung mit DRG-Statistik nach §21 KHEntgG

Die Verknüpfung der Krankenhausstatistik mit der DRG-Statistik nach §21 KHEntgG ist aus Sicht der Wissenschaft zwingend erforderlich. Für ökonomische Fragestellungen ist eine Analyse der Kosten, ohne dass die Erlöse damit direkt in Bezug gesetzt werden können, weitgehend wertlos.

## Änderungsvorschlag

Die Verknüpfung der Krankenhausstatistik mit DRG-Statistik nach §21 KHEntgG soll erlaubt werden.

### d) Gesundheitsstatistik

Mittelfristig wäre ergänzend der Aufbau einer allgemeinen ambulanten Leistungsstatistik wünschenswert, in der auch die vertragsärztlichen Leistungen im niedergelassenen Bereich erfasst werden, um ein vollständiges Bild des ambulanten Leistungsgeschehens zu erhalten.

## Änderungsvorschlag

Die ambulanten Leistungen des niedergelassenen Bereichs sollen mittelfristig im Rahmen einer umfassenden Gesundheitsstatistik ebenfalls erfasst werden.

### e) Beschränkung der Berichtspflicht auf Krankenhäuser mit mehr als 100 Betten

In § 3 Satz 1 Nr. 14 findet sich die Beschränkung der Berichtspflicht auf Krankenhäuser mit mehr als 100 Betten. Dies führt dazu, dass kein vollständiges Bild der Versorgungssituation vorliegt und beispielsweise kleinere Fachkliniken mit durchaus hoher Relevanz für die Versorgungssituation einer Region nur unzureichend abgebildet werden. Die Beschränkung auf Einrichtungen mit mehr als 100 Betten sollte aufgegeben werden, damit bei wissenschaftlichen Analysen alle Einrichtungen berücksichtigt werden können.

## Änderungsvorschlag

Satzteil „mit mehr als 100 Betten“ sollte gestrichen werden.

§ 3 wird wie folgt geändert: Änderung Nummer 14 wie folgt:

*„aus dem Krankenhaus oder der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ~~mit mehr als 100 Betten~~ entlassene vollstationär behandelte Patienten und Sterbefälle, gegliedert nach (...)“*

### f) Erfassung medizinischer Versorgungszentren

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind für Krankenhäuser ein wichtiges Instrument zur Steuerung von Patientenströmen. Die Wirkung von MVZ in stationärer Trägerschaft hinsichtlich

der Auswirkungen auf die Versorgungsqualität oder auch die stationären Fallzahlen werden kontrovers diskutiert. Bisher fehlt eine entsprechende Erfassung in der amtlichen Statistik, was eine differenzierte Analyse erschwert. Als Minimalanforderung sind die Straßenanschrift der MVZ und die vertretenen Fachbereiche sowie der Umfang der ärztlichen VK und die Zahl der behandelten Patienten differenziert nach den Fachbereichen zu erfassen.

### **Änderungsvorschlag**

Artikel 3 Satz 1 Nummer 20 wird neu eingefügt: „Medizinische Versorgungszentren, an welchen das Krankenhaus beteiligt ist, jeweils deren Straßenanschrift, ärztliches Personal und nichtärztliches Personal umgerechnet auf Vollkräfte, bei ärztlichem Personal gegliedert nach Beschäftigungsverhältnis, Dienststellung, Gebiets- und Teilgebietsbezeichnung; hauptamtliches ärztliches Personal und ärztliches Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis bei der Einrichtung sind gesondert auszuweisen,“

Artikel 3 Satz 1 Nummer 21 wird neu eingefügt: „Zahl ambulant behandelter Patientinnen und Patienten, gegliedert nach Geschlecht, Geburtsmonat und -jahr, Wohngemeinde, in den Stadtstaaten Stadtteil, Hauptdiagnose und Fachbereich.“

### **g) Zustimmung der Betroffenen**

In § 7 Absatz 3 ist die Zustimmung der Betroffenen erforderlich. Es handelt sich hierbei nicht um schutzbedürftige Informationen. Das Verzeichnis dient als wichtige Grundlage in der Wissenschaft insbesondere zum Aufbereiten der Datensätze und zum Zuspänschieben externer Merkmale an die amtliche Statistik. Es ist das einzige der Öffentlichkeit zugängliche amtliche Verzeichnis der deutschen Krankenhäuser.

### **Änderungsvorschlag**

§ 7 wird wie folgt geändert: Absatz 3 wird wie folgt geändert:

*„(3) Die Statistischen Landesämter sind berechtigt, ~~mit Zustimmung der Betroffenen~~ jährlich im Rahmen eines Verzeichnisses Name, Anschrift, Träger des Krankenhauses, Fachabteilungen und Bettenzahl von Krankenhäusern sowie von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu veröffentlichen.“*

Prof. Dr. Stefan Felder  
Vorsitzender dggo