



**Positionierung der Deutschen Rheuma-Liga
zum Entwurf
eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung
(Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG)**

Das Bundesministerium für Gesundheit hat einen Gesetzentwurf vorgelegt, mit dem eine Reform der Krankenhausstrukturen erfolgen soll. Mit dem Entwurf wird ausschließlich das Eckpunktepapier der Bund-Länder-AG vom Dezember 2014 umgesetzt.

Die **Deutsche Rheuma-Liga** hat bereits zu den Eckpunkten der Bund-Länder-AG im Dezember 2014 ihre **Positionen für eine Reform der Krankenhäuser** dargestellt und diese der Bund-Länder-AG übermittelt.

Zentrale Themen des Krankenhaus-Strukturgesetzes sind zum einen eine **qualitätsorientierte Krankenhausplanung** sowie finanzielle Maßnahmen, die den **Betrieb von Krankenhäusern** sichern sollen. Zum anderen soll durch die Auflegung eines **Pflegestellen-Förderprogramms** eine Verbesserung der pflegerischen Versorgung erreicht werden.

Mit dem im Gesetzentwurf enthaltenen Bündel an Maßnahmen, wie die Entwicklung von Qualitätsindikatoren durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), Qualitätszu- oder -abschläge für gute bzw. schlechte Leistungen, Schaffung eines Strukturfonds, Umwandlung von nicht ausgelasteten akutstationären Krankenhäusern in Versorgungszentren oder Pflegeeinrichtungen oder die Strukturierung der Notfallversorgung, soll insgesamt eine **Verbesserung der Versorgungsstruktur**, sowohl **quantitativ** als auch **qualitativ**, erreicht werden.

Die Deutsche Rheuma-Liga stimmt mit der Bundesregierung überein, dass die **Versorgungsqualität** in vielen Krankenhäusern dringend verbessert werden muss.

Die geplante **Marktbereinigung** im Hinblick auf eine **Überversorgung** darf jedoch nicht zu einer **Unterversorgung**, bspw. im ländlichen Raum, führen.

Grundsätzlich vertritt die Deutsche Rheuma-Liga die Auffassung, dass sich die **Behandlung im Krankenhaus** vorrangig an der **Qualität** und weniger an ökonomischen Interessen der einzelnen Kliniken ausrichten muss. Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt daher die Absicht der Bundesregierung, **Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität** zur Grundlage der Krankenhausplanung und -vergütung zu machen und den G-BA mit der Entwicklung von Qualitätsindikatoren zu beauftragen.

Der Gesetzentwurf sieht ebenfalls Sanktionsmechanismen für den G-BA vor, um die Qualitätsoffensive auch durchzusetzen.

Die stationäre Versorgung von rheumakranken Menschen ist komplex und sollte in **rheumatologischen Akutkliniken** erfolgen, da diese die Möglichkeit zur Versorgung durch ein multidisziplinäres Team gewährleisten. Die multimodale rheumatologische Komplexbehandlung in den Fachkliniken **senkt die Krankheitsaktivität** und verbessert die Prognose. Diese **bewährte Behandlungsform** können nur Rheumakliniken/rheumatologische Abteilungen gewährleisten.

Darüber hinaus findet eine **spezialisierte Versorgung** von chronisch rheumakranken Menschen mit schweren Verläufen, von Kindern und Jugendlichen mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen oder Betroffenen mit seltenen Erkrankungen in Ambulanzen nach § 116b SGB V, Hochschulambulanzen oder entsprechenden Zentren statt.

Jegliche Reform der Krankenhauslandschaft muss daher sicherstellen, dass die **Versorgung in Fachkliniken/-abteilungen** erhalten bleibt, ausgebaut und entsprechend finanziell ausgestattet wird.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt ausdrücklich, dass die Bundesregierung den Empfehlungen des Bundessozialgerichts vom Oktober 2014 folgt und **Mindestmengen**, wie Knie-TEP, rechtssicher gestaltet werden. **Der Patientenschutz** wird so deutlich erhöht.

Die Deutsche Rheuma-Liga unterstützt die Absicht des Gesetzgebers, die **Qualitätsberichte** der Krankenhäuser **patientenfreundlicher** aufzubereiten und diese an prominenter Stelle verfügbar zu machen. Nur so können sich Betroffene eigenverantwortlich für ihre Gesundheit engagieren und kompetent die wichtige Entscheidung für oder gegen die Behandlung im jeweiligen Krankenhaus treffen.

Die im Entwurf zum Gesetz vorgesehenen Mechanismen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung setzen auch voraus, dass die bauliche Substanz und die technische Ausstattung der einzelnen Häuser sichergestellt sind.

Wie bereits im Eckpunktepapier enthält auch der Gesetzentwurf keine klaren Aussagen dazu, wie die Länder in Zukunft ihren Beitrag zur **Investitionsförderung** leisten. So wird lediglich im Zusammenhang mit der **Auflegung des Strukturfonds** darauf hingewiesen, dass die Bundesländer mindestens den Durchschnitt der in den Haushaltsplänen 2012-2014 ausgewiesenen Mittel für die Finanzierung von Krankenhäusern beibehalten sollen. Die **Länderinvestitionen** sind jedoch seit Jahren **rückläufig** und gingen allein für die Jahre 1990-2013 um 25% zurück. Demgegenüber steht nahezu eine Verdoppelung der Krankenhauskosten. Es erscheint fraglich, ob die Länder bei weiterhin angespannter Haushaltslage tatsächlich in der Lage sind, die Mittel zur Investitionsförderung entsprechend den Vorgaben aufzubringen.

Zentrale **Reformbaustelle** im Gesundheitswesen ist der **Abbau der Sektorengrenzen**. Darauf weist schon das Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

„Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“ hin. Das **Krankenhausstrukturgesetz** bezieht sich jedoch explizit auf den stationären Sektor. Die Deutsche Rheuma-Liga kritisiert, dass **Impulse** für einen entsprechenden Abbau von Schnittstellenproblemen mit dem vorliegenden Gesetz **nicht gegeben** werden.

Zu einzelnen Regelungen:

Artikel 1

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 6 Abs. 1a KHG -GE

Zukünftig sollen **planungsrelevante Qualitätsindikatoren**, festgelegt vom G-BA, **Bestandteil der Krankenhauspläne** sein. Durch Landesrecht kann die Geltung dieser Qualitätsindikatoren entweder generell oder einzeln ausgeschlossen werden. Darüber hinaus können von den Landesbehörden auch weitergehende Qualitätsanforderungen in der Krankenhausplanung verankert werden).

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt die Aufnahme von Qualitätsindikatoren als Bestandteil der Krankenhausplanung. Nicht verständlich ist aber, warum diese erst als Kriterien für die Krankenhausplanung festgelegt werden, um dann durch Landesrecht ganz oder teilweise umgangen werden zu können. Insofern bleibt fraglich, ob und wie viele Krankenhäuser sich die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschuss zu Eigen machen werden. Hier ist eine **verbindliche Regelung** zu treffen.

§ 8 Abs. 1a-c KHG -GE

Erfüllen Krankenhäuser die **planungsrelevanten Qualitätsindikatoren** „nicht nur vorübergehend“ und „in einem erheblichen Maße unzureichend“, können die entsprechenden Häuser zukünftig ganz oder teilweise aus dem **Krankenhausplan** herausgenommen werden. Dies gilt, sofern diese Qualitätsindikatoren Bestandteil des Krankenhausplans geworden sind. Bei der Entscheidung für oder gegen ein Krankenhaus ist die Trägervielfalt nur dann zu gewährleisten, wenn die Qualität der Leistungen gleichwertig ist.

Sowohl Krankenhausplanung als auch -vergütung sind an ein **System von Qualitätszu- und -abschlägen** gebunden. In der Begründung zum Gesetzentwurf wird präzisiert, dass „mindestens zweimal in Folge“ Qualitätsabschläge vereinbart werden müssen, bevor das betroffene Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen wird. Statt einer Vereinbarung zu Abschlägen bei minderer Qualität sollte den Krankenhäusern die Möglichkeit der Abrechnung der entsprechenden Leistungen sofort entzogen werden.

Nach Auffassung der Rheuma-Liga ist nicht nachvollziehbar, warum eine schlechte Qualität überhaupt vergütet werden soll. Aus Sicht der Rheuma-Liga ist mittel- bzw.

langfristig eine qualitätsbezogene Vergütung auf der Basis patientenrelevanter Ergebnisindikatoren zu bevorzugen.

§§ 12-14 KHG -GE

Auf Bundesebene wird ein **Strukturfonds** eingerichtet. Dafür stellt der Bund einmalig 500 Millionen Euro zur Verfügung. Die Mittel werden der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds entnommen. Weitere 500 Millionen Euro sollen von den Ländern aufgebracht werden. Förderfähig sind nur neue Maßnahmen.

Die Einrichtung des Strukturfonds soll einen **Anreiz zum Abbau von Überversorgung**, der Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht-akutstationäre Versorgungseinheiten darstellen. Nach drei Jahren soll evaluiert werden, ob inhaltlicher und finanzieller Nachbesserungsbedarf besteht.

Die Deutsche Rheuma-Liga schlägt vor, dass als Kriterium für die **Förderfähigkeit** auch die **Barrierefreiheit** von Versorgungseinrichtungen aufgenommen wird.

§ 17b KHG -GE

Die **Überarbeitung des DRG-Systems** soll zum einen die in dem Gesetzentwurf vorgesehenen Zu- und Abschläge bei der Beteiligung der Krankenhäuser an den **Maßnahmen der Qualitätssicherung** (§136b SGB V) und andererseits befristete Zuschläge für Mehrkosten, die sich aus **neuen Richtlinien des G-BA** nach diesem Gesetz ergeben, widerspiegeln. Krankenhäuser, die wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur noch nicht sachgerecht vergütet werden können, können zeitlich befristet aus dem Vergütungssystem herausgenommen werden. Für **Hochkostenfälle** können **Zusatzentgelte** vereinbart werden, sofern die Erkrankung nicht die Hauptleistung ist. **Palliativstationen oder -einheiten** können zeitlich befristet aus dem Vergütungssystem herausgenommen werden. Entsteht eine „extreme Kostenunterdeckung“, beispielsweise bei Patientinnen oder Patienten mit außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen, so sind geeignete Vergütungsformen „vertieft“ zu prüfen.

Die Deutsche Rheuma-Liga hält es für nicht ausreichend, dass im Gesetzestext eine „vertiefte“ Prüfung von Vergütungsformen dann vorgesehen wird, wenn eine extreme Kostenunterdeckung bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten entsteht.

Die Deutsche Rheuma-Liga setzt sich dafür ein, dass die **Vergütung von teuren Behandlungsfällen** auch im **DRG-System sachgerecht** erfolgt.

Grundsätzlich ist die **Versorgung** von Patienten mit **rheumatischen Krankheiten** im Krankenhaus **komplex** und eine **interdisziplinäre Teamleistung**. Gerade für Menschen mit Funktionseinschränkungen muss gewährleistet sein, dass sie nach Operationen die **Rehabilitationsfähigkeit** erreicht haben und nicht vorzeitig aus dem Krankenhaus entlassen werden. Dies muss auch unter DRG-Bedingungen gewährleistet sein.

Artikel 2

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

§ 4 KHEntgG -GE

Mit der Vorschrift § 4 Abs. 8 KHEntgG wird ein dreijähriges **Förderprogramm Pflegestellen** aufgelegt, mit dem die **Neueinstellung** und **zeitliche Aufstockung** von Pflegepersonal gefördert werden soll. Die Förderung betrifft ausschließlich die „Pflege am Bett“. Die Delegation ärztlicher Leistungen ist nicht intendiert.

Bereits heute ist der **pflegerische Bereich** in deutschen Krankenhäusern **unterbesetzt**. Gestiegene Fallzahlen, eine sinkende Zahl von Krankenhausbetten sowie die kürzeren Verweildauern von Patientinnen und Patienten erfordern eine hohe Pflegeintensität. Besonders für alte und/oder multimorbide Patientinnen und Patienten mit Behinderung ist nicht genug **Zeit** vorhanden.

Das von der Bundesregierung geplante Pflegestellen-Förderprogramm in Höhe von maximal 660 Millionen Euro für die Jahre 2016-2018 bedeutet rechnerisch ein Plus von drei Stellen je Krankenhaus. Das reicht nicht aus. Zudem ist die Förderung zeitlich begrenzt.

Bereits 2009 zeigten Befragungen im Rahmen des „Pflege-Thermometers“, dass die **Belastungen des Pflegepersonals** - nicht zuletzt wegen der **Arbeitsverdichtungen** aufgrund der **Einführung der DRGs** und einem damit einhergehenden **Stellenabbau** - angestiegen sind.

Wird dem Bedarf an Pflege, der sich aus dem **demografischen** und **epidemiologischen Wandel** ergibt, nicht begegnet, so ist mittelfristig mit einer weiteren **Verschlechterung der Qualität** im Gesundheitswesen zu rechnen.

Die Deutsche Rheuma-Liga fordert daher, dass die notwendige **pflegerische Versorgung** auch im **DRG-System sachgerecht** abgebildet wird.

Artikel 6

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 136b SGB V -GE

§136b SGB V beschreibt die Aufgaben des G-BA im Hinblick auf die **Qualitätssicherung im Krankenhaus**. Richtlinienaufträge, die bisher in § 137 Abs. 3 SGB V a.F. geregelt sind, werden nunmehr hier verankert.

Mindestmengen

Das Verfahren zur **Festsetzung von Mindestmengen** soll künftig rechtssicher ausgestaltet werden (§ 136b Abs. 3-4). Erbringt ein Krankenhaus eine planbare Leistung, obwohl die festgelegte Mindestmenge nicht erreicht wird, wird diese nicht

vergütet. Der Gesetzgeber gibt dem Gemeinsamen Bundesausschuss auf, die **Einführung neuer Mindestmengen** zu evaluieren.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt die Absicht der Bundesregierung, Regelungen zu den Mindestmengen nunmehr **rechtssicher** auszugestalten.

Die Erfahrung eines Arztes oder eines Krankenhauses in einem speziellen Leistungsbereich ist ein **wichtiger Qualitätsindikator** für eine gute Patientenversorgung. Die Festlegung von Mindestmengen trägt dazu bei, die **Versorgungsqualität** zu sichern. Dies gilt insbesondere für den Bereich der Endoprothetik und für die Versorgung von schwerstkranken Menschen.

Der Gesetzgeber sieht allerdings Ausnahmeregelungen für die Berechnung einer Leistung durch ein Krankenhaus vor, wenn eine „hohe Qualität“ unterhalb der Mindestmenge vorliegt (§ 136b Abs. 3).

Nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga bedarf es zum einem einer Regelung, was unter dem Begriff „hohe Qualität“ zu verstehen ist. Zum anderen erscheint fraglich, wie eine „hohe Qualität“ unterhalb einer Mindestmenge statistisch darstellbar ist.

Qualitätsberichte

Qualitätsberichte sollen **patientenfreundlicher** gestaltet werden (§136b Abs. 6-7). Patientenrelevante Informationen, wie beispielsweise zur Arzneimitteltherapiesicherheit, die Umsetzung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen oder zur Einhaltung von Hygienestandards, sollen ebenso wie Ergebnisse von Patientenbefragungen Bestandteil des Berichtes sein.

Viele rheumakranke Menschen nehmen im Rahmen der Therapie ihrer Erkrankung so genannte **Hochrisikoarzneimittel**, wie Methotrexat (MTX) ein. Medikationsfehler können unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE) mit schwerwiegenden Konsequenzen für die Betroffenen nach sich ziehen.

Die Deutsche Rheuma-Liga befürwortet daher eine **patientenfreundlichere Gestaltung** der Qualitätsberichte, die Aussagen zur Arzneimitteltherapiesicherheit enthalten.

Die Deutsche Rheuma-Liga schlägt vor, dass durch eine **Standardisierung der Bezeichnung** der einzelnen **Fachabteilungen** in den Krankenhäusern die Berichte zukünftig auch die Vergleichbarkeit von Krankenhäusern und deren Fachabteilungen sicherstellen. Nur dann werden Qualitätsberichte zu einem wichtigen **Hilfsmittel bei der Entscheidungsfindung** für oder gegen eine stationäre Behandlung.

Durch die nunmehr eingeforderte quartalsweise Übermittlung von Daten zur stationären Qualitätssicherung an das Institut nach § 137a (s. § 136c Abs. 2) kann zudem sichergestellt werden, dass zeitnah Informationen über eine gute und schlechte Qualität von Leistungen vorliegen. Dies erhöht die **Patientensicherheit**.

Qualitätsverträge

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird beauftragt, bis zum 31. Dezember 2017 vier

planbare Leistungen oder Leistungsbereiche festzulegen, bei denen **modellhaft Verträge** zwischen Krankenkassen und Krankenhausträgern nach § 110a SGB V - neu geschlossen werden können (§ 136b Abs. 8). Hierbei soll erprobt werden, inwieweit sich durch die Vereinbarung von Anreizen und höheren Qualitätsstandards eine **Verbesserung der stationären Behandlungsleistung** erzielen lässt. Die Verträge sind auf vier Jahre befristet, ein Anspruch auf Abschluss eines solchen Vertrages besteht nicht. Beispielhaft werden als Einzelleistung die Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bzw. als Leistungsbereich die endoprothetische Versorgung in der Begründung zum Gesetzentwurf genannt.

Mit der **Evaluation** der Ergebnisse zur Versorgungsqualität für Krankenhäuser mit und ohne Qualitätsvertrag wird das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen beauftragt.

Hüftendoprothesen werden hauptsächlich bei Patienten mit Arthrose, aber auch bei Patienten mit Rheumatoider Arthritis (RA) und anderen entzündlich-rheumatischen Erkrankungen implantiert. Darüber hinaus werden Hüftendoprothesen bei Patienten nach Knochenbrüchen und bei Hüftdysplasien eingesetzt.

Es bestehen gravierende Qualitätsunterschiede der Kliniken, wie in einer Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) deutlich geworden ist: Das Viertel der Krankenhäuser mit den niedrigsten Komplikationsraten hat eine Komplikationsquote von weniger als 8,8 %, das Viertel mit den höchsten Raten hatte mehr als 16,6 % Komplikationen.

Die bisher vorliegenden Daten deuten auf Qualitätsdefizite in den Bereichen Datengrundlage, Transparenz der Indikationsstellung sowie Frühwarnsysteme bei defekten Prothesen oder Information von Patientinnen über die unterschiedlichen Arten von Prothesen, deren jeweiligen Standzeiten und die Qualität der Operationsergebnisse der einzelnen Kliniken hin.

Der Verband der rheumatologischen Akutkliniken (VRA) hat bereits 2003 ein spezielles **Qualitätsmanagement (KOBRA) für die Rheumakliniken** definiert und implementiert. Ziel des Projektes ist die kontinuierliche Weiterentwicklung der Struktur- und Prozessqualität sowie die Sicherung der Ergebnisqualität. Die Deutsche Rheuma-Liga ist in die Ausgestaltung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement aktiv eingebunden. Auswertungen aus dem Messzyklus 2012 zeigen eine **hohe Behandlungsqualität**, die sich nachhaltig auf die **Ergebnisqualität** auswirkt und zu einer **Verbesserung der Versorgung** Betroffener führt.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt daher die Möglichkeit zum Abschluss von Qualitätsverträgen, z. B. bezüglich der Endoprothetik oder im Hinblick auf das spezielle Qualitätsmanagement der rheumatologischen Akutkliniken.

§ 136c SGB V -GE

§136c SGB V beschreibt die Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses im Hinblick auf die **Qualitätssicherung und Krankenhausplanung**.

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll beauftragt werden, erstmals zum 31. Dezember 2016 **Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität** zu entwickeln. Diese sollen den Krankenhäusern eine qualitätsorientierte Entscheidung bei der Krankenhausplanung ermöglichen.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt wird, planungsrelevante Qualitätsindikatoren zu entwickeln.

Allerdings können die Landesbehörden bei der Krankenhausplanung bereits heute Mindestvorgaben des G-BA zur Qualität in den Krankenhäusern berücksichtigen.

Wie bereits an anderer Stelle festgestellt, können die Länder diese Regelung gleichwohl außer Kraft setzen (§ 6 Abs. 1 KHG). Hinzu kommt, dass die als Empfehlung ausgestaltete Regelung des § 136c einer grundsätzlichen Verbindlichkeit für die Krankenhäuser entbehrt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll zudem **Vorgaben** hinsichtlich der **Sicherstellung von Versorgung** (Erreichbarkeit in Abhängigkeit von der Verkehrsinfrastruktur, Versorgungsbedarf) sowie zur **Notfallversorgung** erarbeiten. **Sicherungszuschläge** sollen Defizite aus Gründen eines geringen Versorgungsbedarfes auffangen. Ein geringer Versorgungsbedarf kann sich beispielsweise aus der Einwohnerzahl oder aufgrund von Krankheitshäufigkeiten ergeben. Für die **Notfallversorgung** ist ein **Stufensystem zur Teilnahme** vorgesehen. In Abhängigkeit von den strukturellen Voraussetzungen werden **Zuschläge** gewährt. Krankenhäuser, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, müssen **Abschläge** in Kauf nehmen.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt, dass eine **Sicherstellung der Versorgung** künftig auch an die Erreichbarkeit von Krankenhäusern geknüpft ist. Eine **flächendeckende Versorgung** setzt **Standards zur Erreichbarkeit** für Einrichtungen der Grund- und Regelversorgung sowie der Maximal- und Schwerpunktversorgung voraus. Aufgrund der unterschiedlichen Infrastrukturegegebenheiten der einzelnen Bundesländer muss eine Zeitobergrenze festgelegt werden.

§ 137 SGB V -GE

Damit **Qualitätskriterien** und die damit verbundenen Anforderungen **eingehalten** werden, entwickelt der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von **Sanktionsmaßnahmen**. Dazu gehören **Vergütungsabschläge** ebenso wie der **Wegfall des Vergütungsanspruchs** für Leistungen oder - einrichtungsbezogen - die Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung der Qualitätsanforderungen.

Darüber hinaus sind **unangemeldete Kontrollen** des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) möglich, um die Einhaltung von Qualitätsanforderungen zu überprüfen (§ 275a SGB V). Die Kontrolle erfolgt anlassbezogen.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt - im Sinne der Verfestigung der **Patientensicherheit** - die Absicht des Gesetzgebers, die **Einhaltung von**

Qualitätsanforderungen stärker als bisher zu kontrollieren. Erfahrungen der PatientenvertreterInnen im Bereich Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses auf Bundes- und Landesebene haben gezeigt, dass die Ergebnisse der Qualitätssicherung bisher unzureichend Eingang in die Krankenhausplanung gefunden haben.

§ 299 SGB V -GE

Nach § 137a SGB V a.F. werden **Patientenbefragungen** als eine der Informationsquellen für die **Qualitätssicherung** identifiziert. Der vorliegende Entwurf für ein Krankenhausstrukturgesetz weist ebenfalls auf die besondere Bedeutung von Patientenbefragungen als integraler Bestandteil der Qualitätsberichte hin.

Insbesondere im Gemeinsamen Bundesausschuss herrscht Unklarheit darüber, ob Leistungsträger und Leistungserbringer aus **datenschutzrechtlichen Gründen** die Daten von Versicherten zum Zwecke der Patientenbefragung selber verwenden oder an eine Versendestelle übermitteln dürfen.

Aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga ist es unstrittig, dass Patientenbefragungen messbare Ergebnisse für die Qualitätssicherung und zum Nutzen des einzelnen Patienten erzielen. Daher ist eine **Klarstellung** zu den datenrechtlichen Anforderungen für die Patientenbefragungen wünschenswert.

Bonn, den 17.08.2015